SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)
REGIONAL QUINDÍO
CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO - QUINDIO - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1
Resolución DIAN Nº 18764024257695 autoriza desde 360,001 hasta 750,000 (Enero 18 de 2022)

Código Regional	**63**
Código Centro	**953810**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2022**
Versión	**ENERO 2022 - 1,22**
ID de Proceso	**65989-129287**
No. de documento	**362499**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	KAROL JULIETTE CHAVARRO MORENO	**C.C.**	1.113.628.399	**IP/Nº de contacto**	3192906733
Correo electrónico contratista:	kchavarrom@sena.edu.co				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	NO	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2021 fueron iguales o superiores	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		SI	
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		76023565702	
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	NO	**Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2022 supera los $ 125'413.200**				NO	

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	3399069/2022			**Nº Compromiso SIIF**	**21622**
Valor Total del Contrato	$ 35.100.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**		**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 35.100.000	**1**	**Del 01/02/2022 Al 28/02/2022**		**$ 3.900.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 31.200.000		Legalización comisiones del periodo	$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: Prestación de servicios para orientar la formación profesional integral titulada y/o complementaria en la modalidad presencial y/o virtual conforme a los modelos formativos establecidos en el Centro de Comercio y Turismo del SENA Regional Quindío atendiendo las políticas institucionales y la normativa vigente

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.900.000		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.900.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.591.550**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

	Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**1043752553**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.560.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 195.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 249.600	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.200	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.800.400	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.216.128	$ -	
Salud hasta $ 608.064	$ -	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 863.850	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.591.550,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.455.400,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	0,00	0,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 3.900.000,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Participar en la planeación de los procesos formativos en modalidad virtual y a distancia,de acuerdo a los lineamientos institucionale para el área temática del objeto contractual.Cumplir con los lineamientos establecidos en la Guía Orientaciones para la Formación en Ambientes Virtuales de Aprendizaje. Evaluar los aprendizajes previos correspondientes a las fichas asignadas, de acuerdo con los proce dimientos, plazos y herramientas tecnologicas que la entidad defina. Ejecutar la formación profesional integral de acuerdo con el dise ño curricular desarrollo curricular, materiales y guías de aprendizaje de los programas virtuales del área temática en el objeto del contrato.Aplicar estrategias de enseñanza, aprendizaje, seguimiento y evaluación en modalidad virtual y a distancia de acuerdo con con los lineamientos pedagógicos y metodológicos de la entidad.
Observaciones: Las demás actividades desarrolladas se reflejan en el informe mensual de ejecución contractual.
Correccion planilla pago ARL 1044300572

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:
1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

KAROL JULIETTE CHAVARRO MORENO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

CARLOS ARTURO VALENCIA MONTOYA
INSTRUCTOR G11

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:
EL ORDENADOR DEL PAGO

CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

CE-006 - 0000000100 – 2022

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1113628399
NOMBRES Y APELLIDOS	Chavarro Moreno,Karol Juliette
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	02/03/2022
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Chavarro Moreno,Karol Juliette, a los 25 días del mes de marzo del año 2022.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora KAROL JULIETTE CHAVARRO MORENO, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1113628399, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 24/01/2022 y fecha fin de contrato 16/12/2022 con riesgo 1.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202201013469291.

Esta certificación se expide a los 25 días del mes de Marzo de 2022.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

MIS 4_1_3_FR15 v_04

Impreso por Internet el 25/03/2022 10:14:52 p. m.
ISCDC: 25/03/2022 10:14:52 p. m.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **KAROL JULIETTE CHAVARRO MORENO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1113628399,** se encuentra afiliado/a desde **01/04/2019** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 25 de marzo de 2022.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FIVESTARCARE
Healthcare Staffing and Homecare
P 908 312 1423 - www.fivestar.care - F 908 325 1975
216 River Avenue Suite 207 Lakewood, NJ 08701

EMPLOYEE PHYSICAL EXAMINATION FORM

PAGE 1

Last Name: Chavarro Moreno	**First Name: Karol**	**Middle Initial: J**	**Today's Date: 01/24/22**

MEDICAL HISTORY: Do you now have, or have you ever had, any of the following:

	YES	NO		YES	NO
1. Arthritis / Rheumatism		X	10. Hepatitis A; B; C; other Infections		X
2. Asthma / Wheezing		X	11. Hernia(s)		X
3. Back Injury/ Chronic Back Pain		X	12. Hypertension /High Blood Pressure		X
4. Broken Bones / Fractures		X	13. Jaundice / Liver Disease		X
5. Cancer		X	14. Sinus Trouble / Allergies		X
6. Diabetes		X	15. Skin Disease		X
7. Emphysema / Lung Disease		X	16. Stomach Trouble / GI Problems		X
8. Head Injury / Unconsciousness		X	17. Substance Abuse (History of Drug or Alcohol Abuse Problems)		X
9. Heart Disease / Heart Attack		X	18. Tuberculosis or History of Positive TB Skin Test		X

I have read the above and declare that I have no injury, illness or ailment other than is specifically noted above. Any falsification or misrepresentation will be sufficient grounds for my release from employment.

Karol J. Chávarro M.

Employee's Signature

01/24/2022

Date

Any **"YES"** answer(s), **please explain below**.
Put the *number* (1, 2, 3, etc.) of the YES answer before the explanation:
(**Example**: *"#12. I have been taking medication for high blood pressure since 2007."*)

Signed and approved electronically on 01-24-2022 02:16 p.m. For further information please contact us.

FIVESTARCARE
Healthcare Staffing and Homecare
P 908 312 1423 - www.fivestar.care - F 908 325 1975
216 River Avenue Suite 207 Lakewood, NJ 08701

EMPLOYEE PHYSICAL EXAMINATION FORM

PAGE 2

Last Name: Chavarro Moreno	First Name: Karol	Middle Initial: J	Today's Date: 01/24/22	Job Title: Instructor

DOB	Age	Sex	HT	WT	Temp.	Drug/Food Allergies
07/14/1987	34	F	5 ft 2 inch	125 lb	96.8 F	None

Vision: Normal due to she wears glasses to correct them. **Pupils:** Equal X Unequal___ **Glasses/Lenses:** ~~Y~~ / N **Hearing:** ■ Normal ☐ Impaired ☐ Hearing Aid

PHYSICAL EXAM	NORMAL	ABNORMAL	COMMENTS
1. General Appearance / BMI	X		Good attention with the capabilities to answer the questions.
2. Skin	X		
3. HEENT	X		
4. Teeth	X		
5. Neck	X		
6. Lungs	X		
7. Heart	X		
8. Abdomen	X		
9. GU System	X		
10. Musculoskeletal Functioning (Full ROM to all extremities? History of injury to knees or hips?)	X		According to the examination her physical and musculoskeletal functions are in good conditions to start a job
11. Back / Spine (History of injury?)	X		
12. Neurological (Gross observation of gait, coordination, tremors, etc.)	X		
13. Psychiatric (tics, stuttering, nail-biting, cognition, orientation, affect, obvious personality disorders, etc.)	X		

LABS REPORT:

1. Glucose: 96mg/dL	Fasting glucose level-Normal
2. Biochemistry	Normal

THIS APPLICANT IS FIT FOR EMPLOYMENT: YES: X NO:____ Deferred for Functional Capacity Evaluation: NO

Physicians' comments: During the physical examination, there is no evidence of any cause of disability nor disease, which implies any workload limitation.



01/24/2022

Examining Physician's Electronical Signature. Medical Permit: 59218

Date Physical Examination Performed

Signed and approved electronically on 01-24-2022 02:16 p.m. For further information please contact us.

INFORME PSICOSOCIAL

AÑO	MES	DÍA
2022	02	17

NOMBRE: Karol Juliette Chávarro Moreno	**CC** 1.113.628.399 de Palmira Valle del Cauca - Colombia

1. ANALISIS GENERAL

Para llevar a cabo el presente informe se realizan pruebas de tipo proyectivo y de personalidad, posterior a ello se realiza entrevista que permite identificar rasgos de la Señora Karol Juliette Chávarro Moreno.

Pruebas aplicadas: DISC y 16 PF. Entrevista semiestructurada enfocada en el rol a desempeñar y profundización de rasgos de personalidad.

2. OBSERVACIONES

Con base en las pruebas realizadas y la entrevista, se puede inferir que la Señora Karol se caracteriza por ser muy elocuente, entusiasta y optimista. Crece en experiencias divertidas y al pasar tiempo con otras personas, no tiene problemas en hablar con desconocidos ni ser el centro de atención. Se caracteriza de igual forma por ser persuasiva, lo cual permite que los espacios académicos resulten de mucho interés, es muy influyente en los demás y tiende a ser espontánea.

En ambientes académicos, resulta ser muy creativa, innovadora y motivada a resolver problemas. Es gran animadora de los demás, capaz de motivar a otros a alcanzar metas.

Su ambiente ideal de trabajo esta basado en la libertad y ajuste de tiempos, evita conflictos y de tener alguno busca resolverlo inmediatamente, fomenta actividades en grupo, es estratega y generalmente incentiva ambientes positivos, flexibles y optimistas. Es orientada a los resultados, planea y logra los objetivos que se proyecta. A nivel de conocimiento técnico, se evidencia amplio y solido sobre la lengua, maneja un vocabulario y expresiones propia del lenguaje, además de tener conocimientos en Psicología, lo cual le permite tener una visión amplia de metodologías que facilitan la enseñanza.

Se evidencia capacidad de comprender y empatizar con otras personas en espacios de aprendizaje y enseñanza, además de impulsar a sobrellevar temores aplicando distintas estrategias, gestiona habilidades y potencializa las capacidades del otro.

Finalmente, se evidencia que es una persona que planea y ejecuta acciones enfocadas en el cumplimiento de metas.

Ingrid Tatiana Nuñez
Registro No. 127468
Esp. Psicología de la salud Ocupacional
No. de Licencia: 1114

Psicóloga Especialista en Seguridad y Salud en el trabajo
cc: 1113620013
Cel: 3045380614 Correo: Ingrid.tatiana.ng@gmail.com
Tarjeta profesional: 127468 Lic. Profesional: 1114 de 2013

Escaneado con CamScanner

315 Elmora Avenue #202. Elizabeth, NJ 07208. Tel: (908) 409-4900

EXAMEN DE OPTOMETRIA No. 1113628399

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	PARTICULAR	Actividad económica:	Servicios
Nombre:	KAROL JULIETTE CHAVARRO MORENO	Documento:	1113628399
Fecha de nacimiento:	1987-07-14	País de nacimiento:	Colombia
Edad:	34 años	Género:	Femenino

2. ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES - FAMILIARES DE IMPORTANCIA VISUAL Y OCULAR (P=Positivo, N=Negativo)

	Per.	Fam.		Per.	Fam.		Per.	Fam.		Per.	Fam.
1. Congénitos	N	N	4. Musculares	N	N	7. Autoinmunes	N	N	10. Cáncer	N	N
2. Quirurgicos	N	N	5. Tóxicos o alérgicos	N	N	8. Cardiovasculares	N	N	11. Tiroides	N	N
3. Traumáticos	N	N	6. Dermatológicos	N	N	9. Metabólicos	N	N	12. Otros	N	N

Antecedentes patológicos personales: No refiere antecedentes patológicos personales.
No refiere antecedentes patológicos familiares.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES - OCULARES Y VISUALES (P=Positivo, N=Negativo)

1. Congénitos	N	5. Patologías de los párpados	N	9. Patologías del iris	N	13. Patologías musculares	N
2. Quirúrgicos	N	6. Patologías de la conjuntiva	N	10. Patologías del cristalino	N	14. Patologías de la visión	N
3. Traumáticos	N	7. Patologías de la córnea	N	11. Patologías de la retina	N	15. Glaucoma	N
4. Infecciosas	N	8. Patologías cámara anterior	N	12. Patologías aparato lagrimal	N	16. Otras Patologías	N

Ampliación de antecedentes patológicos oculares y visuales: No refiere ningún antecedente de importancia de patología ocular o visual.

ANTECEDENTES PERSONALES SOBRE EL USO DE LENTES

Usa actualmente lentes?	Si	Desde qué edad usa lentes?	20
Tipo de lentes	Monofocal	Frecuencia de uso	Uso permanente
Último cambio de lentes?	12 meses	Trae los lentes al exámen?	Si

3. ANTECEDENTES DE EXPOSICION OCUPACIONAL DE IMPORTANCIA VISUAL

Ocupación(Ocup)-Factores de riesgo(Fr)-Tiempo de Exposición(Te)-Protección ocular(PO)

Ocup: Docente Fr: Exposición a factores de riesgo físico - Te: 39 Meses - PO:

4. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS OCUPACIONALES

Area afectada (AA) - Tipo de lesión (TL) - Tiempo en años (TO) - Secuelas (Sec)

No refiere ningún antecedente patológico ocupacional.

5. REVISION DE SINTOMATOLOGIA OCULAR O VISUAL ACTUAL

No refiere ninguna sintomatología de enfermedad ocular o visual actualmente.

6. EVALUACION DE LA VISION Y LOS OJOS

VISIÓN LEJANA			
	Sin lentes	Con lentes	Agujero estenopeico
Ojo derecho	20/50	20/20	
Ojo izquierdo	20/50	20/20	
Ambos ojos	20/50	20/20	No aplica

VISIÓN CERCANA			
	Sin lentes	Con lentes	Agujero estenopeico
Ojo derecho	0.50 m	0.50 m	
Ojo izquierdo	0.50 m	0.50 m	
Ambos ojos		0.50 m	No aplica

Ampliación de hallazgos

La agudeza visual para cerca y lejos (monocular y binocularmente) está dentro de parámetros normales.

EXAMEN FISICO DE LOS OJOS Y ANEXOS (N=Normal, A=Anormal)

Cejas	N	Conjuntiva tarsal	N	Pupilas	N	Papila óptica	N
Pestañas	N	Conjuntiva bulbar	N	Cristalino	N	Mácula	N
Párpados	N	Córnea	N	Humor vitreo	N	Vasos sanguíneos	N
Aparato lagrimal	N	Cámara anterior	N	Retina	N	Coroides y Esclera	N
Òrbita	N	Iris	N				

Ampliación de hallazgos:
El examen físico de los ojos está dentro de parámetros normales.

LENSOMETRIA

	Esfera	Cilindro	Eje
Ojo derecho	-1.50		
Ojo izquierdo	-1.50		
ADICION			

Ampliación de hallazgos
Se verifica que los lentes y la montura actual se encuentran en buen estado.

EXAMEN DEL PARALELISMO Y LA MOTILIDAD OCULAR (N=Normal, A=Anormal)

Reflejo de Hirschberg sin lentes	N	Cover test visión lejana sin lentes	N	Ducciones ojo derecho	N
Reflejo de Hirschberg con lentes	N	Cover test visión lejana con lentes	N	Ducciones ojo izquierdo	N
Versiones ojo derecho	N	Cover test visión cercana sin lentes	N	Punto próximo de convergencia con objeto real	N
Punto próximo de convergencia con luz	N	Cover test visión cercana con lentes	N	Versiones ojo izquierdo	N

315 Elmora Avenue #202. Elizabeth, NJ 07208. **Tel:** (908) 409-4900

Ampliación de hallazgos:

Las pruebas realizadas para evaluar el paralelismo, la motilidad ocular y la convergencia son normales.

QUERATOMETRIA
Ojo derecho: 44.00 / X 0 grados
Ojo izquierdo: 44.00 / X 0 grados
Anotaciones acerca de los resultados:

REFRACCION
Tipo de retinoscopia realizada: Estática

	Esfera	Cilindro	Eje	Agudeza visual
Ojo derecho	-1.25			20/20
Ojo izquierdo	-1.25			20/20

SUBJETIVO

	Esfera	Cilindro	Eje	Agudeza visual
Ojo derecho	-1.25			20/20
Ojo izquierdo	-1.25			20/20

Visión cromática: Policromacia Normal
Estereopsis: 40 seg/arco

Ampliación de hallazgos:

7. CORRECCION OPTICA RECOMENDADA

	Esfera	Cilindro	Eje	AVL	AVC
Ojo derecho	-1.25			20/20	0.50 m
Ojo izquierdo	-1.25			20/20	0.50 m
Adición					

- Distancia pupilar:
- Distancia nasopupilar ojo derecho:
- Distancia nasopupilar ojo izquierdo:
- Altura bifocal:
- Filtro/Tratamiento:
- Material de los lentes:
- Uso recomendado de los lentes:
- Tipo de lentes recomendado:
- Control en la fecha: 2023-03-16 (AAAA-MM-DD)

8. DIAGNOSTICOS

521 - Miopía

9. CONCLUSIONES DEL EXAMEN OPTOMETRICO
La paciente puede realizar labores de manera presencial o virtual sin que ello implique algún riesgo para su salud visual. Se recomienda el uso de lentes permanentemente tal como lo viene realizando en su vida cotidiana.

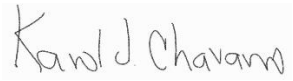
10. RECOMENDACIONES GENERALES
Cuando trabaje con pantallas de video terminales, tenga en cuenta las siguientes recomendaciones: Parpadee cada 5 segundos o cada vez que lo recuerde; Aproximadamente cada 20 minutos de trabajo con el computador dirija su mirada a un punto lejano (6 metros); Cada 3 horas de trabajo en computador, cierre los ojos suavemente e imagine una visión panorámica, como el mar, durante un minuto; Sitúese siempre a por lo menos 40 cms. de la pantalla de videoterminal y evite reflejos molestos; Procure que el puesto de trabajo tenga adecuadas condiciones de iluminación, acorde con las exigencias del oficio.

-Control optométrico anual

11. OBSERVACIONES FINALES
Requiere corrección visual permanente



Dr. Edward Malansky
Optometrist
NPI: 1497832703



Karol Juliette Chavarro Moreno

https://www.njretina.com/location/elizabeth/

Fecha: 2022-03-16

Reset Form

REPORT OF HEARING AND EAR ASSESSMENT

HEARING DOCTORS OF NEW JERSEY
340 E Northfield Rd STE 2B, Livingston, NJ 07039
Telephone 973-5774100

TO EXAMINER(S): Please send completed form to:

Counselor Name:

Address: REPORT HAND DELIVERED TO THE PATIENT
PO Box 280
340 E Northfield Rd STE 2B,
Livingston, NJ 07039

Telephone: 201 1257714
Fax:
E-mail: karoljchm1@gmail.com

#IVVD LQ JRY

PART I *(To be completed by counselor or applicant.)*

The information recorded on this form by the VR counselor is to provide the examiner with pertinent background to assist in evaluating the extent of hearing impairment of this referral. It is not to be used for any other purpose.

GENERAL INFORMATION

Name of applicant (*last, first, middle initial*)	Date of birth *(month, day, year)*	Current occupation
CHAVARRO MORENO KAROL J.	14/07/1987	Teacher (Virtual setting)

Home address (*number and street, city, state, and ZIP code*)
175 Watsessing Av. 2nd Fl. ZIP Code 07003

Home telephone number *(including area code)*	Mobile telephone number *(including area code)*	Business telephone number *(including area code)*
(201) 12577144	( )	( )

Purpose of examination
Request from employer (SENA Colombia)

CASE HISTORY

Is the applicant experiencing any of the following conditions? (*Medical or other evidence attached – check those that apply.)*

- ☐ Visible congenital or traumatic deformity of the ear
- ☐ History of active drainage from the ear within the previous ninety (90) days
- ☐ History of sudden or rapidly progressive hearing loss within the last ninety (90) days.
- ☐ Acute or chronic dizziness
- ☐ Unilateral hearing loss of sudden or recent onset within the previous ninety (90) days
- ☐ Continuous head noise or ringing in the ears (*tinnitus).*
- ☐ Cerumen accumulation (ear wax) or foreign body in the ear canal.

Is there any remarkable ear pathology? *(Specify treatment and / or surgery; give types and dates.)*
None

Is the applicant taking any medication?
☒ Yes ☐ No

If yes, specify the medication and the reason for which it is being used.
Oral contraceptives

What is the cause of hearing loss and when did it take place? *(This information is to be provided if the applicant is able to answer this question.)*
The pacient is asymptomatic from de ENT. No hearing loss nor other symptoms

Is the applicant using a hearing aid?
☐ Yes ☒ No

If yes, specify in what situations the hearing aid is being used.

Is the applicant having difficulty utilizing a hearing aid?
☐ Yes ☒ No

If yes, specify what reason(s).

Is there a family history of hearing impairment or deafness?
☐ Yes ☒ No

If yes, what relation(s)?

What is the applicant's preferred mode of communication?

- ☐ Discriminating Speech Through a Hearing Aid
- ☐ Sign Language
- ☐ Speechreading
- ☒ Oral
- ☐ Paper and Pencil
- ☐ Braille
- ☐ Tactile Sign

(Client ID)

Name	Date *(month, day, year)*
CHAVARRO MORENO KAROL J.	03/18/2022

PART II *(To be completed by physician.)*

DIAGNOSIS

1. Type of hearing impairment

☐ Sensori-neural ☐ Conductive ☐ Mixed ☐ Central

2. Pathology of hearing loss

None detected

3. Characteristics of hearing impairment: *(Check those that apply.)*

☐ Stable ☐ Fluctuant ☐ Improving

☐ Slowly Progressive – Why?

☐ Rapidly Progressive – Why?

PROGNOSIS AND RECOMMENDATIONS

1. Prognosis as to receptivity of hearing impairment to treatment:

2. Treatment recommended – medical, surgery, or other therapy:

It is highly recommended to assist every year to an scheduled visit to your ENT physician

3. New hearing aid(s) recommended?

☐ Yes ☒ No ☐ Right Ear ☐ Left Ear

If yes, describe characteristics of amplification.

4. Does this individual have any hearing-related conditions (such as *Meniere's Disease, Tinnitus, Recruitment, etc.)*

☐ Yes ☒ No

If so, please specify condition and related restriction.

5. If so, does this condition restrict the work activity performed by this individual?

☐ Yes ☒ No

If so, please explain how the work activity is restricted.

Signature of Physician	Date (*month, day, year)*

Place	Title

(Client ID)

Name	Date *(month, day, year)*
CHAVARRO MORENO KAROL J.	03/18/2022

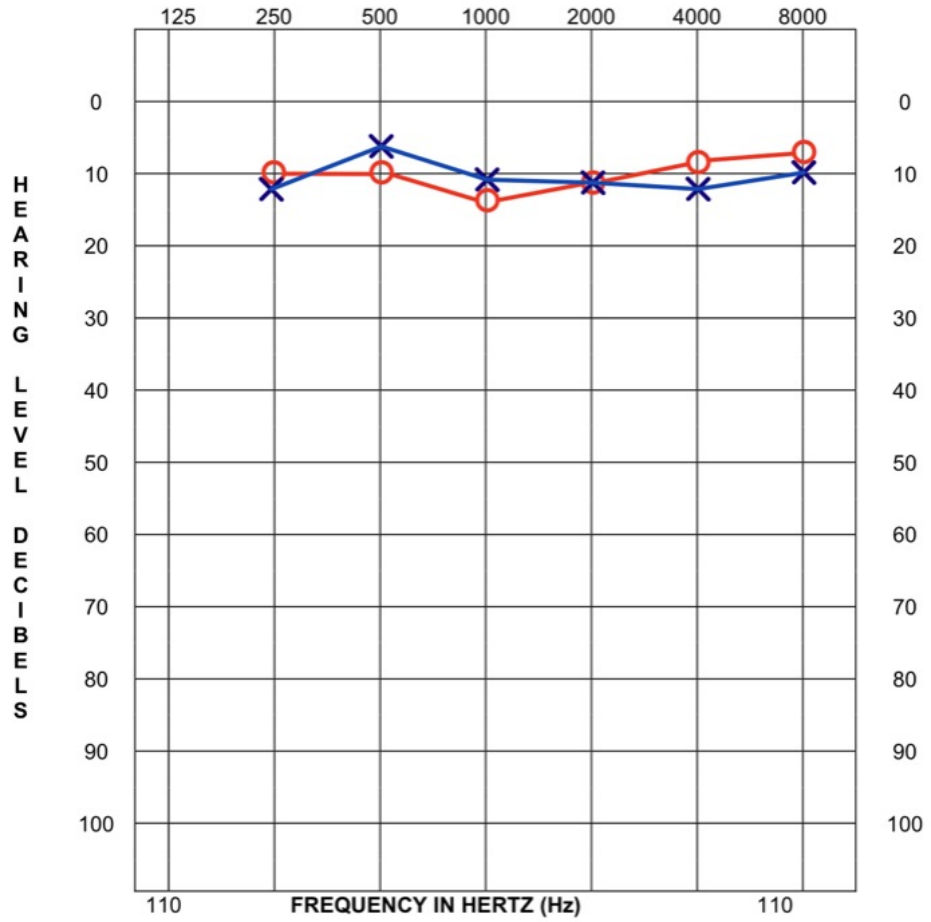
PART III *(To be completed by examiner.)*

AUDIOMETRIC EXAMINATION

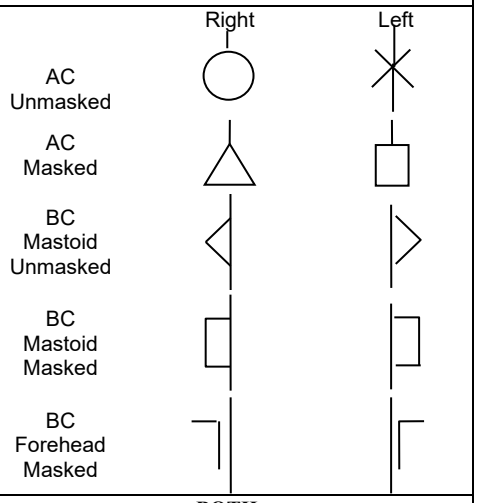
Instrument used
AudioStar Pro by GSI (Grason-Stadler) GSI Suite software V3.1.2

Please enter the appropriate symbol for the **right ear in red**; the **left ear in blue.**

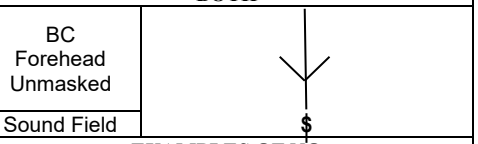
Please indicate: ☐ Aided Score and ☐ Unaided Score



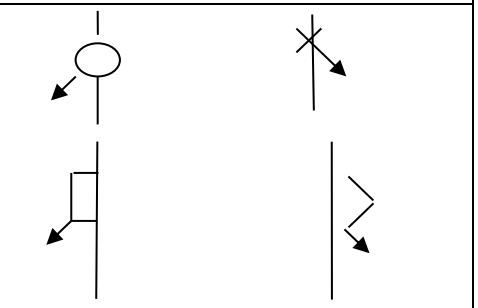
AUDIOGRAM KEY



BOTH



EXAMPLES OF NO RESPONSE SYMBOLS



PURE TONE AVERAGES		SPEECH AUDIOMETRY
EAR	Four Frequencies 500, 1000, 2000 and 4000 Hz	Speech Reception Threshold (SRT)
RIGHT	5-15 dB	dB
LEFT	7-13 dB	dB

SPEECH AUDIOMETRY					
Discrimination score to be obtained at 50 dB Hearing Level.			Discrimination score to be obtained at Maximum Comfort Level (MCL) in Quiet.		
EAR	Speech Discrimination Scores		EAR	Speech Discrimination Scores *(To be administered in Quiet only.)*	
RIGHT	Quiet **% at 50 dB HL**		RIGHT	MCL dB	%
LEFT	Quiet **% at 50 dB HL**		LEFT	MCL dB	%
SOUND FIELD	**Noise at 0 dB S/N - *required*** **% at 50 dB HL**				

(Client ID)

Name	Date *(month, day, year)*
CHAVARRO MORENO KAROL J.	03/18/2022

Special tests:

None required

Additional comments:

At the moment, Mrs. Karol J. Chavarro, does not need any hearing aid. I do not detect any pathology on the ENT and she is fully capable of developing her duties, nevertheless we encourage, if she does, wear earphones rather earbuds (because of long work hours). No other recommendations for the moment.

Report of Hearing and Ear Assessment

Hearing Aid Evaluation

Make and Model of left hearing aid	Date left hearing aid was dispensed *(month, day, year)*
The patient does not have any hearing assistive device	

Is the left hearing aid currently functioning as programmed?	If no, can the left hearing aid be repaired (regardless of age of aid or cost)?
☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No

How many times has the left hearing aid been sent in for repairs?

If the left hearing aid is not meeting consumer's needs, please explain why:

Make and Model of right hearing aid	Date right hearing aid was dispensed *(month, day, year)*

Is the right hearing aid currently functioning as programmed?	If no, can the right hearing aid be repaired (regardless of age of aid or cost)?
☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No

How many times has the right hearing aid been sent in for repairs?

If the right hearing aid is not meeting consumer's needs, please explain why:

Signature of audiologist	Date of evaluation *(month, day, year)*
Electronically signed	18/03/2022
Printed name	License number
Dr. Rhee Rosenman-Neeson	41YA00089400

(Client ID)

Certificado Bancario

Martes, 01 de marzo de 2022

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que KAROL JULIETTE CHAVARRO MORENO identificado(a) con CC 1113628399, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	76023565702	2014/04/21	ACTIVA

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Bancolombia

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
CALI	CALI	45	45-44-101134972	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
28	01	2022	28	01	2022	00:00	25	02	2023	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
CHAVARRO MORENO, KAROL JULIETTE	CC: 1113.628.399

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO:
CL 16A 25 17	PALMIRA, VALLE	3012781406

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:	IDENTIFICACIÓN
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE -SENA CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO REGIONAL QUINDIO	NIT: 899.999.034-1

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO
KR 18 NRO. 7 - 58	ARMENIA, QUINDIO	7721313

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

SE GARANTIZA EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO No. CO1. PCCNTR3399069 CUYO OBJETO ES PRESTACION DE SERVICIOS PARA ORIENTAR LA FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA EN LA MODALIDAD PRESENCIAL Y/O VIRTUAL CONFORME A LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS EN EL CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO DEL SENA REGIONAL QUINDIO ATENDIENDO LAS POLITICAS INSTITUCIONALES Y NORMATIVA VIGENTE

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	28/01/2022	25/02/2023	$3,510,000.00

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******20,000.00	$ *******8,000.00	$ *******5,320.00	$ ***********33,320.00	$ ********3,510,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	% DE PART.
PROFESIONALES EN SEGUROS INTEGRALES	103159	100.00

DISTRIBUCION COASEGURO

NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45 - TELEFONO: 6672954 - CALI

45-44-101134972

FIRMA AUTORIZADA: Gabriela A. Zarante B. - Secretaria General

Karol J. Chávarro M

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
CALI	CALI	45	45-44-101134972	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
28	01	2022	28	01	2022	00:00	25	02	2023	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	CHAVARRO MORENO, KAROL JULIETTE		CC: 1113.628.399
DIRECCIÓN: CL 16A 25 17	CIUDAD: PALMIRA, VALLE	TELÉFONO:	3012781406

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE -SENA CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO REGIONAL QUINDIO		NIT: 899.999.034-1
DIRECCIÓN: KR 18 NRO. 7 - 58	CIUDAD: ARMENIA, QUINDIO	TELÉFONO	7721313

ADICIONAL:

PAGUESTADO
PORTAL DE PAGOS

PAGINA WEB

pse

VISA · MasterCard · Diners Club Internacional · American Express

CORRESPONSALES BANCARIOS

Baloto 959595/4361 · La 14 · Super INTER · SURTIMAX · Movil Red · Bancolombia Corresponsal Bancario · Carulla · éxito · Gas Gas · Supi Pago · Coopidrogas

Pagos con convenio *No aplica para transferencias

Banco de Bogotá — Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia — Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******20,000.00	$ *******8,000.00	$ *******5,320.00	$ ***********33,320.00	$ ********3,510,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	% DE PART.
PROFESIONALES EN SEGUROS INTEGRALES	103159	100.00

DISTRIBUCION COASEGURO

NOMBRE COMPAÑÍA	% PART.	VALOR ASEGURADO

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45 - TELEFONO: 6672954 - CALI

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

REFERENCIA PAGO:

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES NO. _____ SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015

1. AMPAROS.

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ SEGURESTADO OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, HASTA EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO PACTADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA, CUBRIENDO CON ELLOS, SIEMPRE LOS PERJUICIOS DIRECTOS QUE CON SUJECIÓN A LA DEFINICIÓN DE LAS CONDICIONES ADELANTE INDICADAS, LLEGARE A CAUSAR EL GARANTIZADO POR EL INCUMPLIMIENTO QUE, ATRIBUIBLE A SU ACCIÓN U OMISIÓN, PRODUJERE.

LOS AMPAROS QUE SE OTORGAN EN ESTA PÓLIZA SERÁN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. SEGÚN LAS DEFINICIONES QUE A CONTINUACIÓN SE INDICAN:

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

EL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LA SANCIÓN DERIVADA DEL INCUMPLIMIENTO DE LA OFERTA, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1.1.1 LA NO AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUANDO EL PLAZO PARA LA ADJUDICACIÓN O PARA SUSCRIBIR EL CONTRATO ES PRORROGADO, SIEMPRE QUE TAL PRÓRROGA SEA INFERIOR A TRES (3) MESES.

1.1.2 EL RETIRO DE LA OFERTA DESPUÉS DE VENCIDO EL PLAZO FIJADO PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS OFERTAS.

1.1.3 LA NO SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO SIN JUSTA CAUSA POR PARTE DEL ADJUDICATARIO.

1.1.4 LA FALTA DE OTORGAMIENTO POR PARTE DEL PROPONENTE SELECCIONADO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

EL AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE LLEGUEN A CAUSAR, CON OCASIÓN DE (I) LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO, (II) EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO Y (III) LA APROPIACIÓN INDEBIDA DE LOS RECURSOS RECIBIDOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO EN CALIDAD DE ANTICIPO.

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

EL AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE CAUSEN POR LA NO DEVOLUCIÓN TOTAL O PARCIAL, DEL DINERO ENTREGADO AL CONTRATISTA GARANTIZADO A TITULO DE PAGO ANTICIPADO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR.

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

EL AMPARO DE CUMPLIMIENTO, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS DIRECTOS DERIVADOS DE: (A) EL INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (B) EL CUMPLIMIENTO TARDÍO O DEFECTUOSO DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (C) LOS DAÑOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA POR ENTREGAS PARCIALES DE LA OBRA, CUANDO EL CONTRATO NO PREVÉ ENTREGAS PARCIALES; Y (D) EL PAGO DEL VALOR DE LAS MULTAS Y DE LA CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA SIEMPRE QUE SE HUBIEREN PACTADO PREVIAMENTE EN EL CONTRATO GARANTIZADO.

EN VIRTUD DE LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 44 DE LA LEY 610 DE 2000, LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CUBRIRÁ LOS PERJUICIOS CAUSADOS A LA ENTIDAD ESTATAL COMO CONSECUENCIA DE LA CONDUCTA DOLOSA O CULPOSA, IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADOS DE UN PROCESO DE RESPONSABILIDAD FISCAL, SIEMPRE Y CUANDO ESOS PERJUICIOS DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES SURGIDAS DEL CONTRATO AMPARADO POR LA GARANTÍA.

1.5 AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES.

EL AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES DE NATURALEZA LABORAL, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS QUE SE LE OCASIONEN, A RAÍZ DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES A QUE ESTÉ OBLIGADO EL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO AMPARADO EN EL TERRITORIO NACIONAL.

ESTA GARANTÍA NO SE APLICARÁ PARA LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN EN SU TOTALIDAD FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL POR PERSONAL CONTRATADO BAJO UN RÉGIMEN JURÍDICO DISTINTO AL NACIONAL.

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

EL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE GENEREN COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, PRESENTADOS

EN LA OBRA ENTREGADA Y RECIBIDA A SATISFACCIÓN DE DICHA ENTIDAD ESTATAL O SUS REPRESENTANTES, CUYA CAUSA SEA IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO.

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

EL AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO, QUE SE OCASIONEN CON POSTERIORIDAD A LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, Y QUE SE DERIVEN DE LA DEFICIENTE CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO.

EN LOS CONTRATOS DE INTERVENTORIA, LA VIGENCIA DE ÉSTE AMPARO DEBE SER IGUAL AL PLAZO DE LA GARANTÍA DE ESTABILIDAD DEL CONTRATO PRINCIPAL EN CUMPLIMIENTO DEL PARAGRAFO DEL ARTÍCULO 85 DE LA LEY 1474 DE 2011.

1.8 CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADOS.

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA, SUFRIDOS POR LA DEFICIENTE CALIDAD E INCORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES QUE RECIBE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO GARANTIZADO.

2. EXCLUSIONES.

LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO OPERARÁN CUANDO LOS DAÑOS A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA SE GENEREN POR:

2.1 CAUSA EXTRAÑA, ESTO ES, LA FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO, EL HECHO DE UN TERCERO O LA CULPA EXCLUSIVA DE LA VÍCTIMA.

2.2. DAÑOS CAUSADOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO, A LOS BIENES DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, NO DESTINADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.

2.3. EL USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A QUE SE ENCUENTRE OBLIGADA LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA.

2.4. EL DETERIORO NORMAL QUE SUFRAN LOS BIENES ENTREGADOS CON OCASIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, COMO CONSECUENCIA DEL TRANSCURSO DEL TIEMPO.

3. SUMA ASEGURADA.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1079 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO NO ESTARÁ OBLIGADO A RESPONDER SI NO HASTA

CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA EN CASO DE SINIESTRO, DETERMINADA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA PARA CADA AMPARO.

4. VIGENCIA.

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, SE HARÁ BAJO LOS LINEAMIENTOS DEL DECRETO 1082 DE 2015 Y CONSTARAN EN LA CARÁTULA DE LA MISMA O EN SUS ANEXOS.

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

PARA HACER EFECTIVOS CUALQUIERA DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR SEGURESTADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DEBERÁ GARANTIZAR EL DEBIDO PROCESO DE SEGURESTADO Y EL CONTRATISTA, MEDIANTE EL AGOTAMIENTO DEL PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011 O LAS NORMAS QUE LO SUSTITUYAN O MODIFIQUEN.

LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LE CORRESPONDERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y ACREDITAR LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA SI FUERE EL CASO.

EL PROCEDIMIENTO QUE DEBERÁ SEGUIR LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PARA LA EFECTIVIDAD DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR ESTA PÓLIZA, SERÁ:

5.1 RESPECTO DEL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO QUE IMPONGA LA SANCIÓN PREVIAMENTE ESTABLECIDA POR LA OCURRENCIA DE UNO CUALQUIERA DE LOS EVENTOS PREVISTOS EN LA CONDICIÓN 1.1 DE ÉSTA PÓLIZA, Y DISPONGA LA EFECTIVIDAD DE ÉSTE AMPARO A SEGURESTADO.

5.2 EN CASO DE DECRETARSE LA CADUCIDAD, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL, ADEMÁS DE LA DECLARATORIA DE LA MISMA, HARÁ EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL O CUANTIFICARÁ EL MONTO DEL PERJUICIO, ORDENANDO SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO A SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.3 EN EL EVENTO DE IMPOSICIÓN DE MULTAS, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.4 EN LOS DEMÁS EVENTOS DE INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE, EN EL CUAL, ADEMÁS DE DECLARAR EL INCUMPLIMIENTO PROCEDERÁ A CUANTIFICAR EL MONTO DE LA PÉRDIDA O A HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL, ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ES LA RECLAMACIÓN PARA LA COMPAÑÍA DE SEGURO.

LHT

LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS EMITIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE QUE SEAN CONSTITUTIVOS O DECLARATIVOS DEL SINIESTRO, DEBERAN ESTAR EJECUTORIADOS Y DEBIDAMENTE NOTIFICADOS, DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 87 DE LA LEY 1437 DE 2011.

6. COMPENSACIÓN.

EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN COMO MEDIO DE EXTINCIÓN DE LAS OBLIGACIONES RECONOCIDA EL ARTÍCULO 17 DE LA LEY 1150 DE 2007, SEGURESTADO TENDRÁ EN CUENTA TODAS LAS SUMAS DE DINERO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE ADEUDE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, POR CUALQUIER CONCEPTO. PARA TALES EFECTOS, SE DEBERÁ TENER EN CUENTA LA LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, EFECTUADA EN LOS TÉRMINOS LEGALES O CONVENCIONALES.

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

LA INDEMNIZACIÓN SERÁ PAGADERA EN DINERO, O MEDIANTE LA REPOSICIÓN, REPARACIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE LA COSA ASEGURADA, A OPCIÓN DE SEGURESTADO, SIN PERJUICIO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN EL EVENTO DE DECLARATORIA DE CADUCIDAD DECIDA CONTINUAR LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRATADO A TRAVÉS DE SEGURESTADO O DE OTRO CONTRATISTA, A QUIEN A SU VEZ SE LE PODRÁ DECLARAR LA CADUCIDAD, SI A ELLO HUBIERE LUGAR.

EN EL EVENTO EN QUE POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, SEGURESTADO RESOLVIERA CONTINUAR, COMO CESIONARIO, CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA ESTUVIESE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA GARANTIZADO ACEPTA DESDE EL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN DE ESTA PÓLIZA, LA CESIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO A FAVOR DE SEGURESTADO.

8. PLAZO PARA EL PAGO.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO DEBERÁ EFECTUAR EL PAGO DEL SINIESTRO DENTRO DEL MES SIGUIENTE AL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HAYA ACREDITADO LOS REQUISITOS DEL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, A TRAVÉS DEL ACTO ADMINISTRATIVO A QUE HACE REFERENCIA EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

PARA LOS CASOS EN QUE LA SUMA ASEGURADA DE ESTA PÓLIZA DEBA SER AUMENTADA O DISMINUIDA Y PARA AQUELLOS EN LOS CUALES LAS ESTIPULACIONES DEL CONTRATO GARANTIZADO SEAN MODIFICADAS, SEGURESTADO A SOLICITUD PREVIA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO Y DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA (O EL INTERVENTOR, SUPERVISOR, ETC., EN SU CASO), EXPEDIRÁ UN CERTIFICADO O ANEXO DE MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA, EN EL CUAL CONSTEN LAS MODIFICACIONES CORRESPONDIENTES. PARA TAL

EFECTO SE HACE INDISPENSABLE ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD DE MODIFICACIÓN A SEGURESTADO EL DOCUMENTO (OTROSÍ, CLÁUSULA ADICIONAL, ETC.) QUE CONTENGA LAS MODIFICACIONES AL CONTRATO GARANTIZADO.

EL ULTIMO ANEXO O CERTIFICADO DE MODIFICACIÓN, SERÁ EL QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HARÁ EFECTIVO, DE CONFORMIDAD CON EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

SEGURESTADO TENDRÁ LA FACULTAD DE EJERCER LA VIGILANCIA DEL CONTRATO, PARA LO CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE PRESTARÁ LA COLABORACIÓN NECESARIA PARA ELLO. EN LOS CASOS EN LOS CUALES EL CONTRATO GARANTIZADO TENGA POR OBJETO ASUNTOS RELACIONADOS CON EL ORDEN PÚBLICO Y LA SEGURIDAD NACIONAL, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PODRÁ PROHIBIR O LIMITAR ÉSTA FACULTAD.

11. NO CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA E IRREVOCABILIDAD DE ESTE SEGURO.

LA PRESENTE PÓLIZA NO EXPIRARÁ POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NI PODRÁ SER REVOCADA UNILATERALMENTE.

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

EN CASO DE INCONGRUENCIA PRESENTADA ENTRE LAS CONDICIONES PARTICULARES Y LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTA PÓLIZA, PREVALECERÁN LAS PRIMERAS.

13. COASEGURO

EN CASO DE EXISTIR COASEGURO, ESTO ES LA DISTRIBUCIÓN ENTRE VARIAS ASEGURADORAS DE DETERMINADO RIESGO, AL NO EXISTIR SOLIDARIDAD ENTRE LAS MISMAS, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN SE DISTRIBUIRÁ Y HARÁ EXIGIBLE ENTRE LOS COASEGURADORES, EN PROPORCIÓN A LAS CUANTÍAS DE SU RESPECTIVA PARTICIPACIÓN.

PARA CONSTANCIA DE LO EXPUESTO, Y EN SEÑAL DE ASENTIMIENTO Y COMPROMISO CON TODO LO AQUÍ PACTADO SE FIRMA EN _____ A LOS _____ ( ) DÍAS DEL MES DE _____ DEL AÑO _____.

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

77099980211670035813 97

Nit: 860009578-6

SEGUROS DEL ESTADO GENERALES

RECIBO DE PAGO Nº: 10000035813978

CERTIFICAMOS QUE:

FECHA	
28/01/2022 05:17p.m.	

RECIBIMOS DE: CHAVARRO MORENO KAROL JULIETTE — CC. 1.113.628.399

LA SUMA DE: Treinta y tres mil trescientos veinte pesos .**********

POR CONCEPTO DE: PAGO BOLETA RECAUDO REF. NRO.: 10000035813978

SUC - RAMO - POLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTO	IVA	VALOR
CALI-44-101134972-0-1	$28,000.00		$5,320.00	$33,320.00

FORMA DE PAGO

Pse - $ 33,320.00

EFECTIVO:	
CHEQUE:	
TARJETA:	
BD:	33,320.00
OTROS:	$33,320.00

TRANSACCION: 0003581397

TOTAL: $33,320.00

CAJERO: PAGUESTADO

1/28/2022 5:17:45PM

172.16.10.23

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14497400495

(415)7707212489984(8020) 000001449740049 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 1 3 6 2 8 3 9 9	0	Impuestos y Aduanas de Palmira 1 5	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 1 3 6 2 8 3 9 9	2 0 0 5 0 8 0 4

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Palmira 5 2 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CHAVARRO	MORENO	KAROL	JULIETTE

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Palmira 5 2 0

41. Dirección principal
CL 22 30 45 BRR BARRIO NUEVO

42. Correo electrónico karoljchm@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 9 2 9 0 6 7 3 3	2 8 4 9 2 5 4

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades				
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 4 3	2 0 1 9 0 1 2 1	8 5 2 3	2 0 1 5 0 5 1 5					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 2 0																									

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros																						Exportadores											
54. Código	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3	57. Modo				58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 01 - 21

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre CHAVARRO MORENO KAROL JULIETTE
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Hace constar:

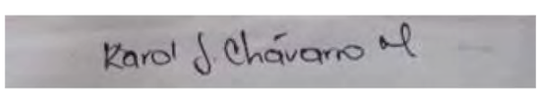
Que el Sr(a) KAROL JULIETTE CHAVARRO MORENO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1113628399 realizó el día 28/02/2022 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo KAROL JULIETTE CHAVARRO MORENO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1113628399 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.



Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -