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 SANTANDER**
**CENTRO INDUSTRIAL DEL DISEÑO Y LA MANUFACTURA-SANTANDER**
**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** | **68** |
| **Código Centro** | **922510** |
| **Fecha Elaboración** | **21 Diciembre de 2022** |
| **Versión** | **MAYO 2022 - 2,22** |
| **ID de Proceso** | **02693-573247** |
| **No. de documento** | **642204** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | CARMEN DELROCIO MENDOZA VELASQUEZ | **C.C.** | 63.366.557 | **IP/Nº de contacto** | 73018 |
| **Correo electrónico contratista:** | crmendozaa@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 ?** | | NO | |
| **Banco al cual consignar:** | BANCO DE BOGOTA | **Tipo de cta** | AHORROS | **Nº Cuenta** | | 203796107 | |
| **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:** | 4246009/2022 | | | **Nº Compromiso SIIF** | **288822** | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 3.806.000 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 3.806.000 | **1** | **Del** | **28/11/2022** | **Al** | **30/11/2022** | **$ 346.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 3.460.000 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:**
(Descripciòn del servicio prestado)

SERVICIOS PERSONALES:SERVICIOS PROFESIONALES APOYAR DESARROLLO IMPLEMENTACION ACCIONES ORIENTACION ESTRATEGIAS ATENCION USUARIOS BUSCADORES DE EMPLEO EMPRESARIOS MARCO DE SERVICIOS BRINDAN A TRAVES AGENCIA PUBLICA EMPLEO PL 1M 3D VR MES $3.460.000

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 346.000 | 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** | **$ 346.000** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 238.125** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | | **$ 0** |

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

| | **Noviembre** | **Octubre** |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **9443060131** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 100.000 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 12.500 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 16.000 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 600 | $ 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 | $ 79.375 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 238.125,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 317.500,00 | |
| 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 - 9609 | 3.114,00 | 0,900% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Sobretasa Bomberil | 311,00 | 10,000% |
| | | |
| Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$ 342.575,00** | |

**SON: TRESCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL QUINIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

REUNION GENERAL E INDUCCION CON DIRECTOR DE LA APE
CAPACITACION EN LA PLATAFORMA DE LA APE
NAVEGACION Y CONOCIMIENTO DE LA PLATAFORMA
REUNION DE BIENESTAR ORGANIZACIONAL

**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.

**CARMEN DELROCIO MENDOZA VELASQUEZ**
**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,

**JUAN ANTONIO TAUTIVA DUEÑAS**
**PROFESIONAL G18**

**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**

**JUAN MANUEL CASTILLO CALDERON**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

aportes en línea

# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 63366557 | | MENDOZA VELASQUEZ CARMEN DEL ROCIO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 157 No. 154-137 | BUCARAMANGA-SANTANDER | 6191803 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2022-11 | 2022-11 | 1000000392 | 9443060131 | I | 2022/12/15 | 2022/11/29 | BANCO BOGOTA | 0 | $40,300 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Tarifa | Aporte | Dias | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| **SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $138,400 | $22,200 | | | $138,400 | $17,300 | | | $0 | $0 | | | $138,400 | | $800 | | $0 | $0 | | $40,300 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $138,400 | $22,200 | | | $138,400 | $17,300 | | | $0 | $0 | | | $138,400 | | $800 | | $0 | $0 | | $40,300 |
| Ciudad: BUCARAMANGA Depto: SANTANDER (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $138,400 | $22,200 | | | $138,400 | $17,300 | | | $0 | $0 | | | $138,400 | | $800 | | $0 | $0 | | $40,300 |
| 1 | CC | 63366557 | MENDOZA CARMEN | X | | | | | | | | | | | | | | | | 23030 1 | 3 | $138,400 | $22,200 | EPS010 | 3 | $138,400 | $17,300 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 3 | $138,400 | 0.522% | $800 | 0 | $0 | $0 | No | $40,300 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $138,400 | $22,200 | | | $138,400 | $17,300 | | | $0 | $0 | | | $138,400 | | $800 | | $0 | $0 | | $40,300 |


DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 63366557 | | MENDOZA VELASQUEZ CARMEN DEL ROCIO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 157 No. 154-137 | BUCARAMANGA-SANTANDER | 6191803 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2022-11 | 2022-11 | 1000000392 | 9443060131 | I | 2022/12/15 | 2022/11/29 | BANCO BOGOTA | 0 | $40,300 |


**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $22,200 | $0 | $0 | $22,200 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $22,200 | $0 | $0 | $22,200 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $800 | $0 | $0 | $800 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $800 | $0 | $0 | $800 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $17,300 | $0 | $0 | $17,300 |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD) | EPS010 | 800,088,702 | 2 | 1 | $17,300 | $0 | $0 | $17,300 |
| TOTAL | | | | 1 | $40,300 | $0 | $0 | $40,300 |

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14659211180

(415)7707212489984(8020) 000001465921118 0

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 6 3 3 6 6 5 5 7 | 0 | Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4 | |

## 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 | 6 3 3 6 6 5 5 7 | 1 9 9 0 0 7 0 3 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Santander 6 8 | Bucaramanga 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| MENDOZA | VELASQUEZ | CARMEN | DEL ROCIO |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Santander 6 8 | Bucaramanga 0 0 1 |

41. Dirección principal: BL 2 AP 1304 CONJ CAJASN PARQUE CONDOMINIO

42. Correo electrónico: rochymendoza1810@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 3 3 3 2 4 2 8 9 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 9 0 0 1 | 2 0 1 1 0 7 0 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 4 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

### Obligados aduaneros

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| | | | | | | | | | |

### Exportadores

| 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 2022 - 11 - 09

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 MENDOZA VELASQUEZ CARMEN DEL ROCIO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Jesucristo Rey y Señor

# COMPAÑIA RSO SA

Nit: 804.005.571-3

Carrera 33 No. 52 - 83 Bucaramanga - Santander

Tel: 6852587 - Cel: 318 826 9874 - Página web: www.rso-sa.com



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 74.202

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 15 DÍA | 11 MES | 2022 AÑO | BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad | INGRESO |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| | |
|---|---|
| | PARTICULAR |
| Nombre de la empresa | Empresa en misión |

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PA. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| MENDONZA VELASQUEZ CARMEN DEL ROCIO | FEMENINO | 50 AÑOS | CC (Tipo) | 63366557 (Número) |

Cargo **INDEPENDIENTE**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**APTO SIN RESTRICCIONES PARA LA LABOR ASIGNADA**

Observaciones: *NO APLICA*

| | |
|---|---|
| ENFASIS OSTEOMUSCULAR | SI |

**Principales Factores de Riesgo**

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | | |
|---|---|---|
| EXAMEN FÍSICO OCUPACIONAL ✓ | AUDIOMETRIA LABORAL ✓ | PERFIL LIPIDICO ✓ |
| WARTEGG ✓ | GLICEMIA EN AYUNAS ✓ | CUADRO HEMATICO AUTOMATIZADO ✓ |
| OPTOMETRIA ✓ | PARCIAL DE ORINA ✓ | ---------- |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| SE ENTREGA FORMATO DE REMISIÓN A EPS | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| VALORACIÓN POR EPS | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | FORTALECIMIENTO MUSCULAR |
| | | CONTROL DE PESO |
| | | HACER DEPORTE |
| | | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

SE REALIZO EXAMEN FISICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el (los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará la Compañía RSO SA., para proteger la confidencialidad de mis resultados. Tengo derecho a solicitar y/o recibir copia de la valoración médica ocupacional. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. Autorizo a la Compañía RSO SA. para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

### Médico

Firma:

Nombre: ARCINIEGAS OCHOA FAVIO ORLANDO

R. M.: 1651 L.S.O.: 10111

Codigo de Seguridad: A64G1M74202

### Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: MENDONZA VELASQUEZ CARMEN DEL I

CC: 63366557

Autorizo a COMPAÑÍA RSO SA. Para que recolecte, almacene, usen y administren mis datos personales, los cuales les han sido suministrados con la finalidad de exámenes médicos ocupacionales y pruebas complementarias, de conformidad con lo establecido en sus políticas de tratamiento de datos personales las cuales se encuentran disponibles para su consulta en www.rso-sa.com. "Políticas de Tratamiento de Datos Personales". Cumplimiento de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y su decreto reglamentario 1377 de 2013..

Jesucristo Rey y Señor

# COMPAÑIA RSO SA

Nit: 804.005.571-3

Carrera 33 No. 52 - 83 Bucaramanga - Santander

Tel: 6852587 - Cel: 318 826 9874 - Página web: www.rso-sa.com

## AUDIOMETRIA



**DATOS PERSONALES** — Atención N°: 20041

Fecha: 15/11/2022 Ciudad: BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA)

Tipo Exámen: INGRESO Eps:

CC: 63366557 Nombre: MENDONZA VELASQUEZ CARMEN DEL ROCIO Edad: 50 AÑOS 10 Genero: FEMENINO

Fecha Nacimiento: 16/01/1972 Empresa: PARTICULAR Ocupacion: INDEPENDIENTE

**ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES**

| Empresa | Cargo | Tipo de Proteccion | Tolerancia | Años | Meses |
|---|---|---|---|---|---|
| NO REPORTA | NO REPORTA | NINGUNA | NO APLICA | 0 | 0 |

**1- EXPOSICIÓN EXTRALABORAL**

| Antecedente en | Observación | Antecedente en | Observación |
|---|---|---|---|
| SERVICIO MILITAR | NO | INSTRUMENTOS MUSICALES | NO |
| ARMAS DE FUEGO | NO | BUCEO - NATACIÓN | NO |
| HOBBIES CON EXPOSICIÓN AI | NO | AUDÍFONOS | OCASIONAL |
| MOTOCICLISMO | NO | OTRO | |
| DISCOTECA | NO | | |

**2- ANTECEDENTES OTOLÓGICOS**

| Antecedente en | Observación | Antecedente en | Observación |
|---|---|---|---|
| OTALGIA | NO | VÉRTIGO | NO |
| OTITIS | NO | SENSACIÓN DE PÉRDIDA AUDITIV | NO |
| TINNITUS | NO | OTORREA | NO |
| CIRUGÍA | CANCER DE PIEL | PRURITO | NO |
| TRAUMA | NO | OTROS | |

**3- ANTECEDENTES PATOLÓGICOS**

| Antecedente en | Observación | Antecedente en | Observación |
|---|---|---|---|
| PAROTIDITIS | NO | MENINGITIS | NO |
| DIABETES | NO | SARAMPIÓN | NO |
| HIPERTENSIÓN | NO | OTROS | |

**4- ANTECEDENTES FAMILIARES**

| Antecedente en | Observación | Antecedente en | Observación |
|---|---|---|---|
| DIABETES | NO | HIPOACUSIA | NO |
| HIPERTENSIÓN | NO | OTROS | |

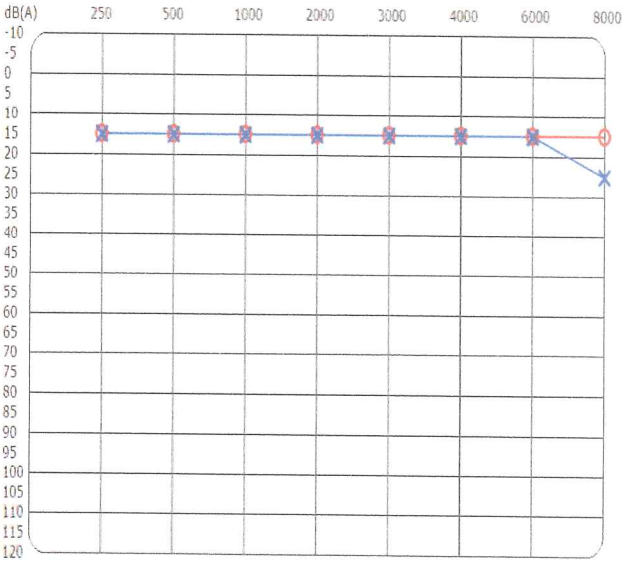
**5- SINTOMATOLOGÍA ACTUAL**

| Antecedente en | Observación | Antecedente en | Observación |
|---|---|---|---|
| ALTERACIÓN COMUNICATIVA | NO | ALTERACIÓN DEL SUEÑO | NO |
| ALTERACIÓN DEL OÍDO | NO | CEFALEAS | NO |
| EPISODIO VIRAL | NO | OTROS | |

O Via aérea del OD — X Via aérea del OI

[ Via ósea del OD (OI enmascarado) — ] Via ósea del OI (OD enmascarado)

< Via ósea del OD (sin enmascarar OI) — > Via ósea del OI (sin enmascarar OD)




**CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA**

Descanso auditivo(Horas) : 8 Hora(s)

**OTOSCOPIA**

Oído derecho: MT. TRASLUCIDA

Oído izquierdo: MT. TRASLUCIDA

| dB(A) | 250 | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 | 8000 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VAOD | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 |
| VAOI | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 25 |

**SEVERIDAD - CAOHC**

**Oído derecho:** Normal(0 - 25 dB) **Oído izquierdo:** Normal(0 - 25 dB)

**Interpretacion**

SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFERICA NORMAL BILATERAL

| Código | Nombre del Diagnóstico | Oido | Origen | Tipo |
|---|---|---|---|---|
| Z011 | EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION | AMBOS | COMÚN | 1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA |

| RECOMENDACION | OBSERVACION |
|---|---|
| CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO | |

**Observaciones**

- SE DAN PAUTAS DE HIGIENE Y CUIDADO AUDITIVO

**FONOAUDIÓLOGO**

**Firma:**

**Nombre:** GARZON ALDANA CATERIN LORENA

**R. M.:** NA **L.S.O.:** 12118 / 2012

**TRABAJADOR**

**Firma:**

**Nombre:** MENDONZA VELASQUEZ CARMEN DEL ROCIO

**CC** 63366557

Jesucristo Rey y Señor

# COMPAÑIA RSO SA

Nit: 804.005.571-3

Carrera 33 No. 52 - 83 Bucaramanga - Santander

Tel: 6852587 - Cel: 318 826 9874 - Página web: www.rso-sa.com



## EXAMEN DE OPTOMETRIA

### DATOS PERSONALES

Atención Nº: 23,610

Fecha: 15/11/2022 Municipio: BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) CC: 63366557 Nombre: MENDONZA VELASQUEZ CARMEN DEL Edad: 50 AÑOS 1

Genero: FEMENINO Profesión o Cargo: INDEPENDIENTE Empresa: PARTICULAR

Eps: Tipo Evaluación Medica: INGRESO F. Último Examen: 1 AÑO

Lugar del Último Examen: SI NO TRAE Motivo Consulta: NO

### ANTECENDENTES VISUALES

| | |
|---|---|
| ANTECEDENTES FAMILIARES | ABUELO CANCER |
| ANTECEDENTES OCULARES | NIEGA |
| SIGNOS | NIEGA |
| SINTOMAS | NIEGA |
| USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN | NIEGA |

### PRUEBAS REALIZADAS

#### AGUDEZA VISUAL

| | | |
|---|---|---|
| OJO DERECHO | AV VL 20/ **20** | AV VP 20/ **100** |
| OJO IZQUIERDO | AV VL 20/ **20** | AV VP 20/ **100** |

#### LENSOMETRÍA

| | Esfera | Cilindro | Eje | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OJO IZQUIERDO | N/A | N/A | N/A | AV VL 20/ | AV VP 20/ | ADD | N/A |
| OJO DERECHO | N/A | N/A | N/A | AV VL 20/ | AV VP 20/ | ADD | N/A |

#### EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: **NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

#### MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

#### PERCEPCIÓN CROMATICA

OJO DERECHO: **NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

#### ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

#### CAMPO VISUAL

OJO DERECHO: **NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

#### RETINOSCOPÍA

| | Esfera | Cilindro | Eje | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OJO IZQUIERDO | N | N/A | N/A | AV VL 20/ **20** | AV VP 20/ **20** | ADD | +175 |
| OJO DERECHO | N | N/A | N/A | AV VL 20/ **20** | AV VP 20/ **20** | ADD | +175 |

#### OFTALMOSCOPÍA

OJO DERECHO: **NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

#### Observaciones Diagnósticos:

PRESBICIA AMBOS OJOS

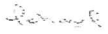
#### CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN PRÓXIMA

#### Otras Observaciones y Recomendaciones:

**OPTOMETRA**



**Firma:**

**Nombre:** CRUZ QUIÑONES JOHANA MILENA

**R. M.:** 0939 **L.S.O.:** 10245

**TRABAJADOR**



**Firma:**

**Nombre:** MENDONZA VELASQUEZ CARMEN DEL ROCIO

**CC:** 63366557

Jesucristo Rey y Señor

# COMPAÑIA RSO SA

Nit: 804.005.571-3

Carrera 33 No. 52 - 83 Bucaramanga - Santander

Tel: 6852587 - Cel: 318 826 9874 - Página web: www.rso-sa.com



## DATOS PERSONALES

**Orden de Servicio N°: 481868**

Municipio: BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Fecha y Hora: martes, 15 de noviembre de 2022 02:21:55 p.m.

Nombres y Apellidos: MENDONZA VELASQUEZ CARMEN DEL ROCIO CC: 63366557 Género: FEMENINO

F. Nacimiento: 16/01/1972 Edad: 50 AÑOS 10 MESES 0 DÍAS Entidad: PARTICULAR

## RESULTADOS DEL LABORATORIO

NO APLICA

### PERFIL LIPIDICO

PERFIL LIPIDICO

| | | | |
|---|---|---|---|
| - COLESTEROL TOTAL | 216 mg/dl | - VN : HASTA 200 mg/dl | |
| - COLESTEROL HDL | 45 mg/dl | - VN : MAYOR DE 45 mg/dl | |
| - COLESTEROL LDL | 150 mg/dl | - VN : HASTA 150 mg/dl | |
| - COLESTEROL VLDL | 27 mg/dl | - VN : HASTA 40 mg/dl | |
| - TRIGLICERIDOS | 136 mg/dl | - VN : HASTA 170 mg/dl | |

**Laboratorio Especializado Clínico Y Toxicologico Ltda**
Bacteriólogo(a) RP: NA

### GLICEMIA EN AYUNAS

- GLICEMIA EN AYUNAS : 98 mg/dl - VN: 70 - 105 mg/dl

**Laboratorio Especializado Clínico Y Toxicologico Ltda**
Bacteriólogo(a) RP: NA

### CUADRO HEMATICO AUTOMATIZADO

CUADRO HEMATICO AUTOMATIZADO

HEMATOCRITO : 40.3 %
HEMOGLOBINA : 13.6 g%
LEUCOCITOS : 10.400 / mm3 de sangre

FORMULA DIFERENCIAL

GRAN : 60.7 %
LYMPH : 34.4 %
MID : 4.9 %

RECUENTO DE PLAQUETAS : 361.000 / mm3 de sangre.

NOTA : EL REPORTE DIRECTO DEL EQUIPO SE ENTREGA EN FISICO.

**Laboratorio Especializado Clínico Y Toxicologico Ltda**
Bacteriólogo(a) RP: NA



DATOS PERSONALES

**Orden de Servicio N°: 481868**

Municipio: BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Fecha y Hora: martes, 15 de noviembre de 2022 02:21:55 p.m.

Nombres y Apellidos: MENDONZA VELASQUEZ CARMEN DEL ROCIO CC: 63366557 Género: FEMENINO

F. Nacimiento: 16/01/1972 Edad: 50 AÑOS 10 MESES 0 DÍAS Entidad: PARTICULAR

## PARCIAL DE ORINA

*PARCIAL DE ORINA*

ASPECTO FISICO QUIMICO

| | |
|---|---|
| Color : | AMARILLO |
| Aspecto: | TURBIO |
| Densidad: | 1.020 |
| Ph: | 5.0 |
| Albúmina: | 15 mg/dl |
| Glucosa: | NORMAL |
| Cetonas: | NEGATIVO |
| P. Biliares: | NEGATIVO |
| Hemoglobina: | TRAZAS |
| Urobilinógeno: | NORMAL |
| Nitritos: | POSITIVO |

| ASPECTO | MICROSCOPICO |
|---|---|
| Células Epiteliales: | 0 - 2 X CAMPO |
| Leucocitos | TODO EL CAMPO |
| Hematies: | 4 - 6 X CAMPO |
| Moco: | ++ |
| Bacterias: | +++ |

**Laboratorio Especializado Clínico Y Toxicologico Ltda**
Bacteriólogo(a) RP NA

Jesucristo Rey y Señor

Bucaramanga, 2022.11.16

**CARMEN DEL ROCIO MENDOZA.**
CC. 63´366.557 de Bucaramanga.

**Aspectos generales**

Nació en Cali, Valle del Cauca. 1972.01.16. Mayor de cuatro hermanos. Con estudios superiores en diferentes áreas (Licenciatura en Educación. Mercadeo. SST. Entre otros). Madre y abuela. Reside en Cañaveral, Floridablanca, Santander. Se ha desempeñado en docencia, en comercio (seguros) y en áreas de salud con diferentes empresas como Seguros Bolívar, Saludcoop, Cafesalud, Coomeva.

Actualmente trabaja independiente y es parte de un grupo de gestión de cultura. Utiliza su tiempo en cultura, caminatas, escribir y leer poesía. Igualmente, en actividades con la familia (paterna) tanto nuclear, como extensa.

De muy buena actitud para la realización de la entrevista y la aplicación de la prueba. De la Entrevista y la prueba.
De una muy buena capacidad intelectual con mucha facilidad para la utilización de las funciones de raciocinio y asociación y síntesis de pensamientos.

Establece, relativamente fácil, relaciones interpersonales laborales, tratando siempre de no involucrarse sentimentalmente. Parece no necesitar de expansión afectiva, por lo racional, concreta, objetiva, bien adaptada, no obstante, cumple responsablemente, con las normas y reglamentos de la Institución como medio de seguridad en sus decisiones. Teniendo como base sus propios valores y los de la Empresa.

En general se presenta como una persona objetiva, autocentrada, que busca satisfacer sus propias necesidades y que a la vez se siente satisfecha con lo logrado hasta ahora. Superación permanente.

Tiene potencialidades intelectuales, que le hacen fortalecer sus propias capacidades y sentir la seguridad que le da confianza y mejora en sus nuevas actividades laborales. Tiene como responder adecuadamente a las exigencias laborales que se le presenten.

El esfuerzo, la persistencia, en alcanzar objetivos claros y bien direccionados son propios de su personalidad tradicional, normativa convencional que “intenta hacer todo bien”.

Presenta vitalidad, capacidad para actuar y tomar decisiones, de iniciativa personal o propia.

En general, Carmen del Rocío, goza de buena salud y mentalmente no presenta impedimentos o rasgos que sugieran alteraciones que le obstaculicen el desarrollo adecuado de sus tareas laborales a las cuales se comprometa.

**JUAN B. MARIN C.**
**Psicólogo T. P. 0012 M SS**

| | | | |
|---|---|---|---|
| República de Colombia<br>Gobernación de Santander | **RESOLUCION** | CÓDIGO | AP-JC-RG-89 |
| | | VERSIÓN | 5 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 22/05/2017 |
| | | PÁGINA | 1 de 1 |

**RESOLUCION NÚMERO - - - 1 1 4 0 1 DE**

POR LA CUAL SE RENUEVA UNA LICENCIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

**EL SUSCRITO SECRETARÍO DE SALUD DEPARTAMENTAL**

En uso de sus facultades legales, y en especial las conferidas en la Ley 1562 de 2012 y la Resolución 04502 de 2012 y,

**CONSIDERANDO:**

Que **FAVIO ORLANDO ARCINIEGAS OCHOA** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 91244925 ha solicitado Renovación de licencia para la prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el trabajo ante la Secretaría de Salud Departamental de Santander.

Que al peticionario le fue otorgada la Licencia de Prestación de Servicios de Salud Ocupacional, mediante Resolución No. 10111 de 19 de Agosto de 2009 de la Secretaria de Salud de SANTANDER y concedida por un término de diez (10) años contados a partir de la expedición de la Resolución, la cual ha cumplido su vigencia.

Que de conformidad con el artículo segundo de la Resolución 04502 del 28 de Diciembre de 2012, el peticionario ha presentado la documentación requerida para la Renovación de la Licencia en Salud Ocupacional para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el trabajo

Que por lo antes expuesto, el Secretario de Salud Departamental,

**RESUELVE:**

ARTÍCULO 1: Renuévese LICENCIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A: **FAVIO ORLANDO ARCINIEGAS OCHOA.** - MEDICO Y CIRUJANO - ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No. 91244925 en las áreas de Medicina en Seguridad y Salud en el trabajo, Investigación en área técnica, Investigación del accidente de trabajo, Educación, Capacitación, Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

ARTÍCULO 2: La Licencia de que trata el artículo anterior se concede por el término de Diez (10) años contados a partir de la fecha de expedición de la presente Resolución.

ARTÍCULO 3: Cuando se modifique las condiciones por la cual se otorgó esta Licencia, en el término máximo de un mes se debe informar a la Secretaria de Salud de Santander para la modificación de la misma.

ARTÍCULO 4: Esta Licencia es válida en todo el Territorio Nacional y tendrá carácter personal e intransferible.

ARTÍCULO 5: Contra la presente Resolución procede los recursos legales

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**

Dada en Bucaramanga a los 2 2 JUL 2019

**LUIS ALEJANDRO RIVERO OSORIO**
**Secretario de Salud Departamental**

Revisó: Mónica Romero Salazar – Coordinador Grupo de Acreditación en Salud y SOGC
Proyectó: Elizabeth Caballero Zabala – Grupo de Acreditación en salud S O G C

CamScanner

## Hace constar:

Que el Sr(a) CARMEN DEL ROCIO MENDOZA VELASQUEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 63366557 realizó el día 09/12/2022 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 CARMEN DEL ROCIO MENDOZA VELASQUEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 63366557 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 -

EPS

sura

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

**EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A** en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

## CERTIFICA

Que **CARMEN DEL ROCIO MENDOZA VELASQUEZ** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **63366557** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 63366557 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | CARMEN DEL ROCIO MENDOZA VELASQUEZ |
| TIPO DE AFILIADO | TITULAR |
| PARENTESCO | TITULAR |
| ESTADO DE AFILIACIÓN | TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL |
| CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN | COBERTURA INTEGRAL |
| FECHA DE INGRESO A EPS SURA | 01/02/2016 |
| FECHA RETIRO EPS SURA | ACTIVO(A) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA | 168 |
| SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO | 41 |

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
**Fecha de generación:** **09/11/2022**

**ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS**

porvenir
sólo hay uno

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.144.331-3

# CERTIFICA QUE:

**CARMEN DEL ROCIO MENDOZA VELASQUEZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **63.366.557**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 10 de Noviembre del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

*Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a* www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*

Banco de Bogotá

EL BANCO DE BOGOTA

INFORMA:

Que la persona CARMEN DEL ROCIO MENDOZA VELASQUEZ identificado(a) con CC 63366557 está vinculado(a) al BANCO DE BOGOTA a través de la CTA AHORROS No. 203796107 desde el 09 de noviembre de 2022, este producto se encuentra Vigente.

Esta información es confidencial, no es una recomendación de negocio y se suministra sin responsabilidad del banco, se expide el 14 de diciembre de 2022, a solicitud del interesado, *con destino a quien interese.*

Atentamente,

*Olga Yanira Otálora Guerrero*

*Gerencia de Soluciones para el Cliente*

*Banco de Bogota*

Powered by CamScanner

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

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 CARMEN ROCIO MENDOZA VASQUEZ, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 63366557, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 28/11/2022 y fecha fin de contrato 30/12/2022 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): 202201021402177.

Esta certificación se expide a los 24 días del mes de Noviembre de 2022.

Cordialmente

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

MIS_4_1_3_FR15 v_04

# SEGURO DE CUMPLIMIENTO A FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
## (GARANTÍA ÚNICA)

suramericana

| Ciudad y Fecha de Expedición | Póliza | | Documento |
|---|---|---|---|
| BUCARAMANGA, 24 DE NOVIEMBRE DE 2022 | 3495603-6 | | 14555446 |
| **Intermediario** | **Código** | **Oficina** | **Referencia de Pago** |
| BROKERS DEL ORIENTE LTDA AGENCIA DEROS | 11455 | 2630 | 01214555446 |

**TOMADOR**

| CEDULA | Razón Social y/o Nombres y Apellidos | |
|---|---|---|
| 63366557 | CARMEN DEL ROCIO MENDOZA VELASQUEZ | |
| **Dirección** | **Ciudad** | **Teléfono** |
| CL 50 # 28 - 25 OFIC 302 CTRO EMP SOTOMAYOR | BUCARAMANGA | 6191918 |

**GARANTIZADO**

| CEDULA | Nombres y Apellidos |
|---|---|
| 63366557 | CARMEN DEL ROCIO MENDOZA VELASQUEZ |

**BENEFICIARIO Y/O ASEGURADO**

| NIT | Nombres y Apellidos |
|---|---|
| 8999990341 | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA |

**COBERTURAS DE LA PÓLIZA**

| COBERTURA | FECHA INICIAL | FECHA VENCIMIENTO | VALOR ASEGURADO | PRIMA |
|---|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 28-NOV-2022 | 30-ABR-2023 | 380.600,00 | 37.815,12 |

| VIGENCIA DEL SEGURO | | VIGENCIA DEL MOVIMIENTO | | | VLR. PRIMA SIN IVA | VLR. IMPUESTOS (IVA) | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Desde | Hasta | Días | Desde | Hasta | | | |
| 28-NOV-2022 | 30-ABR-2023 | 153 | 28-NOV-2022 | 30-ABR-2023 | $37.815 | $7.185 | $45.000 |

VALOR A PAGAR EN LETRAS
CUARENTA Y CINCO MIL PESOS M/L

| Documento de: | Valor Asegurado Movimiento | Prima Anual | Total Valor Asegurado |
|---|---|---|---|
| POLIZA NUEVA | $380.600 | $1.522 | $380.600,00 |

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. FAVOR NO EFECTUAR RETENCIÓN SOBRE EL IVA
LAS PRIMAS DE SEGUROS NO ESTÁN SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE DECRETO REGLAMENTARIO 2509/85 ART. 17. AUTORRETENEDORES RESOLUCIÓN Nº 009961

101 - NEGOCIOS ESTATALES

| RAMO | PRODUCTO | OFICINA | USUARIO | OPERACIÓN | MONEDA | COASEGURO | NÚMERO PÓLIZA LÍDER | DOCUMENTO COMPAÑÍA LÍDER |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 012 | NDX | 2630 | CUM001 | 01 | PESO COLOMBIANO | DIRECTO | | |

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA TOMADOR
63366557 Bucaramanga

**PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS**

| CÓDIGO | NOMBRE DEL PRODUCTOR | COMPAÑÍA | CATEGORÍA | %PARTICIPACIÓN | PRIMA |
|---|---|---|---|---|---|
| 11455 | BROKERS DEL ORIENTE LTDA AGENCIA DEROS | SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. | AGENCIAS | 100,00 | 37.815 |

| DESCRIPCIÓN | Fecha a partir de la cual se utiliza | Tipo y número de la entidad | Tipo de documento | Ramo al cual accede | Identificación interna de la proforma |
|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO CLAUSULADO | 01/01/2017 | 13 - 18 | P | 05 | F-01-12-084 |
| CÓDIGO NOTA TÉCNICA | 25/06/2017 | 13 - 18 | NT-P | 5 | N-01-012-011 |

**TEXTOS Y ACLARACIONES ANEXAS**

Proceso de selección: Prestacion de servicios
NRO. DE CONTRATO CO1.PCCNTR.4246009.
PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR EL DESARROLLO Y LA IMPLEMENTACION DE ACCIONES DE ORIENTACION Y ESTRATEGIAS DE ATENCION A LOS USUARIOS BUSCADORES DE EMPLEO Y EMPRESARIOS EN EL MARCO DE LOS SERVICIOS QUE BRINDAN A TRAVES DE LA AGENCIA PUBLICA DE EMPLEO.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS

sura

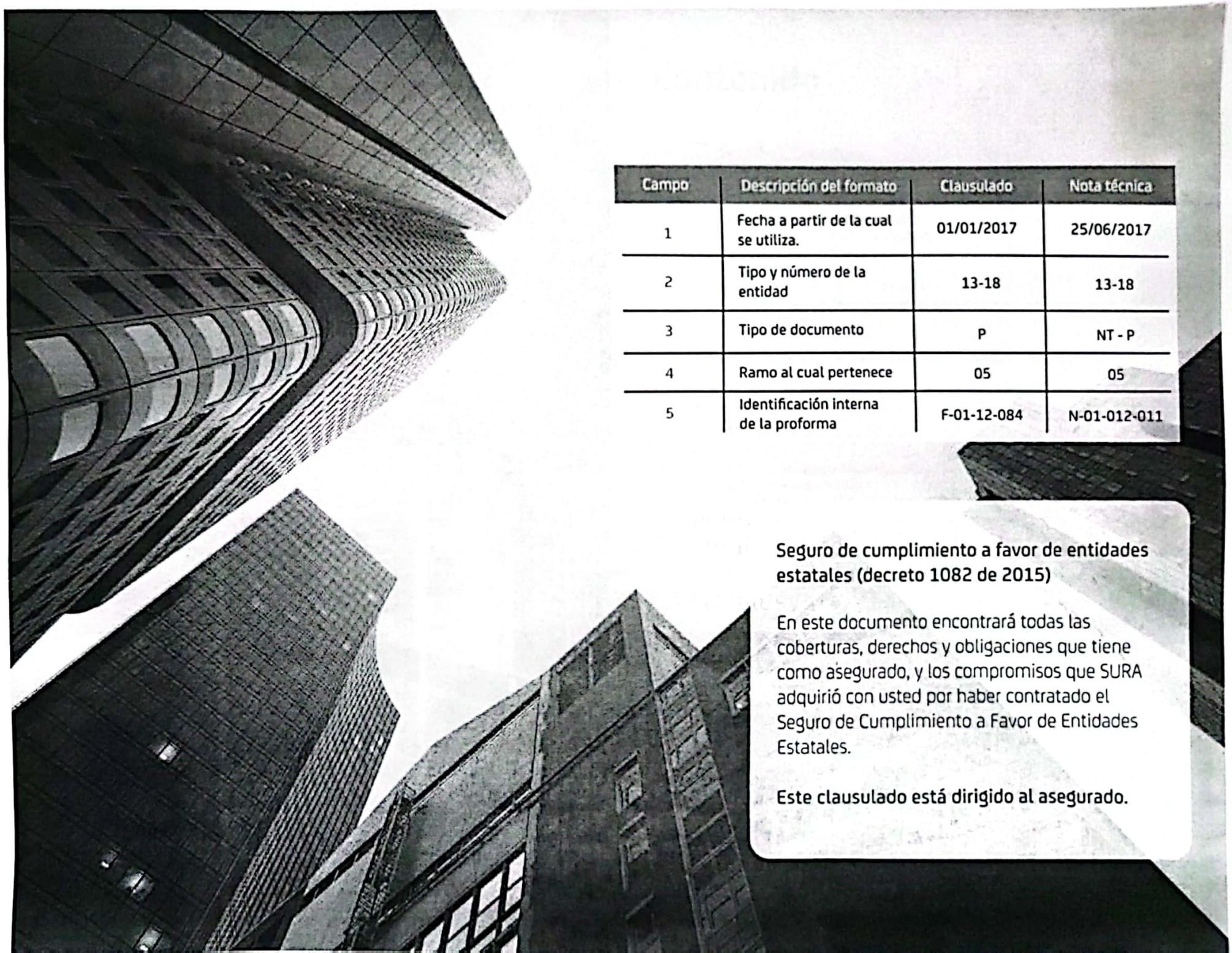
# Seguro de cumplimiento a favor de entidades estatales




01 800 051 8888
Bogotá, Cali y Medellín 437 8888
Desde tu celular #888

segurossura.com.co

VIGILADO SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.

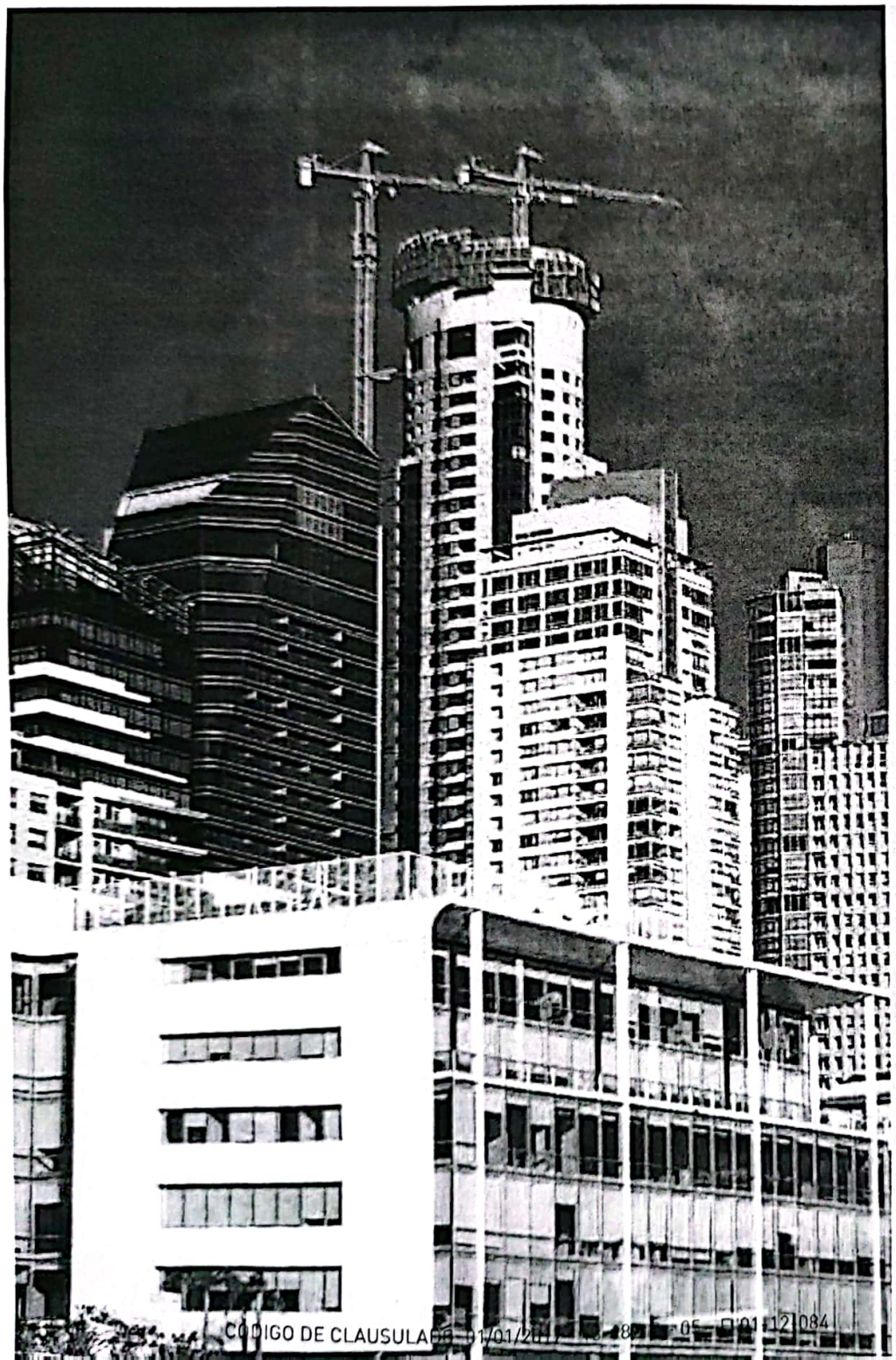


| Campo | Descripción del formato | Clausulado | Nota técnica |
|---|---|---|---|
| 1 | Fecha a partir de la cual se utiliza. | 01/01/2017 | 25/06/2017 |
| 2 | Tipo y número de la entidad | 13-18 | 13-18 |
| 3 | Tipo de documento | P | NT - P |
| 4 | Ramo al cual pertenece | 05 | 05 |
| 5 | Identificación interna de la proforma | F-01-12-084 | N-01-012-011 |

**Seguro de cumplimiento a favor de entidades estatales (decreto 1082 de 2015)**

En este documento encontrará todas las coberturas, derechos y obligaciones que tiene como asegurado, y los compromisos que SURA adquirió con usted por haber contratado el Seguro de Cumplimiento a Favor de Entidades Estatales.

**Este clausulado está dirigido al asegurado.**



# Contenido


## Sección I. Coberturas

1. Seriedad de la oferta
2. Buen manejo y correcta inversión del anticipo
3. Cumplimiento del contrato
4. Devolución de pago anticipado
5. Pago de salarios, prestaciones sociales e indemnizaciones laborales
6. Estabilidad y calidad de la obra
7. Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados
8. Calidad del servicio

## Sección II. Exclusiones

## Sección III. Otras condiciones

1. Indepencia de los amparos
2. Suma asegurada
3. Vigencia
4. Efectividad de la garantía
5. Indivisibilidad de la garantía
6. Cesión de la póliza
7. Cesión del contrato garantizado
8. Terminación por agravación del estado del riesgo.
9. Pago de prima e irrevocabilidad
10. Pago del siniestro
11. Coexistencia de seguros
12. Compensación
13. Subrogación
14. Intervención en procesos de reorganización y/o liquidación
15. Certificados o anexos de modificación
16. Vigilancia e inspección
17. Notificaciones y recursos
18. Naturaleza del seguro
19. Cláusulas incompatibles
20. Solución de conflictos.
21. Domicilio
22. Coaseguro
23. Devolución de primas

## SECCIÓN I - COBERTURAS

SURA le pagará las coberturas descritas en la carátula hasta por el monto asegurado, teniendo en cuenta que el contrato de seguro es indemnizatorio según el artículo 1088 del Código de Comercio. La indemnización podrá comprender el daño emergente y el lucro cesante, pero este último requiere de acuerdo expreso en las condiciones particulares para ser cubierto. Este seguro le cubre los perjuicios directos ocasionados por incumplimientos imputables al contratista-garantizado.

### 1. Seriedad de la oferta

Cubre a la entidad estatal de la sanción derivada del incumplimiento de la oferta, en los siguientes eventos:

**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.
**1.2** El retiro de la oferta después de vencido el plazo fijado para la presentación de las oferta
**1.3** La no suscripción del contrato sin justa causa por parte del adjudicatario.
**1.4** La falta de otorgamiento por parte del proponente seleccionado de la garantía de cumplimiento del contrato.

### 2. Buen manejo y correcta inversión del anticipo

Cubre a la entidad estatal de los perjuicios derivados de:

2.1 La no inversión del anticipo.
2.2 El uso indebido del anticipo.
2.3 La apropiación indebida de los recursos recibidos en calidad de anticipo.

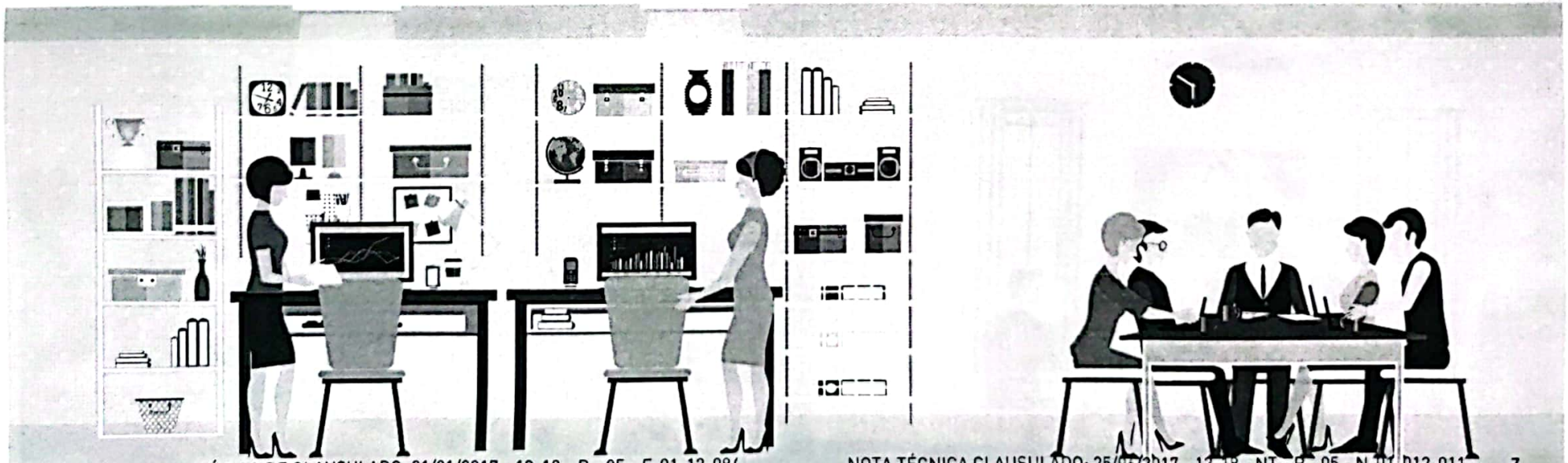
### 3. Cumplimiento del contrato

Cubre a la entidad estatal de los perjuicios derivados de:

3.1 El incumplimiento total o parcial del contrato, cuando el incumplimiento es imputable al contratista-garantizado.
3.2 El cumplimiento tardío o defectuoso del contrato, cuando el incumplimiento es imputable al contratista-garantizado.
3.3 Los daños imputables al contratista por entregas parciales de la obra, cuando el contrato no prevé entregas parciales.
3.4 El pago del valor de las multas y de la cláusula penal pecuniaria.

### 4. Devolución de pago anticipado

Cubre a la entidad estatal de los perjuicios derivados de la no devolución total o parcial del dinero entregado al contratista-garantizado a título de pago anticipado, cuando a ello hubiere lugar.



**5. Pago de salarios, prestaciones sociales e indemnizaciones laborales**

Cubre a la entidad estatal de los perjuicios derivados del incumplimiento de las obligaciones laborales del contratista-garantizado en virtud de la contratación del personal utilizado en el territorio nacional para la ejecución del contrato amparado.

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 colombiano.

**6 . Estabilidad y calidad de la obra**

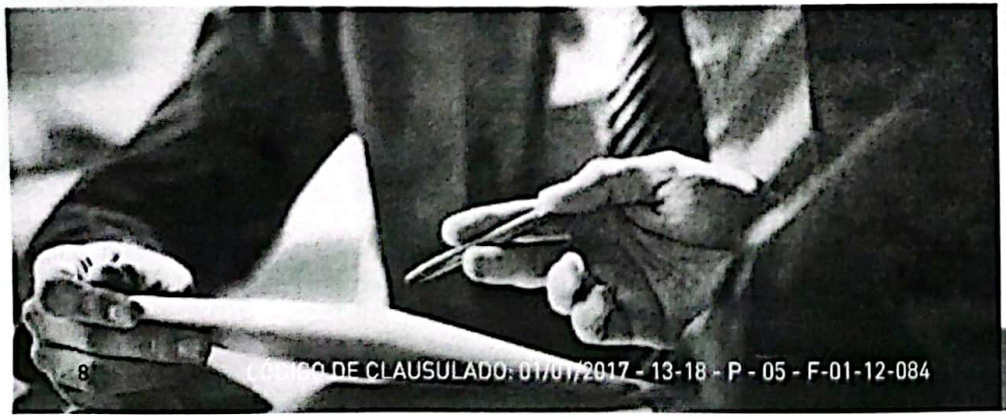
Cubre a la entidad estatal de los perjuicios derivados por cualquier tipo de daño o deterioro, imputable al contratista-garantizado, sufrido por la obra entregada a satisfacción.

**7. Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados**

Cubre a la entidad estatal de los perjuicios derivados del incumplimiento en las condiciones de calidad y correcto funcionamiento de los bienes que recibe la entidad estatal en cumplimiento de un contrato.

**8. Calidad del servicio**

Cubre a la entidad estatal por los perjuicios derivados de la deficiente calidad del servicio prestado.





## SECCIÓN II - EXCLUSIONES

SURA no pagará los perjuicios causados directa o indirectamente por:

1. Causa extraña, esto es, la fuerza mayor o caso fortuito, el hecho de un tercero o la culpa exclusiva de la víctima.
2. Daños causados por el contratista garantizado a los bienes de la entidad estatal no destinados al contrato.
3. Uso indebido o inadecuado o falta de mantenimiento preventivo al que está obligada la entidad estatal.
4. El deterioro normal que sufran los bienes entregados con ocasión del contrato garantizado como consecuencia del transcurso del tiempo.



## SECCIÓN III – OTRAS CONDICIONES

### 1. Indepencia de los amparos

Las coberturas deben ser independientes unas de otras respecto de sus riesgos y de sus valores asegurados. La entidad estatal solamente puede reclamar o tomar el valor de una cobertura para cubrir o indemnizar el valor del amparo cubierto. Los amparos son excluyentes y no se pueden acumular.

### 2. Suma asegurada

El valor asegurado para cada cobertura será la suma máxima que SURA pagará en caso de siniestro.

### 3. Vigencia

La duración de cada una de las coberturas, será la establecida en la carátula, en las condiciones particulares o en los anexos de este seguro.

### 4. Efectividad de la garantía

De acuerdo a los artículos 1077 y 1080 del Código de Comercio, usted deberá demostrar la ocurrencia del siniestro y acreditar el valor de la pérdida, respetando el derecho de audiencia del contratista-garantizado y de SURA de acuerdo a lo establecido en el artículo 86 de la Ley 1474 de 2011, así:



**4.1** Por medio del acto administrativo en el cual la entidad estatal declare la caducidad del contrato y ordene el pago al contratista-garantizado y al garante, bien sea de la cláusula penal o de los perjuicios que ha cuantificado. El acto administrativo de caducidad constituye el siniestro.

**4.2** Por medio del acto administrativo en el cual la entidad estatal impone multas, debe ordenar el pago al contratista-garantizado y al garante. El acto administrativo correspondiente constituye el siniestro.

**4.3** Por medio del acto administrativo en el cual la entidad estatal declare el incumplimiento, puede hacer efectiva la cláusula penal, si está pactada en el contrato, y ordenar su pago al contratista-garantizado y al garante. El acto administrativo correspondiente es la reclamación para la compañía de seguros.

En cualquier caso, para determinar el monto del perjuicio a reclamar a SURA, usted deberá deducir del mismo cualquier suma que le adeude al contratista- garantizado.



### 5. Indivisibilidad de la garantía

Este seguro es indivisible. Sin embargo, de acuerdo a lo previsto en el Decreto 1082 de 2015, si el contrato garantizado tiene una duración mayor a cinco años, se cubren los riesgos de la etapa del contrato o período contractual indicado en la carátula, según lo señalado en las condiciones particulares de este seguro.

El seguro será independiente para cada etapa del contrato, para cada período contractual o para cada unidad funcional, según sea el caso.

La vigencia será igual a la de la respectiva etapa, período contractual o unidad funcional y el valor asegurado corresponde a las obligaciones del contratista que nacen y que son exigibles en cada una de las respectivas etapas, períodos contractuales o unidades funcionales.

Antes del vencimiento de cada etapa del contrato o cada período contractual, el contratista está obligado a prorrogar la vigencia del seguro o a obtener uno nuevo que cubra el cumplimiento de sus obligaciones para la etapa del contrato o el periodo contractual siguiente. Ahora bien, si SURA decide no continuar garantizando la etapa del contrato o período contractual siguiente, le debe informar su decisión por escrito a la entidad estatal contratante asegurada seis meses antes del vencimiento del plazo de la garantía correspondiente.

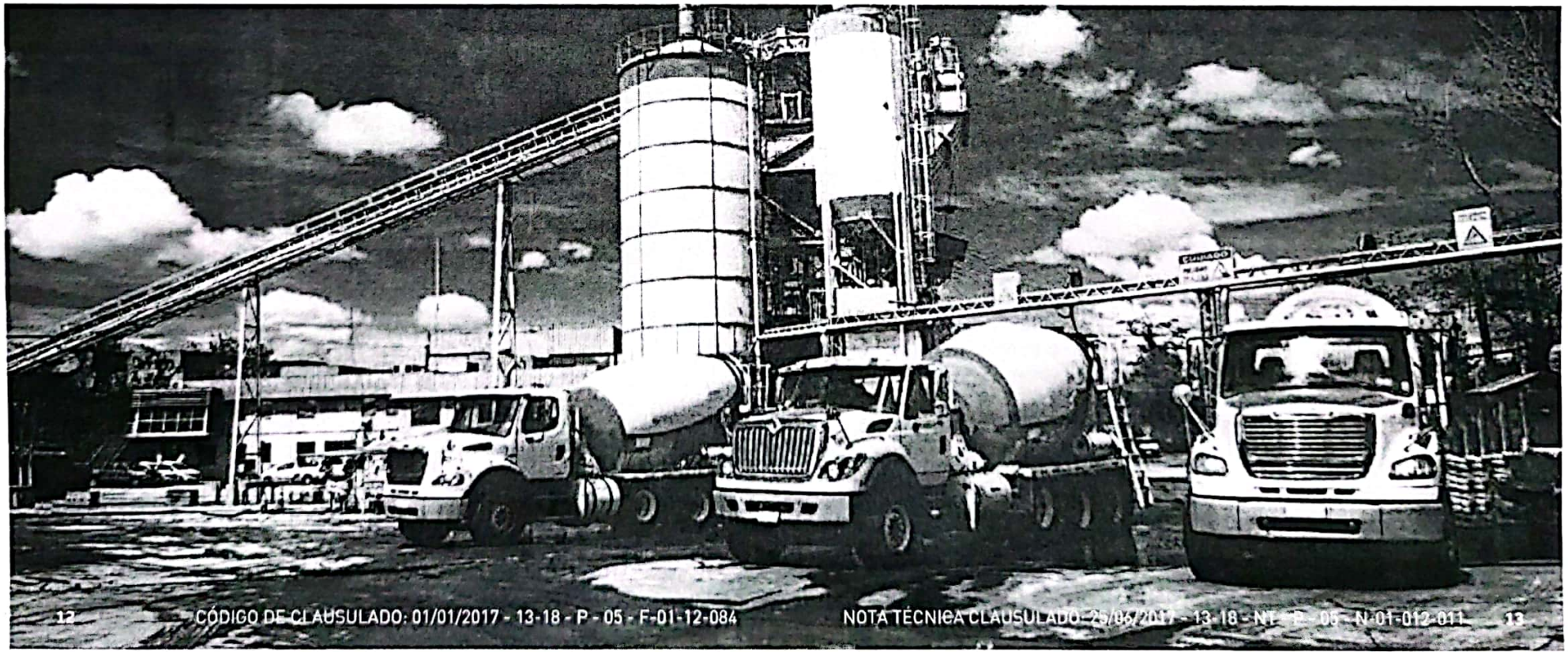
Este aviso no afecta la garantía de la etapa contractual o período contractual en ejecución. Si SURA no da el aviso con la anticipación mencionada y el contratista no obtiene una nueva garantía, SURA quedará obligada a garantizar la etapa del contrato o el período contractual siguiente.

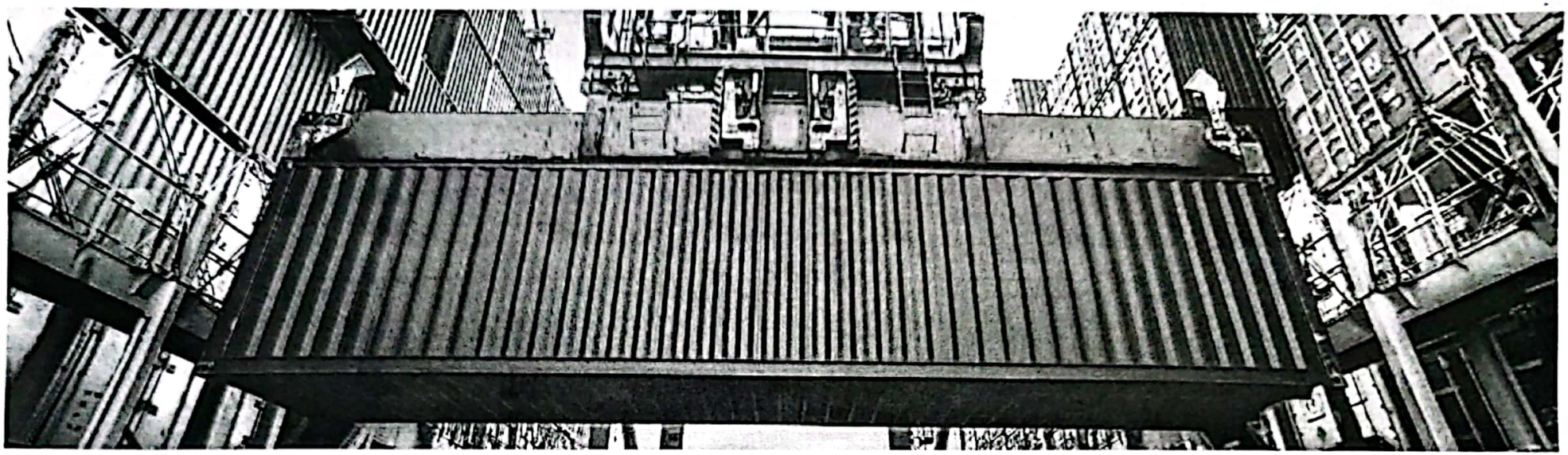
En consecuencia, en la medida en que SURA cumpla estrictamente con la obligación de informar por escrito a la entidad estatal contratante asegurada con seis meses de anticipación a la fecha de vencimiento de la garantía, sobre su decisión de no continuar garantizando la etapa siguiente del contrato, si el contratista garantizado incumpliere la obligación de prorrogar u obtener la póliza para dicha etapa, no se afectará por tal hecho la garantía vigente.

## 6. Cesión de la póliza

Este seguro no se puede ceder ni modificar al tomador, afianzado, beneficiario o asegurado sin que SURA lo autorice.

En caso de no cumplirse lo anterior, el seguro terminará automáticamente y SURA solo pagará los daños causados por incumplimientos que se den antes de la fecha de cesión.





### 7. Cesión del contrato garantizado

El contrato garantizado no puede ser cedido sin la autorización escrita de SURA, de no ser así, este seguro terminará automáticamente desde la fecha de la cesión.

### 8. Terminación por agravación del estado del riesgo.

Este seguro se termina si se hacen cambios al objeto, las obligaciones, la vigencia o al valor del contrato garantizado, si estos no son informados a SURA 10 días después de realizados para evaluar el nuevo riesgo y determinar si se cubren o no dichas modificaciones.

### 9. Pago de prima e irrevocabilidad

El presente seguro no termina por falta de pago de la prima ni podrá ser revocado unilateralmente.

### 10. Pago del siniestro

SURA pagará el valor del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha de recepción de la comunicación escrita presentada por usted, acompañada del acto administrativo ejecutoriado, según lo establecido en el numeral 4 de la presente Sección.

Según el artículo 1110 del Código de Comercio SURA podrá optar por cumplir su prestación mediante el pago de la indemnización o continuando la ejecución de la obligación garantizada.



Cuando existan saldos a favor del contratista-garantizado, usted aplicará la compensación de acuerdo con el numeral 12 de la presente Sección, disminuyendo el valor a indemnizar. Si no existen saldos a favor del contratista-garantizado, usted deberá certificarlo.

### 11. Coexistencia de seguros

Si al momento del siniestro existen otros seguros de cumplimiento con las mismas coberturas, la indemnización se divide entre los aseguradores, en proporción al monto asegurado por cada uno, sin superar la suma asegurada por SURA.

### 12. Compensación

Si la entidad estatal contratante asegurada al momento de tener conocimiento del incumplimiento o con posterioridad a este y anterior al pago de la indemnización, fuere deudora del contratista-garantizado por cualquier concepto, se aplicará la compensación y la indemnización se disminuirá en el monto de las acreencias, según la ley, de conformidad con lo señalado en los artículos 1714 y subsiguientes del Código Civil.

Igualmente, se disminuirá del valor de la indemnización, el valor correspondiente a los bienes que la entidad estatal contratante asegurada haya obtenido del contratista-garantizado, sea judicial o extrajudicialmente, en ejercicio de las acciones derivadas del contrato cuyo cumplimiento se garantiza por medio del presente seguro.

En los eventos en que existan saldos a favor del contrista-garantizado, la entidad estatal aplicará la compensación a que se refiere el numeral 12 de la presente Sección, estableciendo la disminución en el valor a indemnizar. En caso de no existir saldos a favor del contratista-garantizado, la entidad estatal expedirá constancia en dicho sentido.

## 13. Subrogación

En virtud del pago de la indemnización SURA se subroga, hasta concurrencia de su importe, en todos los derechos del asegurado contra el contratista-garantizado.

Si usted renuncia a sus derechos contra el contratista-garantizado pierde el derecho a la indemnización.

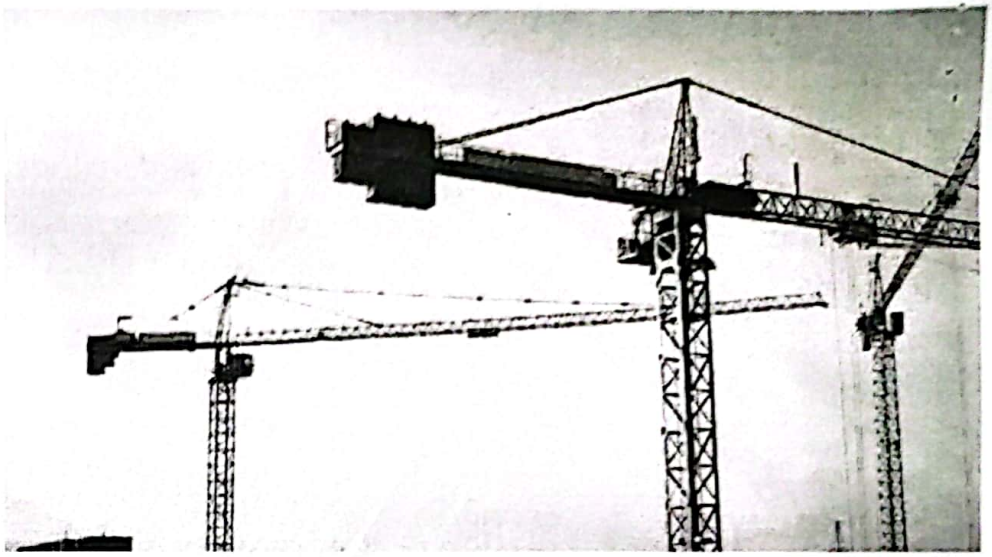
## 14. Intervención en procesos de reorganización y/o liquidación.

Cuando el contratista-garantizado solicite ser admitido admisión en alguno de los procesos de la Ley 1116 de 2006 y sus normas complementarias o sustitutivas, usted debe hacerse parte del mismo y notificar a SURA.

Si usted se abstiene de intervenir en el proceso oportunamente, SURA deducirá de la indemnización, el valor de los perjuicios que esto le cause.







## 15. Certificados o anexos de modificación

Cuando la suma asegurada sea aumentada o disminuida o cuando las condiciones del contrato original sean modificadas, SURA expedirá un certificado o anexo de modificación del seguro en caso de aceptar los cambios.

## 16. Vigilancia e inspección

SURA puede vigilar la ejecución del contrato garantizado e intervenir para facilitar el cumplimiento de la obligación garantizada. Así mismo, usted debe ejercer dicha vigilancia.

Cuando sea necesario, SURA puede revisar los libros y documentos del contratista-garantizado y del asegurado, que tengan relación con el contrato.

## 17. Notificaciones y recursos

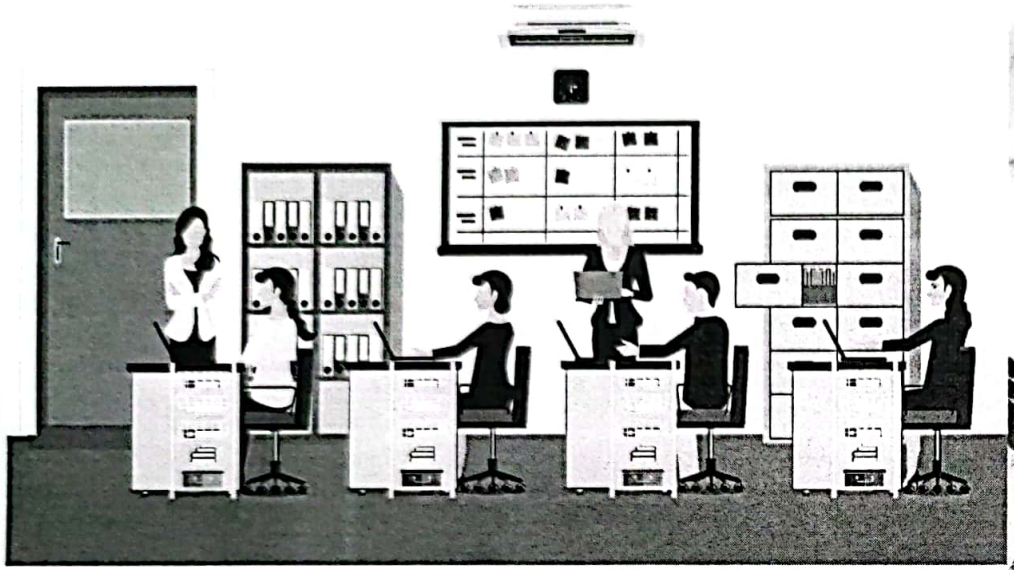
Usted debe notificar a SURA los actos administrativos expedidos con la finalidad de afectar el presente seguro, previo agotamiento del derecho de defensa del contratista-garantizado y de SURA.

## 18. Naturaleza del seguro

Este seguro no representa una obligación solidaria ni incondicional y su efectividad depende de la ocurrencia del siniestro y su cuantificación.

## 19. Cláusulas incompatibles

En caso de que no concuerden las condiciones de este seguro con las del contrato, predominan las primeras





## 20. Solución de conflictos.

Cualquier conflicto originado por la celebración o ejecución del contrato de seguro será resuelto por la justicia ordinaria.

Si después de haberse emitido este seguro, las partes del contrato garantizado celebran un compromiso, el mismo no obliga a SURA a menos que esta lo acepte expresamente y por escrito.

## 21. Domicilio

Para los efectos de este seguro, se acuerda como domicilio de las partes, la ciudad de Medellín-Colombia.

## 22. Coaseguro

Si existe coaseguro el valor de la indemnización se divide entre los aseguradores en proporción al valor de sus respectivos seguros, sin que exista solidaridad entre los mismos.

## 23. Devolución de primas

Cuando el valor asegurado se disminuya durante la ejecución del contrato garantizado o cuando sea retirada alguna cobertura, SURA devolverá al tomador de forma proporcional, la prima no devengada.