SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL QUINDÍO
CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO - QUINDIO - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION

Código Regional	**63**
Código Centro	**953810**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**03137-189418**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: MARIA CLEMENCIA ESCOBAR GUZMAN
Correo electrónico contratista: mcescobarg@sena.edu.co
C.C. 32.664.230 **IP/Nº de contacto** 62657

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** SI **Es Pensionado?** NO

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 86762705518

Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los $ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA) NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 4491302/2023 **Nº Compromiso SIIF** **11423**

Valor Total del Contrato	$ 20.620.600	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 20.620.600	**1**	**Del**	**27/01/2023**	**Al**	**31/01/2023**	**$ 535.600,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 20.085.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: ORIENTAR FORM. PROFESIONAL TITULADA/COMPLEMENTARIA PRESENCIAL/VIRTUAL_NIS_2023-02-018688

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 535.600		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	**$ 535.600**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 172.440**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Enero	Diciembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**24882840**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.160.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 145.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 185.600	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 6.100	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 133.900	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.241.200	$ -	
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 $ 1.357.184	$ -	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 57.480	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	172.440,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	205.000,00	
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	**$535.600,00**	

SON: QUINIENTOS TREINTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se realizó alistamiento de la formación de acuerdo a la FPI, para las fichas 2617705-2671174 y 2671173 según cronograma de formación r
Se ejecutó la FPI, conforme al programas de formación, proyecto formativo y planeación pedagógica, para las fichas 2671173-2671174-261
En proceso de elaboración y aplicación guías de aprendizaje, instrumentos de evaluación correspondientes al I Trimestre de 2023
se verificaron aprendices asociados a la ficha
Se acatan los lineamientos del SIGSST
Se realizó difusión de la oferta para ejecutar etapa productiva
Se cuenta con la norma de competencia Orientar formación presencial de acuerdo con procedimientos técnicos y normativa
Se realiza la entrega del informe mensual de ejecución del contrato, en la fecha especificada
Las demás necesarias para el cabal cumplimiento del objeto contractual.

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.

MARIA CLEMENCIA ESCOBAR GUZMAN
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,

CARMENZA QUINTERO DE LEON
INSTRUCTOR G19

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

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 **MARIA CLEMENCIA ESCOBAR GUZMAN** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **32664230** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 32664230
NOMBRES Y APELLIDOS	MARIA CLEMENCIA ESCOBAR GUZMAN
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	01/05/2018
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	236
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	47

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **04/01/2023**

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

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

MARIA CLEMENCIA ESCOBAR GUZMAN, identificado(a) con cédula de ciudadanía **32.664.230**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 4 de Enero del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2023-01-24

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	INDEPENDIENTE	Actividad económica:	Servicios
Nombre:	MARIA CLEMENCIA ESCOBAR GUZMAN	Documento:	CC 32664230
Fecha de nacimiento:	1961-07-30	Lugar de nacimiento:	NEIVA (HUILA)
Edad:	61 años	Género:	Femenino
Estado civil:	Soltero	No. hijos vivos:	0
Dirección actual:	AV 19 26 NORTE 69 APTO 703	Municipio:	ARMENIA
Teléfono:	3105386049	Escolaridad:	Universitario_completo
Ocupación:	FISIOTERAPEUTA	EPS:	Sura
Responsable**:	SERGIO MONTOYA ESCOBAR (HIJO)	Teléfono:	3105043573
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		



*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

1. Vacuna:Covid-19 -SINOVAC 2 MODERNA1 PFIZER 1 Dosis 4 - Ultima dosis: 2022/09/07

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría:	Su capacidad visual es adecuada, con el uso de la corrección formulada.
Audiometría:	Su capacidad auditiva está disminuida, pero puede exponerse a ruido.
Espirometría computarizada:	NO APLICA.

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a MARIA CLEMENCIA ESCOBAR GUZMAN con documento de identificación No. 32664230 se considera no presenta restricciones para desempeñar la ocupación de FISIOTERAPEUTA del sector económico Servicios

CONDUCTAS OCUPACIONALES PREVENTIVAS

1. CLASIFICACIÓN EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OSTEOMUSCULAR: De acuerdo a la información disponible y el examen realizado se clasifica como NO CASO.

RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. Se le recomienda solicitar en su entidad de salud, realizar audiometria clinica y valorar por Otorrinolaringólogo.

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

CONSIDERACIONES ESPECIALES DE HISTORIA OCUPACIONAL EN PANDEMIA POR CORONAVIRUS: La presente evaluación médica ocupacional que se realiza durante la pandemia por COVID 19 , Se lleva a cabo de forma integral, teniendo en cuenta una encuesta de síntomas, presencia de signos y síntomas respiratorios agudos, verificación de antecedentes de patologías o condiciones que lo enmarquen en una población de manejo especial o de mayor riesgo de complicación en caso de sufrir la infección y verificación de estado de la vacunación contra COVID 19. Cualquier hallazgo significativo encontrado se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado e implicaciones ocupacionales. Esta evaluación no garantiza que a futuro el trabajador no padezca la enfermedad. En caso de presentar algún síntoma al respecto, será pertinente que se le haga una nueva valoración médica en su Entidad de Salud. Por todo lo anterior se recomienda implementar las medidas generales y específicas según proceso productivo y sector económico, en el marco del Programa de Bioseguridad de cada empresa y en atención a los lineamientos de autoridades competentes como Ministerios de Trabajo, Salud y Seguridad Social.

Es de vital importancia para PROTEGERNOS DEL CORONAVIRUS:

- Lavar nuestras manos regularmente con abundante agua y jabón.
- Usar tapabocas convencionales todo el tiempo en espacios donde sea imposible mantener distancias mayores a 1 metro, como: transporte público, taxis, supermercados, bancos, entre otros.
- Si se usa transporte masivo usar siempre tapabocas y lavarse las manos después de usarlo.
- Evitar tocarse la cara, especialmente después de tener contacto con superficies contaminadas o personas enfermas.
- Limpiar constantemente con desinfectante las superficies con las que tenemos contacto.
- Mantener una distancia no inferior a un metro con otras personas: No salude de beso ni de mano y evite el contacto físico.
- Descargue el aplicativo Coronapp-Colombia para recibir información personalizada e Infórmese a través de fuentes confiables.
- SI TIENE LOS SIGUIENTES SíNTOMAS: Fiebre, Tos, Dificultad para respirar, dolor para tragar, notifíquelo a su empleador y su EPS, No vaya a lugares públicos, es ideal que se aísle preventivamente.

VALSALUD SAS
NIT. 900069014-5

VALSALUD SAS NIT. 900069014-5

Luis Fabio Palacio Ossa
C.C 18463108
Medico Especialista en salud ocupacional
RES. 63-0638 de 6 de febrero 2019
Universidad del Quindio

Indice der

MARIA CLEMENCIA ESCOBAR GUZMAN
Documento: 32664230

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE INGRESO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MéDICO DE INGRESO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

Impreso por: sandra.hernandez
Fecha: 2023-01-24 Hora: 15:27

VALSALUD SAS NIT. 900069014-5

VALSALUD SAS NIT. 900069014-5

VALSALUD SAS NIT. 900069014-5

VALSALUD

CONSENTIMIENTO Y DECLARATORIA
Fecha: 2023-01-24 Hora: 07:38:43

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA:

Este documento es propiedad exclusiva del titular de la historia clínica que en él figura en virtud de lo consignado en la resolución 1995 de 1999 que establece las normas para el manejo de historias clínicas generales y las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 para historias clínicas relacionadas con procesos de salud ocupacional. Para la protección y confidencialidad de la historia clínica del paciente este documento sólo podrá ser entregado a terceras personas o empresas con la autorización previa y escrita del titular de la historia.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN EN LA IPS Val-Salud

Declaro que asisto de manera voluntaria a la Institución Prestadora de Servicios de Salud Val-Salud para la realización de un Examen Médico Ocupacional y unas pruebas complementarias diagnósticas, que permitan establecer mi condición de salud y aptitud para el desempeño de la ocupación en la Empresa, de manera segura para mi integridad personal y la de terceros. Por ello, al firmar este documento, acepto conocer y entender las condiciones para someterme voluntariamente a la realización de los procedimientos. Me queda entendido que en caso de posteriormente no estar de acuerdo su realización, podré retirar este consentimiento para lo cual tendré que firmar el respectivo desistimiento.

Adicionalmente, se me ha informado que las Pruebas Complementarias o Ayudas Diagnósticas que se me podrían realizar, puede ser una o varias de las siguientes:

- Evaluación de mi capacidad visual mediante un examen realizado por Optómetra.
- Evaluación de mi capacidad respiratoria mediante una Espirometría.
- Evaluación de mi capacidad auditiva y/o de la voz por medio de un examen de Fonoaudiología.
- Evaluación de mi capacidad osteomuscular para el manejo de cargas o movimientos repetitivos
- Evaluación de mi capacidad mental mediante una Evaluación Psicológica.
- Examen para evaluar el consumo de sustancias psicoactivas.
- Toma de muestras de laboratorio.

Estas evaluaciones no representan en si mismas ningún riesgo que ponga en peligro mi integridad física o mental y no existe un riesgo especial previsible.
Cada evaluador está a su disposición para ampliarle la información de la prueba a realizar, por lo que le puede preguntar cualquier duda o inquietud que usted tenga.
El uso de su firma electrónica, se reglamenta según los criterios de Ley 527 de 1999 â€œPor medio de la cual se define y reglamenta el acceso y uso de los mensajes de datos, del comercio electrónico y de las firmas digitales, y se establecen las entidades de certificación y se dictan otras disposiciones." y el Decreto 2364 de 2012 "Por medio del cual se reglamenta el artículo 7 de la Ley 527 de 1999, sobre la firma electrónica y se dictan otras disposiciones", y acompaÃ±ado al uso de su imagen y huella dactilar, servirá como mecanismo para comprobar su identidad y ratificar de su voluntad de aceptación. Así entonces, se considera que usted acepta conocer y entender las condiciones para someterse voluntariamente a la realización de los procedimientos y queda entendido para nosotros que en caso de posteriormente no estar de acuerdo con alguno, podrá retirar este consentimiento.

Acepta que los documentos de la atención tengan su imagen, huella dactilar y firma electrónica según corresponda, ello entendiendo que garantizamos la reserva y confidencialidad de su información y que la misma es usada estrictamente para el proceso de su atención en el marco de la ejecución de las evaluaciones médicas ocupacionales y las normas referidas anteriormente.

DECLARATORIA DE ESTADO DE SALUD GENERAL Y ANTECEDENTES PERSONALES DE IMPORTANCIA

Para que el Médico Especialista en Salud en el Trabajo pueda evaluar su condición de salud y antecedentes de enfermedades, usted acepta y se compromete a suministrar información veraz y real sobre su condición de salud, a no decir mentiras ni ocultar datos o información que pudiese afectar los conceptos e intervenciones de los médicos. La información suministrada por usted puede ser usada para intervenir su condición de salud procurando su mejoramiento de acuerdo al Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la Empresa. Además, podrá ampliar al Médico lo que considere necesario.

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre MARIA CLEMENCIA ESCOBAR GUZMAN
Documento: 32664230

Si ha padecido, padece o es tratado de alguna enfermedad o presenta algún tipo de incapacidad, relacionada con los siguientes aspectos, por favor marque con una "X" en la columna correspondiente a afirmativo (**SI**) o negativo (**NO**).

PATOLOGIA	Resp	PATOLOGIA	Resp	PATOLOGIA	Resp
1. En los últimos 12 meses ha asistido a una consulta médica o ha estado hospitalizado?	No	2. Ha tenido alguna operación, transfusión de sangre, hospitalización, tratamiento o está en consulta por una enfermedad que le afecte o pueda afectar el desempeño de su trabajo?	No	3. Presenta secuelas de alguna enfermedad, cirugía o de un accidente?	No
4. Alguna vez ha tenido alergia respiratoria o en piel, asociada a: uso de medicamentos, consumo de alimentos, picaduras de insectos, contactos con productos químicos y detergentes, polvo u otro factor?	No	5. Ha presentado alguna enfermedad o accidente relacionado con su trabajo?	No	6. Está actualmente en tratamiento de alguna enfermedad o cirugía, o tiene pendiente algún examen diagnóstico, tratamiento médico, cirugía o procedimiento, o está en proceso de reclamación por algún evento que le afectó su salud en una Empresa, la EPS, la ARL o la AFP?	No
7. Tiene actualmente alguna incapacidad laboral, se encuentra en condición de discapacidad, es limitado en su movilidad, o se le ha calificado alguna merma de su capacidad laboral?	No	8. Consume actualmente alguna de las siguientes sustancias psicoactivas: Marihuana, bazuco, perico, cocaína, disolventes, pastillas o alcohol hasta quedar ebrio?	No	9. Presenta algún trastorno mental, psiquiátrico, psicológico, epilepsia o "ataques"?	No
10. Si es mujer, presenta o ha presentado alguna enfermedad ginecológica, de la pelvis o de las mamas, incluido dolores? o Tiene prótesis mamaria?	No	11. Actualmente toma medicamentos de cualquier tipo?	No	12. Presenta o ha presentado adormecimiento, calambres, picadas o dolor en las manos?	No
13. Presenta o ha presentado dolor, enfermedad o tiene una cirugía en los hombros?	No	14. Presenta o ha presentado dolor, Enfermedad pérdida de la fuerza, cirugía en codos muñecas o manos, enfermedad de síndrome del túnel del carpo, tendinitis de la mano, muñecas o codos?	No	15. En las rodillas Presenta o ha presentado dolor, enfermedad, o dificultad para moverse, agacharse, caminar o para poder estar en cuclillas, o levantar cargas, cirugía en una o las 2 rodillas rodillas, piernas o caderas, secuelas de accidente deportivo, de trabajo o tránsito, o secuelas por alguna otra causa?	No

16. Ha presentado fractura de cualquier hueso o articulación del cuerpo? o Tiene actualmente insertados clavos, varillas, placas o cualquier tipo de material de osteosintesis en algún hueso o articulación?	No	17. Presenta o ha tenido enfermedad, cirugía de la columna o espalda, limitaciones o dolor que le impidan movilizar o levantar cargas, estar en posición de pie o sentado por largo tiempo?	No	18. Presenta o ha presentado dolor, enfermedad o cirugía de brazos, antebrazo o codos?	No
19. Presenta o ha presentado una lesión de los ligamentos, meniscos o esguinces de rodilla?	No	20. Presenta o ha presentado dolor, enfermedad, cirugía o limitaciones en las articulaciones?	No	21. Presenta o ha presentado enfermedad, cirugía de los ojos o tiene un déficit visual?	No
22. Presenta alguna enfermedad de los oídos o alguna deficiencia auditiva que no le permita oír bien?	No	23. Presenta o ha presentado trastornos del peso, enfermedades del metabolismo del azúcar (diabetes, hipoglicemia), o de las grasas (colesterol, triglicéridos altos o dislipidemia)?	No	24. Tiene alguna enfermedad cardíaca como: soplos, infarto, trombosis, derrames, o le han realizado cirugía cardiovascular?	No
25. Tiene miedo a los espacios cerrados, que sean oscuros o estrechos (claustrofobia)?	Si	26. Tiene actualmente miedo, pánico o temor anormal para realizar trabajos en alturas (acrofobia) o en socavones, aún con la protección necesaria y el entrenamiento adecuado?	Si	27. Sufre de hipertensión arterial (presión alta), vértigos, mareos o enfermedades vasculares?	No
28. Sufre de alguna enfermedad infectocontagiosa que sea un riesgo en el trabajo?	No	29. Sufre o ha tenido alguna enfermedad respiratoria como infecciones, bronquitis, asma, rinitis alérgica, tuberculosis, laringitis, sinusitis; o tiene dificultad para usar protección respiratoria?	No	30. Presenta o ha presentado hernias en el abdomen (inguinal, umbilical o epigástrica)?	No
31. Presenta o ha presentado dificultades de cualquier tipo que le hayan afectado su capacidad de trabajo, su aptitud para desempeñar el trabajo o que le haya obligado a retirarse y buscar otro trabajo?	No	32. Tiene usted disponible su carnet de vacunación para revisión por el médico?	Si		

VALSALUD SAS NIT. 900069014-5

Luis Fabio Palacio Ossa
C.C 18463108
Medico Especialista en salud ocupacional
RES. 63-0638 de 6 de febrero 2019
Universidad del Quindio

Indice der

MARIA CLEMENCIA ESCOBAR GUZMAN
Documento: 32664230

Escanee el código si desea verificar datos

Impreso por: sandra.hernandez
Fecha: 2023-01-24 Hora: 15:27

VALSALUD SAS NIT. 900069014-5

VALSALUD SAS NIT. 900069014-5

VALSALUD SAS NIT. 900069014-5

VALSALUD

EXAMEN DE VISIOMETRIA DIGITAL No. 32664230

Fecha: 2023-01-24

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA:

Este documento es propiedad exclusiva del titular de la historia clínica que en él figura en virtud de lo consignado en la resolución 1995 de 1999 que establece las normas para el manejo de historias clínicas generales y las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 para historias clínicas relacionadas con procesos de salud ocupacional. Para la protección y confidencialidad de la historia clínica del paciente este documento sólo podrá ser entregado a terceras personas o empresas con la autorización previa y escrita del titular de la historia.



INFORMACIÓN GENERAL

Equipo utilizado	Optec 2000		
Nombre	MARIA CLEMENCIA ESCOBAR GUZMAN		
Documento:	32664230		
Empresa usuaria:	INDEPENDIENTE		
Usa lentes:	SI	Tipo de lentes:	Formulados
Frecuencia	Lectura	Exámen realizado con lentes de contacto:	NO
Peso:	67	Talla:	172

PRUEBA DE DEMOSTRACIÓN: Buena

VISION LEJANA CON LENTES

Ojo Derecho: 20/25 Ojo Izquierdo: 20/25 Ambos ojos: 20/25

VISION CERCANA CON LENTES

Ojo Derecho: 20/25 Ojo Izquierdo: 20/25 Ambos ojos: 20/25

VISION DE PROFUNDIDAD: Normal

PERCEPCION DE COLORES AMBOS OJOS: Normal

FORIA VERTICAL VISION LEJANA: Normal

FORIA LATERAL VISION LEJANA: Normal

FORIA LATERAL VISION CERCANA: Normal

VISION PERIFERICA: (CAMPIMETRIA)

OJO DERECHO
Nasal 35 grados: Normal
Temporal 55 grados: Normal
Temporal 70 grados: Normal
Temporal 85 grados: Normal

OJO IZQUIERDO
Nasal 35 grados: Normal
Temporal 55 grados: Normal
Temporal 70 grados: Normal
Temporal 85 grados: Normal

OBSERVACIONES: -VISIOMETRIA DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES
Se recomienda actualizar correccion optica para mejorar su capacidad visual

VALSALUD SAS
NIT. 900069014-5

uz Maryori Lopez Henao
Optometra
P 24695891
eg 3902 CTNPO
undacion Universitaria Del Area Andina

MARIA CLEMENCIA ESCOBAR GUZMAN
Documento: 32664230

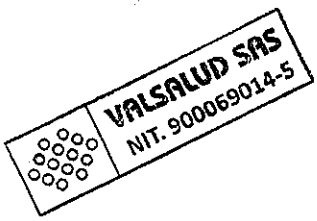
Indice der

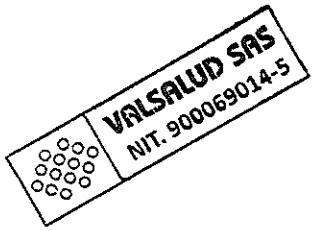
Escanee el código si desea verificar datos

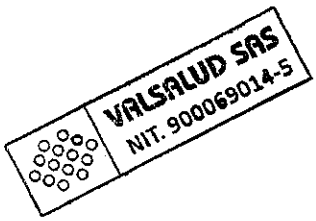
Calle 4 NORTE No. 13 - 66 - Armenia-Quindio PBX: 745 58 19
www.valsalud.com valsalud@gmail.com

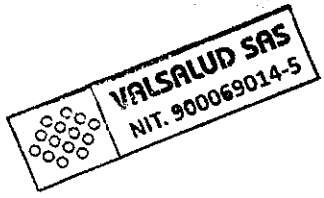
mpreso por: sandra.hernandez
echa: 2023-01-24 Hora: 15:28

VALSALUD SAS
NIT. 900069014-5


VALSALUD SAS
NIT. 900069014-5


VALSALUD SAS
NIT. 900069014-5


VALSALUD SAS
NIT. 900069014-5


VALSALUD SAS
NIT. 900069014-5

VALSALUD

EXAMEN DE AUDIOMETRIA DIGITAL No. 32664230

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA:

Este documento es propiedad exclusiva del titular de la historia clínica que en él figura en virtud de lo consignado en la resolución 1995 de 1999 que establece las normas para el manejo de historias clínicas generales y las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 para historias clínicas relacionadas con procesos de salud ocupacional. Para la protección y confidencialidad de la historia clínica del paciente este documento sólo podrá ser entregado a terceras personas o empresas con la autorización previa y escrita del titular de la historia.

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria: INDEPENDIENTE
Nombre: MARIA CLEMENCIA ESCOBAR GUZMAN
Edad: 61 años
Ocupación: FISIOTERAPEUTA
Nivel de ruido en el puesto de trabajo: Desconocido

Fecha: 2023-01-24
Documento: 32664230
Género: Femenino
Teléfono: 3105386049



2. ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES (P=Positivo, N=Negativo)

Acufenos	N	Diabetes	N	Otitis media	N
Adenoidectomía	N	Epilepsia	N	Otorrea	N
Alergias	N	Labio y paladar hendido	N	Ototóxicos	N
Amigadalitis	N	Mareos	N	Patología infecciosa	N
Amigdalectomía	N	Meningitis	N	Patología viral	N
Cirugías de oido	N	Otalgia	N	Trauma craneo encefálico	N

Hipertensión arterial	N
Reumatológicos	N
Sordera familiar	N
Tabaquismo	N
Vertigos	N
Otros	N

Observaciones: No refiere patologías personales de importancia audiológica.

3. EXPOSICION AL RUIDO NO INDUSTRIAL

Audífonos Ocasional, Conducción de vehículos Diario

4. EXPOSICION OCUPACIONAL AL RUIDO

Ocupación(Ocup)-Tiempo de exposición(Te)-Protección auditiva(PA)
Ocup: Fisioterapéuta - Te: Más de 300 - Fr: Diariamente - PA: Ninguna

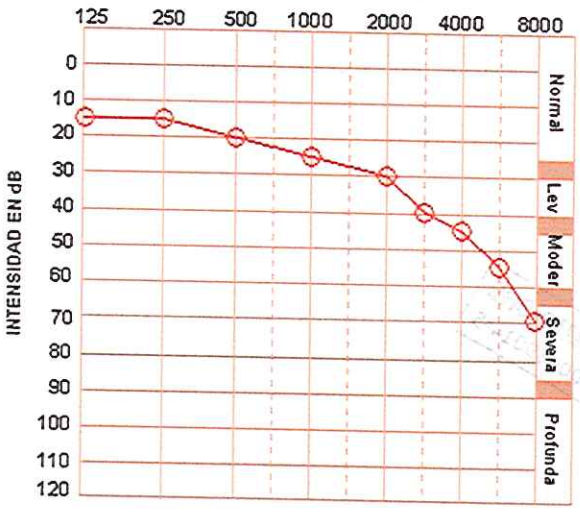
5. EVALUACIÓN DEL OIDO (N=Normal, A=Anormal)

Pabellón	N	Conductos	N	Tímpanos	N	Lóbulos	N

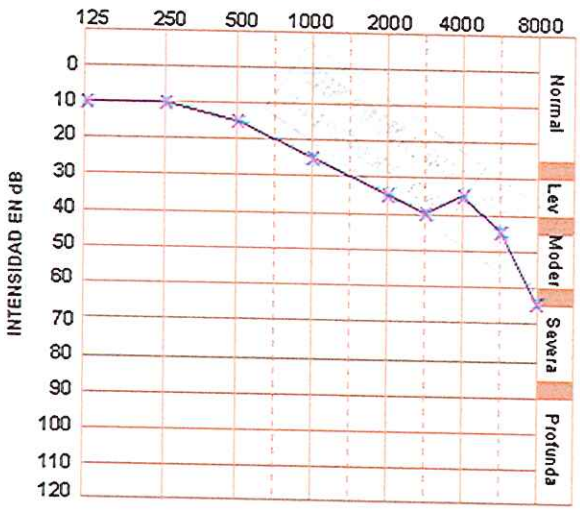
Ampliación de hallazgos: El examen de los oidos es normal y no se evidencian patologÃas.

6. AUDIOMETRIA TONAL

OIDO DERECHO



OIDO IZQUIERDO



PROMEDIO (Frec. 500-1k-2k-3k)

Oído derecho: 29
Oído izquierdo: 29

CLASIFICACION S.A.L.: B
PRESBIACUSIA: 18 dB

CLASIFICACION ELI	INTERPRETACION
D	Sospecha de daño auditivo por ruido
C	Normal límite

Casi normal

7. CONCEPTO AUDIOLOGICO

AUDIOMETRIA DE INGRESO:
Descenso de leve a severo a partir de la frecuencia de 2000 Hertz, sin recuperación, bilateral, vía aérea.

8. RECOMENDACIONES

Realizar control de acuerdo al programa de vigilancia epidemiológica de la empresa.
Solicitar en la EPS evaluación y plan de manejo de su patología auditiva por Otorrinolaringólogo.
Realizar control audiométrico. Se sugiere realización de audiometria clinica.Evitar utilizar audífonos para escuchar música. Evitar exponerse a ruido superior de 85 dB. Se sugiere conducir el vehículo con la ventanilla cerrada.

VALSALUD SAS NIT/900069014-5

Yulisa Muñoz Campo
Fonoaudiologa
Universidad del Cauca
Reg.1061818832

Indice der

MARIA CLEMENCIA ESCOBAR GUZMAN
Documento: 32664230

Escanee el código si desea verificar datos

ANEXO: RESULTADOS DE AUDIOMETRIAS ANTERIORES Vs ULTIMA AUDIOMETRIA

A continuación se presentan los audiogramas de evaluaciones anteriores que reposan en nuestro sistema para este usuario, con las fechas de realización y dos tablas con los resultados obtenidos en cada una de las frecuencias de prueba, así como el cambio en decibeles con la audiometría actual. Esto de acuerdo a lo establecido en el GATISO del Ministerio de la Protección Social, permite hacer el seguimiento de la variabilidad en cada una de las frecuencias.

OIDO DERECHO



Audiometría realizada en **2020-01-28**								
Frec.	250	500	1K	2K	3K	4K	6K	8K
VA	20	25	20	25	35	40	50	55
VO	0	0	0	0	0	0		

Variación en dB con audiometría actual

Frec.	250	500	1K	2K	3K	4K	6K	8K
VA	5	5	-5	-5	-5	-5	-5	-15
VO	0	0	0	0	0	0		

OIDO IZQUIERDO



Audiometría realizada en **2020-01-28**								
Frec.	250	500	1K	2K	3K	4K	6K	8K
VA	20	25	25	20	35	30	45	65
VO	0	0	0	0	0	0		

Variación en dB con audiometría actual

Frec.	250	500	1K	2K	3K	4K	6K	8K
VA	10	10	0	-15	-5	-5	0	0
VO	0	0	0	0	0	0		

Impreso por: sandra.hernandez
Fecha: 2023-01-24 Hora: 15:28

VALSALUD SAS NIT. 900069014-5

VALSALUD SAS NIT. 900069014-5

VALSALUD SAS NIT. 900069014-5

VALSALUD
NIT: 900069014-5

RESULTADOS

FECHA: 2023-01-24 HORA: 08:00:33

32664230

GLUCOSA EN SUERO

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA:

Este documento es propiedad exclusiva del titular de la historia clínica que en él figura en virtud de lo consignado en la resolución 1995 de 1999 que establece las normas para el manejo de historias clínicas generales y las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 para historias clínicas relacionadas con procesos de salud ocupacional. Para la protección y confidencialidad de la historia clínica del paciente este documento sólo podrá ser entregado a terceras personas o empresas con la autorización previa y escrita del titular de la historia.



NOMBRE:	MARIA CLEMENCIA ESCOBAR GUZMAN	**DOCUMENTO:**	32664230	**EDAD:**	61.49 Años
DIRECCIÓN:	AV 19 26 NORTE 69 APTO 703 ARMENIA	**TELÉFONO:**	3105386049	**F.Nacimiento:**	1961-07-30
EMPRESA:	INDEPENDIENTE			**GENERO:**	F

ANALISIS	**RESULTADO**	**V.REFERENCIA**
Suero o Plasma, tecnica enzimatica colorimetrica	mg/dL 88	70-110 mg/mL

VALSALUD SAS NIT. 900069014-5

Responsable: Maria Elena Muriel Salazar
Bacteriologa
Reg 640-1989
Pontificia Universidad Javeriana

Indice der
MARIA CLEMENCIA ESCOBAR GUZMAN

Escanee el código si desea verificar datos

Calle 4 NORTE No. 13 - 66 - Armenia-Quindio **PBX: 745 58 19**
www.valsalud.com valsalud@gmail.com

VALSALUD SAS NIT. 900069014-5

VALSALUD SAS NIT. 900069014-5

VALSALUD SAS NIT. 900069014-5

VALSALUD SAS
NIT. 900069014-5

VALSALUD SAS
NIT. 900069014-5

VALSALUD SAS
NIT. 900069014-5

VALSALUD SAS
NIT. 900069014-5

VALSALUD
NIT: 900069014-5

RESULTADOS

FECHA: 2023-01-24 HORA: 08:00:33

32664230

PERFIL LIPIDICO

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA:

Este documento es propiedad exclusiva del titular de la historia clínica que en él figura en virtud de lo consignado en la resolución 1995 de 1999 que establece las normas para el manejo de historias clínicas generales y las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 para historias clínicas relacionadas con procesos de salud ocupacional. Para la protección y confidencialidad de la historia clínica del paciente este documento sólo podrá ser entregado a terceras personas o empresas con la autorización previa y escrita del titular de la historia.



NOMBRE:	MARIA CLEMENCIA ESCOBAR GUZMAN	**DOCUMENTO:**	32664230	**EDAD:**	61.49 Años
DIRECCIÓN:	AV 19 26 NORTE 69 APTO 703 ARMENIA	**TELÉFONO:**	3105386049	**F.Nacimiento:**	1961-07-30
EMPRESA:	INDEPENDIENTE			**GENERO:**	F

ANALISIS	**RESULTADO**	**V.REFERENCIA**
COLESTEROL TOTAL Interpretación según recomendaciones de la Sociedad Europea de Ateroesclerosis Intervalo ideal: <200 mg/dL Intervalo Límite: 200-240 mg/dL Colesterol Alto: >240 mg/dL TECNICA:Método enzimático colorimétrico	TXT 200	0 - 200 mg/dL
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL) TECNICA: Método enzimático colorimétrico 3a generación	TXT 52	Hombres:35-120 mg/dL Mujeres:45-120 mg/dL
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD (LDL) Rango cercano a lo optimo: <100 mg/dL Limite normal alto: 130-159 mg/dL Valor elevado: 160-189 mg/dL Limite muy alto: >190 mg/dL TECNICA: Método enzimático colorimétrico	TXT 108.8	-
TRIGLICERIDOS Interpretación según recomendaciones de la Sociedad Europea de Ateroesclerosis Límite normal alto: 150-199 mg/dL Límite Alto: 200-499 mg/dL Límite muy Alto: >500 mg/dL TECNICA: Método enzimático colorimétrico	TXT 196	0 - 150 mg/dL
VLDL (colesterol de muy baja densidad	TXT 39.2	menor de 30 mg/dL

VALSALUD SAS NIT. 900069014-5

Responsable: Maria Elena Muriel Salazar
Bacteriologa
Reg 640-1989
Pontificia Universidad Javeriana

Indice der

MARIA CLEMENCIA ESCOBAR GUZMAN

Escanee el código si desea verificar datos

Calle 4 NORTE No. 13 - 66 - Armenia-Quindio PBX: 745 58 19
www.valsalud.com valsalud@gmail.com

VALSALUD SAS NIT. 900069014-5

VALSALUD SAS NIT. 900069014-5

VALSALUD SAS
NIT. 900069014-5

VALSALUD SAS
NIT. 900069014-5

VALSALUD SAS
NIT. 900069014-5

VALSALUD SAS
NIT. 900069014-5

VALSALUD
NIT: 900069014-5

RESULTADOS DE PRUEBA PSICOLOGICA

FECHA: 2023-01-24

32664230

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA:

Este documento es propiedad exclusiva del titular de la historia clínica que en él figura en virtud de lo consignado en la resolución 1995 de 1999 que establece las normas para el manejo de historias clínicas generales y las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 para historias clínicas relacionadas con procesos de salud ocupacional. Para la protección y confidencialidad de la historia clínica del paciente este documento sólo podrá ser entregado a terceras personas o empresas con la autorización previa y escrita del titular de la historia.



PACIENTE: MARIA CLEMENCIA ESCOBAR GUZMAN
DIRECCIÓN: AV 19 26 NORTE 69 APTO 703ARMENIA
ESCOLARIDAD: Secundaria_completa
DOCUMENTO: 32664230
TELÉFONO: 3105386049
CATEGORIA DE LICENCIA: N/A
EDAD: 61 Años
GENERO: F

BLOQUE	Resultados	NumeroPreguntas	Calificación
Transtornos amnesicos y otros transtornos congnoscitivos	3	3	Aprobado
Control de impulsos	3	3	Aprobado
Transtorno limitrofe de la personalidad	3	3	Aprobado
Transtorno de personalidad por evitacion	3	3	Aprobado
Transtorno relacionado con sustancias	4	4	Aprobado
Esquizofrenia	3	3	Aprobado
Narcisista	2	3	Aprobado
Ansiedad	3	3	Aprobado
Paranoide	3	3	Aprobado
Transtornos del estado de ánimo	3	3	Aprobado
Dependiente	3	3	Aprobado
Esquizoide	3	3	Aprobado
Transtornos por comportamiento perturbador	3	3	Aprobado
Disociativa	3	3	Aprobado
Antisocial	3	3	Aprobado
Obsesivo Compulsivo	3	3	Aprobado
Transtornos del sueño	3	3	Aprobado
Histrionico	3	3	Aprobado
Adaptativo	3	3	Aprobado
Transtornos mentales debido a enfermedad médica	3	3	Aprobado
Transtornos del desarrollo intelectual	2	2	Aprobado
	5	5	Aprobado

Observaciones: El evaluado cuenta con unas adecuadas aptitudes mentales, lo que le permite realizar con éxito determinada labor y hacer frente a los Factores de Riesgo Psicosociales, protegiendo así su salud mental.

VALSALUD SAS NIT. 900069014-5

Responsable: Claudia Patricia Ceron Fernandez
Psicologo Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
Corporacion Universitaria Empresarial Alexander Von Humboldt
Res. 63-00966 / 20/02/2020
Universid

Indice der
MARIA CLEMENCIA ESCOBAR GUZMAN

Escanee el código si desea verificar datos

VALSALUD SAS NIT. 900069014-5

VALSALUD SAS
NIT. 900069014-5

VALSALUD SAS
NIT. 900069014-5

VALSALUD SAS
NIT. 900069014-5

VALSALUD SAS
NIT. 900069014-5

Hace constar:

Que el Sr(a) MARIA CLEMENCIA ESCOBAR GUZMAN Identificado(a) con cédula de ciudadanía 32664230 realizó el día 04/02/2023 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 MARIA CLEMENCIA ESCOBAR GUZMAN Identificado(a) con cédula de ciudadanía 32664230 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.

Mª Clemencia EscobarG.

Firma

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que MARIA CLEMENCIA ESCOBAR GUZMAN, identificada con Cédula Ciudadanía No. 32664230 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 26/01/2023, para el contrato registrado con fecha desde 26/01/2023 y fecha hasta 30/06/2023, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 1.

Recuerde que una vez cumplida la fecha indicada en el presente certificado, 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): 202301012168670.

Dada en Bogotá, a los 6 días del mes de febrero de 2023

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordialmente

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

Impreso por Internet el 06/02/2023 07:16:38 p. m.
ISCDC: 06/02/2023 07:16:38 p. m.

Certificado Bancario

Lunes, 6 de febrero de 2023

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que MARIA CLEMENCIA ESCOBAR GUZMAN identificado(a) con CC 32664230, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	86762705518	2010/09/21	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: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 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.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

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

seguros mundial®
tu compañía siempre

NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA REGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

Código de Seguridad: Jra+VjAiZ+/8NFpH44ZP7A==

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
DIRECCIÓN GENERAL CALLE 33 N. 6B - 24 PISOS 1,2 Y 3 - BOGOTÁ
TELÉFONO: 2855600 FAX 2851220 - **WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO**

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO

ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082

VERSIÓN CLAUSULADO 06-04-2021-1317-P-05-PPSUS2R000000059-D00I

No. PÓLIZA	CCA-100015677	No. ANEXO	0	No. CERTIFICADO	340032321	No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO				FECHA DE EXPEDICIÓN	27/01/2023	SUC. EXPEDIDORA	CEN ARMENIA

VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	
00:00 Horas Del	27/01/2023	24:00 Horas Del	31/10/2023		N/A	N/A	N/A	N/A

TOMADOR	ESCOBAR GUZMAN, MARIA CLEMENCIA	**No. DOC. IDENTIDAD**	32.664.230
DIRECCIÓN	AVENIDA 19 NO 26 NTE 69 APTO 703 ED EL MIRADOR	**TELÉFONO**	0000000
ASEGURADO	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA	**No. DOC. IDENTIDAD**	899.999.034-1
DIRECCIÓN	CRA. 43 NO 42-40	**TELÉFONO**	8844545
BENEFICIARIO	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA	**No. DOC. IDENTIDAD**	899.999.034-1
DIRECCIÓN	CRA. 43 NO 42-40	**TELÉFONO**	8844545

OBJETO DE CONTRATO

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No.CO1.PCCNTR.4491302 , CUYO OBJETO ES

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.
ASEGURADO Y BENEFICIARIO SENA REGIONAL QUINDIO GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO DIRECCION CARRERA 18 NO. 7-58 BARRIO GALAN

NOMBRE DEL AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA$	VALOR PRIMA$
CUMPLIMIENTO	00:00 Horas Del 27/01/2023	24:00 Horas Del 31/10/2023	2.062.060,00	20.000,00
		TOTAL ASEGURADO	$ 2.062.060,00	

INTERMEDIARIOS	TIPO	% PARTICIPACIÓN
LUZ MARY GALEANO RIOS	AGENTES	100,00

DISTRIBUCIÓN COASEGURO

COMPAÑÍA	TIPO COASEGURO	PÓLIZA LÍDER	CERTIF. LÍDER	% PARTICIPACIÓN

CONVENIO DE PAGO	DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 27/01/2023

PRIMA BRUTA	$	20.000,00
DESCUENTOS	$	
EXTRA PRIMA		
PRIMA NETA	$	20.000,00
GASTOS EXP.	$	5.000,00
IVA	$	4.750,00
TOTAL A PAGAR	$	29.750,00

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, SUMINISTRAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE Y REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR LO MENOS ANUALMENTE (CIRCULAR EXTERNA 026 DE 2008 SUPERFINANCIERA).

CONSULTA LA AUTENTICIDAD DE ESTA PÓLIZA INGRESANDO A PRODUCTOS.MUNDIALSEGUROS.COM.CO DIGITA EL CÓDIGO DE SEGURIDAD QUE ENCUENTRAS EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTE DOCUMENTO Y VIVE LA EXPERIENCIA DE ESTAR ASEGURADO CON EL RESPALDO DE SEGUROS MUNDIAL. TAMBIÉN PUEDES LLAMAR A LA LINEA NACIONAL 01 8000 111 935 - 327 47 12/13

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, **LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.**
EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARATULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTICIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASI COMO LAS GARANTÍAS, EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMARLA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

Firma Autorizada - Compañía Mundial Seguro S.A.

Mª Clemencia EscobarG.
TOMADOR

Lineas de Atención al Cliente:
- Nacional: **01 8000 111 935**
- Bogotá: **327 4712 - 327 4713**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando reponsablemente.
Protege el medio ambiente evitando la impresión de este documento.

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES (DECRETO 1082 DE 2015)

1. RIESGOS AMPAROS

LA ASEGURADORA OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA HASTA EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARATULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA SERÁN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA NO PODRÁ RECLAMAR O TOMAR EL VALOR DE UN AMPARO PARA CUBRIR O INDEMNIZAR EL VALOR DE OTROS. ESTOS NO SON ACUMULABLES Y SON EXCLUYENTES ENTRE SI, SEGÚN LAS DEFINICIONES Y ALCANCE QUE A CONTINUACIÓN SE ESTIPULAN:

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA

LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUBRE 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.

ESTE AMPARO CUBRE LOS PERJUICIOS SUFRIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL CON OCASIÓN DE:
(I) LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO;
(II) EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO; Y
(III) LA APROPIACIÓN INDEBIDA DE LOS RECURSOS RECIBIDOS EN CALIDAD DE ANTICIPO.

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO

ESTE AMPARO CUBRE LOS PERJUICIOS SUFRIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL POR LA NO DEVOLUCIÓN TOTAL O PARCIAL DEL DINERO ENTREGADO AL CONTRATISTA A TÍTULO DE PAGO ANTICIPADO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR.

06/04/2021 -1317-P-05-PPSUS2R000000059-D00I
06/04/2021-1317-NT-P-05-NTPSUS2R00000060

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL DE LOS PERJUICIOS 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.

1.5 AMPARO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES

ESTE AMPARO DEBE CUBRIR A LA ENTIDAD ESTATAL DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES DEL CONTRATISTA DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADO EN EL TERRITORIO NACIONAL PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO AMPARADO.

LA ENTIDAD ESTATAL NO DEBE EXIGIR UNA GARANTÍA PARA CUBRIR ESTE RIESGO EN LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL CON PERSONAL CONTRATADO BAJO UN RÉGIMEN JURÍDICO DISTINTO AL COLOMBIANO.

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE OBRA.

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS POR CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, IMPUTABLE AL CONTRATISTA, SUFRIDO POR LA OBRA ENTREGADA A SATISFACCIÓN.

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO.

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL POR LOS PERJUICIOS DERIVADOS DE LA DEFICIENTE CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO

1.8 AMPARO DE CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES

ESTE AMPARO CUBRE LA CALIDAD Y EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES QUE RECIBE LA ENTIDAD ESTATAL EN CUMPLIMIENTO DE UN CONTRATO.

1.9 RESPONSABILIDAD FISCAL

EN VIRTUD DE LO SEÑALADO EN EL ARTICULO 44 DE LA LEY 610 DE 2000, LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CUBRIRÁ LOS PERJUICIOS CAUSADOS A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA COMO CONSECUENCIA DE LA CONDUCTA DOLOSA O CULPOSA, O DE LA RESPONSABILIDAD IMPUTABLEALCONTRATISTAGARANTIZADO, DERIVADOSDE UNPROCESODERESPONSABILIDAD FISCAL, SIEMPRE Y CUANDO ESOS PERJUICIOS DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES SURGIDAS DEL CONTRATO AMPARADO POR LA GARANTÍA.

seguros mundial® tu compañía siempre

2. EXCLUSIONES

LOS AMPAROS PREVISTOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO OPERARAN EN LOS CASOS SIGUIENTES:

2.1 CAUSA EXTRAÑA, ESTO ES LA FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO, EL HECHO DE UN TERCERO O LA CULPA EXCLUSIVA DE LA VICTIMA).
2.2 DAÑOS CAUSADOS POR EL CONTRATISTA A LOS BIENES DE LA ENTIDAD NO DESTINADOS AL CONTRATO.
2.3 USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO AL QUE ESTE OBLIGADA LA ENTIDAD ESTATAL.
2.4 EL DETERIORO NORMAL QUE SUFRAN LOS BIENES ENTREGADOS CON OCASIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, COMO CONSECUENCIA DEL TRANSCURSO DEL TIEMPO.

3. SUMA ASEGURADA

LA SUMA ASEGURADA DETERMINADA PARA CADA AMPARO EN LA CARATULA DE ESTA PÓLIZA, DELIMITA LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO.

4. VIGENCIA

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA, SE HARÁ CONSTAR EN LA CARATULA O EN SUS ANEXOS. EN LOS CONTRATOS DE QUE TRATA EL ARTÍCULO 2.2.1.2.3.1.3 DEL DECRETO 1082 DE 2015, EL GARANTE TIENE LA FACULTAD LEGAL DE DECIDIR NO GARANTIZAR LA ETAPA SIGUIENTE, CASO EN EL CUAL DEBE INFORMAR SU DECISIÓN POR ESCRITO A LA ENTIDAD ESTATAL GARANTIZADA SEIS (6) MESES ANTES DEL VENCIMIENTO DEL PLAZO DE LA GARANTÍA. ESTE AVISO NO AFECTA LA GARANTÍA DE LA ETAPA CONTRACTUAL O PERÍODO CONTRACTUAL EN EJECUCIÓN. SI EL GARANTE NO DA EL AVISO CON LA ANTICIPACIÓN MENCIONADA Y EL CONTRATISTA NO OBTIENE UNA NUEVA GARANTÍA, QUEDA OBLIGADO A GARANTIZAR LA ETAPA DEL CONTRATO O EL PERÍODO CONTRACTUAL SUBSIGUIENTE.

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA

DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 1077 EN CONCORDANCIA CON EL ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DEBERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y ACREDITAR LA CUANTÍA DE LA PERDIDA PREVIO AGOTAMIENTO DEL DERECHO DE DEFENSA DEL CONTRATISTA Y DEL GARANTE, DE LA SIGUIENTE FORMA:

5.1 EN CASO DE CADUCIDAD, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011, POR MEDIO DEL ACTO ADMINISTRATIVO EN EL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL DECLARE LA CADUCIDAD DEL CONTRATO Y ORDENE EL PAGO AL CONTRATISTA Y AL GARANTE, BIEN SEA DE LA CLÁUSULA PENAL O DE LOS PERJUICIOS QUE HA CUANTIFICADO. EL ACTO ADMINISTRATIVO DE CADUCIDAD CONSTITUYE EL SINIESTRO.

06/04/2021 -1317-P-05-PPSUS2R000000059-D00I
06/04/2021-1317-NT-P-05-NTPSUS2R00000060

5.2 EN CASO DE APLICACIÓN DE MULTAS, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011, POR MEDIO DEL ACTO ADMINISTRATIVO EN EL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL IMPONE MULTAS, DEBE ORDENAR EL PAGO AL CONTRATISTA Y AL GARANTE. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE CONSTITUYE EL SINIESTRO.

5.3 EN LOS DEMÁS CASOS DE INCUMPLIMIENTO, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011, 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 Y AL GARANTE. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ES LA RECLAMACIÓN PARA LA COMPAÑÍA DE SEGUROS.

6. PROCEDIMIENTO PARA LA IMPOSICIÓN DE MULTAS, SANCIONES Y DECLARATORIAS DE INCUMPLIMIENTO.

LAS ENTIDADES SOMETIDAS AL ESTATUTO GENERAL DE CONTRATACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA PODRÁN DECLARAR EL INCUMPLIMIENTO, CUANTIFICANDO LOS PERJUICIOS DEL MISMO, IMPONER LAS MULTAS Y SANCIONES PACTADAS EN EL CONTRATO, Y HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL. PARA TAL EFECTO OBSERVARAN EL SIGUIENTE PROCEDIMIENTO:

A) EVIDENCIADO UN POSIBLE INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA, LA ENTIDAD PÚBLICA LO CITARA A AUDIENCIA PARA DEBATIR LO OCURRIDO. EN LA CITACIÓN, HARÁ MENCIÓN EXPRESA Y DETALLADA DE LOS HECHOS QUE LA SOPORTAN, ACOMPAÑANDO EL INFORME DE INTERVENTORÍA O DE SUPERVISIÓN EN EL QUE SE SUSTENTE LA ACTUACIÓN Y ENUNCIARA LAS NORMAS O CLAUSULAS POSIBLEMENTE VIOLADAS Y LAS CONSECUENCIAS QUE PODRÍAN DERIVARSE PARA EL CONTRATISTA EN DESARROLLO DE LA ACTUACIÓN. EN LA MISMA SE ESTABLECERÁ EL LUGAR, FECHA Y HORA PARA LA REALIZACIÓN DE LA AUDIENCIA, LA QUE PODRÁ TENER LUGAR A LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE, ATENDIDA LA NATURALEZA DEL CONTRATO Y LA PERIODICIDAD ESTABLECIDA PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES. EN EL EVENTO EN QUE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CONSISTA EN PÓLIZA DE SEGUROS, EL GARANTE SERÁ CITADO DE LA MISMA MANERA;

B) EN DESARROLLO DE LA AUDIENCIA, EL JEFE DE LA ENTIDAD O SU DELEGADO, PRESENTARÁ LAS CIRCUNSTANCIAS DE HECHO QUE MOTIVAN LA ACTUACIÓN, ENUNCIARÁ LAS POSIBLES NORMAS O CLÁUSULAS POSIBLEMENTE VIOLADAS Y LAS CONSECUENCIAS QUE PODRÍAN DERIVARSE PARA EL CONTRATISTA EN DESARROLLO DE LA ACTUACIÓN. ACTO SEGUIDO SE CONCEDERÁ EL USO DE LA PALABRA AL REPRESENTANTE LEGAL DEL CONTRATISTA O A QUIEN LO REPRESENTE, Y AL GARANTE, PARA QUE PRESENTEN SUS DESCARGOS, EN DESARROLLO DE LO CUAL PODRÁ RENDIR LAS EXPLICACIONES DEL CASO, APORTAR PRUEBAS Y CONTROVERTIR LAS PRESENTADAS POR LA ENTIDAD;

C) HECHO LO PRECEDENTE, MEDIANTE RESOLUCIÓN MOTIVADA EN LA QUE SE CONSIGNE LO OCURRIDO EN DESARROLLO DE LA AUDIENCIA Y LA CUAL SE ENTENDERÁ NOTIFICADA EN DICHO

ACTO PÚBLICO, LA ENTIDAD PROCEDERÁ A DECIDIR SOBRE LA IMPOSICIÓN O NO DE LA MULTA, SANCIÓN O DECLARATORIA DE INCUMPLIMIENTO. CONTRA LA DECISIÓN ASÍ PROFERIDA SÓLO PROCEDE EL RECURSO DE REPOSICIÓN QUE SE INTERPONDRÁ, SUSTENTARÁ Y DECIDIRÁ EN LA MISMA AUDIENCIA. LA DECISIÓN SOBRE EL RECURSO SE ENTENDERÁ NOTIFICADA EN LA MISMA AUDIENCIA;

D) EN CUALQUIER MOMENTO DEL DESARROLLO DE LA AUDIENCIA, EL JEFE DE LA ENTIDAD O SU DELEGADO, PODRÁ SUSPENDER LA AUDIENCIA CUANDO DE OFICIO O A PETICIÓN DE PARTE, ELLO RESULTE EN SU CRITERIO NECESARIO PARA ALLEGAR O PRACTICAR PRUEBAS QUE ESTIME CONDUCENTES Y PERTINENTES, O CUANDO POR CUALQUIER OTRA RAZÓN DEBIDAMENTE SUSTENTADA, ELLO RESULTE NECESARIO PARA EL CORRECTO DESARROLLO DE LA ACTUACIÓN ADMINISTRATIVA. EN TODO CASO, AL ADOPTAR LA DECISIÓN, SE SEÑALARÁ FECHA Y HORA PARA REANUDAR LA AUDIENCIA. LA ENTIDAD PODRÁ DAR POR TERMINADO EL PROCEDIMIENTO EN CUALQUIER MOMENTO, SI POR ALGÚN MEDIO TIENE CONOCIMIENTO DE LA CESACIÓN DE SITUACIÓN DE INCUMPLIMIENTO.

7. COMPENSACIÓN

SI LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA AL MOMENTO DE TENER CONOCIMIENTO DEL INCUMPLIMIENTO, O CON POSTERIORIDAD A ESTE O DEL RESULTADO DE LA LIQUIDACIÓN, FUERE DEUDORA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO POR CUALQUIER CONCEPTO, SE APLICARA LA COMPENSACIÓN Y LA INDEMNIZACIÓN SE DISMINUIRÁ EN EL MONTO DE LAS ACREENCIAS, SEGÚN LA LEY, DE CONFORMIDAD CON LO SEÑALADO EN LOS ARTÍCULOS 1417 Y SS. DEL CÓDIGO CIVIL. IGUALMENTE DISMINUIRÁ EL VALOR DE LA INDEMNIZACIÓN, EL CORRESPONDIENTE A LOS BIENES QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA HAYA OBTENIDO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO JUDICIAL O EXTRAJUDICIALMENTE, EN EJERCICIO DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO CUYO CUMPLIMIENTO SE GARANTIZA POR LA PRESENTE PÓLIZA.

8. PAGO DEL SINIESTRO.

LA ASEGURADORA PAGARA EL VALOR DEL SINIESTRO, ASÍ:

8.1 PARA EL CASO PREVISTO EN EL NUMERAL 5.1, DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE CON TAL FIN HAGA LA ENTIDAD CONTRATANTE PARA RECLAMAR EL PAGO, ACOMPAÑADA DE UNA COPIA AUTENTICA DEL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EJECUTORIADO Y DEL ACTA DE LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO O DE LA RESOLUCIÓN EJECUTORIADA QUE ACOJA LA LIQUIDACIÓN UNILATERAL.

8.2 PARA EL CASO DEL NUMERAL 5.2, DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE HAGA LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, ACOMPAÑADA DE LA COPIA AUTENTICA DEL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EJECUTORIADO, JUNTO CON LA CONSTANCIA DE LA ENTIDAD ESTATAL DE LA NO EXISTENCIA DE SALDOS A FAVOR DEL CONTRATISTA RESPECTO DE LOS CUALES SE PUEDA APLICAR LA COMPENSACIÓN DE QUE TRATA LA CONDICIÓN SEXTA DE ESTE CLAUSULADO, O EN LA QUE CONSTE LA DISMINUCIÓN EN EL VALOR A INDEMNIZAR EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN.

06/04/2021 -1317-P-05-PPSUS2R000000059-D00I
06/04/2021-1317-NT-P-05-NTPSUS2R00000060

8.3 PARA EL CASO PRESENTADO EN EL NUMERAL 5.3, DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE CON TAL FIN HAGA LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, ACOMPAÑADA DE UNA COPIA AUTENTICA DEL ACTO ADMINISTRATIVO QUE CONSTITUYA LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO, JUNTO CON LA CONSTANCIA DE LA ENTIDAD ESTATAL DE LA NO EXISTENCIA DE SALDOS AL FAVOR DEL CONTRATISTA RESPECTO DE LOS CUALES SE PUEDA APLICAR LA COMPENSACIÓN DE QUE TRATA LA CONDICIÓN SEXTA DE ESTE CLAUSULADO O EN LA QUE CONSTE LA DISMINUCIÓN EN EL VALOR A INDEMNIZAR EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN.

PARÁGRAFO. - DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1110 DEL CÓDIGO DE COMERCIO LA ASEGURADORA PODRÁ OPTAR POR CUMPLIR SU PRESTACIÓN MEDIANTE EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, O CONTINUANDO CON LA EJECUCIÓN DE LA OBLIGACIÓN GARANTIZADA, PARA ESTE ÚLTIMO EVENTO SE REQUIERE LA ACEPTACIÓN DE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA.

LA DECLARATORIA DE CADUCIDAD NO IMPEDIRÁ QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA TOME POSESIÓN DE LA OBRA O CONTINÚE INMEDIATAMENTE LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRATADO, BIEN SEA A TRAVÉS DEL GARANTE O DE OTRO CONTRATISTA.

EN EL EVENTO QUE POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO LA ASEGURADORA RESOLVIERA CONTINUAR, COMO CESIONARIO O A FAVOR DE QUIEN DETERMINE ESTA, CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA ESTUVIESE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA GARANTIZADO ACEPTA DESDE AHORA LA CESIÓN DEL CONTRATO A FAVOR DE LA ASEGURADORA. EN TAL EVENTO LA ASEGURADORA PRESENTARÁ GARANTÍAS.

9. CERTIFICADOS DE MODIFICACIÓN

PARA LOS CASOS EN QUE LA SUMA ASEGURADA SEA AUMENTADA O DISMINUIDA Y PARA AQUELLOS EN LOS CUALES LAS ESTIPULACIONES DEL CONTRATO ORIGINAL SEAN MODIFICADAS,
LA ASEGURADORA A SOLICITUD DEL CONTRATISTA GARANTIZADO EXPEDIRÁ UN CERTIFICADO O ANEXO DE MODIFICACIÓN DEL SEGURO, EN DONDE EXPRESE SU CONOCIMIENTO AL RESPECTO DE LAS MODIFICACIONES ACORDADAS ENTRE EL CONTRATISTA GARANTIZADO Y LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA.

10. SUBROGACIÓN

EN VIRTUD DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, DE ACUERDO CON EL ARTICULO 1096 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EN CONCORDANCIA CON EL ARTÍCULO 203 DEL DECRETO 663 DE 1993 ESTATUTO ORGÁNICO DEL SISTEMA FINANCIERO, LA ASEGURADORA SE SUBROGA HASTA CONCURRENCIA DE SU IMPORTE, EN TODOS LOS DERECHOS QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE TENGA CONTRA EL CONTRATISTA GARANTIZADO.

11. NO EXPIRACIÓN POR FALTA DE PAGO DE PRIMA E IRREVOCABILIDAD

LA PRESENTE PÓLIZA NO EXPIRARA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NI POR REVOCACIÓN UNILATERAL.

12. NATURALEZA DEL SEGURO

LA GARANTÍA OTORGADA POR ESTA PÓLIZA O SUS CERTIFICADOS DE MODIFICACIÓN, NO ES SOLIDARIA, NI INCONDICIONAL Y SU EXIGENCIA ESTÁ SUPEDITADA A LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y SU CUANTIFICACIÓN.

13. NOTIFICACIONES Y RECURSOS

LA ENTIDAD CONTRATANTE DEBERÁ NOTIFICAR A LA ASEGURADORA LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS ATINENTES A LA EFECTIVIDAD DE LA PÓLIZA, PREVIO AGOTAMIENTO DEL DERECHO DE DEFENSA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO Y EL GARANTE.

14. COEXISTENCIA DE SEGUROS

EN CASO DE EXISTIR, AL MOMENTO DE SINIESTRO, OTRO SEGURO DE CUMPLIMIENTO CON RELACIÓN AL MISMO CONTRATO, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN A QUE HAY LUGAR, SE DISTRIBUIRÁ ENTRO LOS ASEGURADORES EN PROPORCIÓN A LAS CUANTÍAS DE SUS RESPECTIVOS SEGUROS

15. COASEGURO

EN CASO DE EXISTIR COASEGURO AL QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 1095 DE CÓDIGO DE COMERCIO, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN A QUE HAYA LUGAR SE DISTRIBUIRÁ ENTRE LOS ASEGURADORES EN PROPORCIÓN DE LAS CUANTÍAS DE SUS RESPECTIVOS SEGUROS, SIN QUE EXISTA SOLIDARIDAD ENTRE LAS ASEGURADORAS PARTICIPANTES, Y SIN EXCEDER DE LA SUMA ASEGURADA BAJO EL CONTRATO DE SEGURO.

16. PRESCRIPCIÓN

LA PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL PRESENTE CONTRATO SE REGIRÁ POR LAS NORMAS DEL CÓDIGO DE COMERCIO SOBRE CONTRATO DE SEGURO.

17. DOMICILIO

SIN PERJUICIO DE LAS DISPOSICIONES PROCESALES, PARA LOS EFECTOS RELACIONADOS EN EL PRESENTE CONTRATO SE FIJA COMO DOMICILIO DE LAS PARTES LA CIUDAD DE BOGOTÁ EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA EN FE DE LO ANTERIOR, SE FIRMA A LOS 27 DÍAS DEL MES DE ENERO DE 2023.

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

EL TOMADOR/ASEGURADO

06/04/2021 -1317-P-05-PPSUS2R000000059-D00I
06/04/2021-1317-NT-P-05-NTPSUS2R00000060

seguros mundial®
tu compañía siempre
NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA RÉGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

Afiliados
CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA
PASA APF
Asociación Panamericana de Fianzas
Panamerican Surety Association

LA COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A

CERTIFICA:

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza **CCA-100015677** y endoso, **0** cuyo afianzado es: **ESCOBAR GUZMAN, MARIA CLEMENCIA** Asegurado o Beneficiario: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA** / **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA** , expedida por la Compañía en **27/01/2023,** no expirará por falta de pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o por revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

CEN ARMENIA a los **27** días del mes **ENERO** del año **2023.**

Firma Autorizada - Compañia Mundial de Seguros S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
Protege el Medio Ambiente evitando la impresión de este documento.

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

seguros mundial®

Mundial de Seguros S.A.
860.037.013-6

Recibo de Pago

- CLIENTE-

Referencia de Pago No.	340032321

Fecha de Facturación	27/01/2023

Fecha Límite de Pago	26/02/2023

EFECTIVO $

Datos del Cliente

Nombre / Razón Social	ESCOBAR GUZMAN, MARIA CLEMENCIA
AVENIDA 19 NO 26 NTE 69 APTO 703 ED EL MIRADOR	32664230
Intermediario	LUZ MARY GALEANO RIOS

Cheque

Banco	No Cuenta	No Cheque	Valor Cheque
TOTAL			

Apreciado Cliente:

1. No se aceptan pagos parciales.
2. Al realizar su pago de forma presencial (ante el cajero del banco) UNICAMENTE presente esta boleta de recaudo para garantizar la correcta referenciación del pago.
3. Si esta boleta no ha sido recaudada efectivamente el **26/02/2023** se aplicará la clausula de terminación automática especifiada en el condicionado de la póliza y en la carátula de esta (artículo1068 código de comercio)
4. Si realiza su pago en cheque o de forma mixta (efectivo y cheque), solamente gire cheque local a nombre de PATRIMONIOS AUTÓNOMOS CREDICORP CAPITAL FIDUCIARIA Nit 900531292-7, al respaldo endóselo correctame y diligencie los datos del girador (nombre, NIT, teléfono) y el número de referencia de esta boleta. En caso de devolución del cheque se cobrará sanción del 20% de acuerdo con lo establecido en el artículo 731 del código de comercio. NO SE ACEPTAN CHEQUES DE OTRAS PLAZAS.
5. Para realizar el pago a través del botón PSE, ingrese a nuestra página web www.segurosmundial.com.co en la imagen de PSE haga clic y continúe el proceso de pago.

ESPACIO PARA EL TIMBRE

VÁLIDO COMO RECIBO DE PAGO

- BANCO -

Referencia de Pago No.	340032321

Fecha de Facturación	27/01/2023

Fecha Límite de Pago	26/02/2023

EFECTIVO $

Datos del Cliente

Nombre / Razón Social	ESCOBAR GUZMAN, MARIA CLEMENCIA
AVENIDA 19 NO 26 NTE 69 APTO 703 ED EL MIRADOR	32664230
Intermediario	LUZ MARY GALEANO RIOS

Cheque

Banco	No Cuenta	No Cheque	Valor Cheque
TOTAL			

Corresponsales OPCIÓN1

(415)7709998434219(8020)00000340032321(3900)000000029750(96)20230226

Bancos Corresponsales OPCIÓN 2

(415)7709998039933(8020)031594(8020)22990340032321(3900)000000029750(96)20230226

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

seguros mundial®

Recibo de Pago

Mundial de Seguros S.A.
860.037.013-6

INFORMACIÓN DE PAGO

A continuación te brindamos información de los distintos medios de pago que tendrás a disposición:

OPCIÓN 1

CORRESPONSALES

Carulla · grupo éxito · efecty · edeq · Bancolombia Corresponsal Bancario · Punto de pago Multibanco · Supermercado Mercar · 472

OPCIÓN 2

BANCOS

Scotiabank · DAVIVIENDA · Banco de Bogotá · Bancolombia · Banco de Occidente

CORRESPONSALES

puntored Te damos más

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Tu compañía siempre

Comprobante

de pago en línea



FAP MUNDIAL

Pago realizado por: MARIA CLEMENCIA ESCOBAR GUZMAN

Nro. de factura: 4833561121471621

Descripción del pago: Poliza

Nro. de referencia: CC32664230

Nro. de referencia 2: 181.58.38.137

Nro. de referencia 3: 4833561121471621

Fecha y hora de la transacción: Viernes 27 de Enero de 2023 10:34:07 AM

Nro. de comprobante: 0000048402

Valor pagado: $ 29,750.00

Cuenta: *******5518

Bancolombia S.A.

Comuniquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 32664230	0	MARIA CLEMENCIA ESCOBAR GUZMAN	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	7490	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
63-1	AV 19 26 NORTE 69		3105043573			MENCHA8890@GMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2022-12	2022-12	24882840	I	2023-01-10	TODOS LOS CENTROS	QUINDIO	ARMENIA	458.600	0	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	24882840	2023-01-10	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES																DIAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN					
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Economica
1	CC 32664230	ESCOBAR GUZMAN MARIA CLEMENCIA	1.580.000																	0			30	30	0	30	PORVENIR-230301	1.580.000	252.800	0	0	EPS SURA-EPS010	1.580.000	197.500	SIN CCF-SINCCF	0	0	1.580.000	8.300	0,00522	0	0	0	0	0	59	0	458.600	N	7490

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 32664230	0	MARIA CLEMENCIA ESCOBAR GUZMAN	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	7490	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
63-1	AV 19 26 NORTE 69		3105043573			MENCHA8890@GMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2022-12	2022-12	24882840	I	2023-01-10	TODOS LOS CENTROS	QUINDIO	ARMENIA	458.600	0	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	24882840		Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.580.000	1.580.000	1.580.000	0	0

RESUMEN DE PAGO								
SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	252.800	0	0	252.800
PORVENIR	230301	800224808	8	1	252.800	0	0	252.800
EPS(Administradoras: 1)				1	197.500	0	0	197.500
EPS SURA	EPS010	800088702	2	1	197.500	0	0	197.500
ARP(Administradoras: 1)				1	8.300	0	0	8.300
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	8.300	0	0	8.300
Gran Total					458.600	0	0	458.600

EMPLEADO					NOVEDADES																	DIAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN					
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Economica
1	CC 32664230	ESCOBAR GUZMAN MARIA CLEMENCIA	1.580.000																	0			30	30	0	30	PORVENIR-230301	1.580.000	252.800	0	0	EPS SURA-EPS010	1.580.000	197.500	SIN CCF-SINCCF	0	0	1.580.000	8.300	0,00522	0	0	0	0	0	59	0	458.600	N	7490

ASOPAGOS s.a.

RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 32664230	0	MARIA CLEMENCIA ESCOBAR GUZMAN	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	7490	Natural

MUN-DEP	DIRECCIÓN	TELÉFONO	EMAIL	EXENTO DE PARAFISCALES
63-1	AV 19 26 NORTE 69	3105043573	MENCHA8890@GMAIL.COM	N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2022-12	2022-12	24882840	I	2023-01-10	TODOS LOS CENTROS	QUINDIO	ARMENIA	458.600	0	BANCOLOMBIA

Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA
1	24882840		Pagada

TOTALES IBC

IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.580.000	1.580.000	1.580.000	0	0

RESUMEN DE PAGO

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	252.800	0	0	252.800
PORVENIR	230301	800224808	8	1	252.800	0	0	252.800
EPS(Administradoras: 1)				1	197.500	0	0	197.500
EPS SURA	EPS010	800088702	2	1	197.500	0	0	197.500
ARP(Administradoras: 1)				1	8.300	0	0	8.300
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	8.300	0	0	8.300
Gran Total					458.600	0	0	458.600

Comprobante

de pago en línea

ASOPAGOS

Pago realizado por: MARIA CLEMENCIA ESCOBAR GUZMAN

Nro. de recibo: 24882840

Descripción del pago: Pago de seguridad Social Integrado

Identificación del contribuyente: 10.10.11.80

Concepto: CC

Razón Social: 32664230

Fecha y hora de la transacción: Domingo 8 de Enero de 2023 09:35:24 PM

Nro. de comprobante: 0000091203

Valor pagado: $ 458,600.00

Cuenta: *******5518

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14731081461

(415)7707212489984(8020) 000001473108146 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 2 6 6 4 2 3 0	3	Impuestos y Aduanas de Armenia 1	

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	3 2 6 6 4 2 3 0	1 9 8 1 0 5 2 2

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ESCOBAR	GUZMAN	MARIA	CLEMENCIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Quindío 6 3	Armenia 0 0 1

41. Dirección principal
AV 19 26 NORTE 69 AP 703 ED EL MIRADOR

42. Correo electrónico mencha8890@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
7 4 9 0	2 0 0 4 0 3 2 5	8 5 5 9	2 0 1 3 0 1 1 5	0 0 9 0		

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

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	5	4	9																							

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

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

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 2021 - 07 - 24 / 10 : 38: 41

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 ESCOBAR GUZMAN MARIA CLEMENCIA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO