SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL VALLE
CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION

Código Regional	**76**
Código Centro	**912410**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**04609-636765**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	MEY KWANG CHIA LONDOÑO	**C.C.**	29.683.024	**IP/Nº de contacto**	3002621815
Correo electrónico contratista:	mkchia@misena.edu.co				

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

Banco al cual consignar: DAVIVIENDA **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** 0570016270167972

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: 4549225/2023 **Nº Compromiso SIIF** **4723**

Valor Total del Contrato	$ 15.733.333	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 15.733.333	**1**	**Del**	**03/02/2023**	**Al**	**28/02/2023**	**$ 3.733.333,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 12.000.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL ORIENTANDO FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL COMO INSTRUCTOR SENA A TRAVÉS DE ACCIONES REGULARES EN LAS MODALIDADES PRESENCIAL Y A DISTANCIA EN LOS DIFERENTES NIVELES DE FORMACIÓN DEL CAB.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.733.333		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.733.333**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.474.875**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**7866630854**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.493.333	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 186.700	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 239.000	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 7.800	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 933.333	$ -	
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	$ 824.958	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.474.875,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.307.633,00	
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 - 8523	11.200,00	0,300%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-UCEVA	18.667,00	0,500%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$3.703.466,00**	

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS TRES MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ver informe mensual del mes de febrero 2023
Se anexa planilla del es de enero No. 7866630854

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.

MEY KWANG CHIA LONDOÑO
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,

IRENE RAMIREZ SANCHEZ
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

MAURICIO GOMEZ FAJARDO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	29683024
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MEY KWANG CHIA LONDONO
CIUDAD/MUNICIPIO:	PALMIRA	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CALLE 43 B # 2-39	TELÉFONO:	6147758
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7866630854**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	enero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	enero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2023	SALUD:	AÑO:	2023
DÍAS DE MORA:		8			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/02/15	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1918484501

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 187.400
SUBTOTAL:			1	**$ 187.400**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 146.400
SUBTOTAL:			1	**$ 146.400**

TOTAL PAGADO:	**$ 333.800**

Planilla Pagada SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	29683024
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MEY KWANG CHIA LONDONO
CIUDAD/MUNICIPIO:	PALMIRA	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CALLE 43 B # 2-39	TELÉFONO:	6147758
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7866630854**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES enero AÑO 2023			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES enero AÑO 2023
DÍAS DE MORA:	8				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2023/02/15			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1918484501

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.800	$ 0	$ 185.600	$ 1.800	$ 187.400
SUBTOTALES:										**$ 185.600**	**$ 1.800**	**$ 187.400**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 145.000	$ 0	$ 1.400	$ 0	$ 145.000	$ 1.400	$ 0	$ 146.400
SUBTOTALES:													**$ 145.000**	**$ 1.400**	**$ 0**	**$ 146.400**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																			PARAFISCALES							
																										PENSIÓN									SALUD						ARP												
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 29683024	CHIA LONDOÑO MEY KWANG	INDEPEND		$ 1.160.000				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.160.000	$ 145.000	$ 0	$ 145.000			$ 0		$ 0		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 333.800**

Planilla Pagada

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:

MEY KWANG CHIA LONDOÑO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **29.683.024**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 15 de Febrero del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) **MEY KWANG CHIA LONDOÑO**; identificado(a) con **CC** número **29683024**; se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: **31/01/2022**

Estado de la Afiliación **Vigente**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los **15** días del mes **2** del año **2023**

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Gerencia de Afiliaciones

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14892293012

(415)7707212489984(8020) 000001489229301 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
2 9 6 8 3 0 2 4	2	Impuestos y Aduanas de Palmira 1 5	

IDENTIFICACIÓN

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

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CHIA	LONDOÑO	MEY	KWANG

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 26 45 21 AP 301

42. Correo electrónico: meykwangchia@gmail.com

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

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
8 5 5 1	2 0 2 2 0 2 0 1	8 5 2 3	2 0 2 2 0 2 0 1					

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 2023 - 01 - 30 / 15 : 37: 01

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:

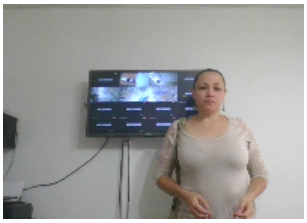
Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre CHIA LONDOÑO MEY KWANG
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Concepto Examen Medico Ocupacional De Ingreso (enfasis Manipulacion Alimentos)

Fecha de atención: 2020-07-22 07:44:10



	Nombre del paciente	MEY KWANG CHIA LONDOÑO	**Dirección**	CALLE 65 # 18-104 CASA 2 - 52	**Correo**	
	Documento	29683024	**Sexo**	Femenino	**Municipio**	PALMIRA
	Empresa	EMPRESA PARTICULAR	**E. Beneficiaria**	EMPRESA PARTICULAR	**Edad**	35 años 10 meses 19 dias
	Estrato	4	**Teléfono**	3002621815	**Fecha Nacimiento**	1984-09-09

Información General

Tipo de Exámen
Ingreso

Cargo
INSTRUCTOR DE COCINA

Área
Operativa

Estado Civil
Solter@

EPS
Coomeva EPS

Hora del Exámen
16:07:15

ARL
NO REFIERE

AFP
Porvenir

Concepto para el cargo

APTO

Concepto manipulacion de alimentos

APTO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS CON RECOMENDACIONES
Recomendaciones
DEBE USAR GUANTES PAR ALA MANIPULACION DE ALIMENTOS TAPAPBOCAS GORRO DEBE TOMAR ANTIBIOTICO POR 7 DIAS Y REPETIR A LOS 15 DIAS DESPUES COPROLOGICO

Recomendaciones para la empresa

* Si es pertinente incluir en el SVE Visual
* Dotar de los EPP adecuados
* Pausas Activas

Paraclinicos realizados

TEST DE FRAMINGAN POR RIESGO CARDIOVASCULAR ,OPTOMETRÍA ,AUDIOMETRIA ,GLICEMIA ,PERFIL LIPÍDICO ,COPROLÓGICO ,EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH) ,HEMOGRAMA IV ,CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MÉDULA ÓSEA ORINA Y HECES ,

Médico



Profesional: John Alexander Restrepo Martinez
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M: LIC S.O 472 DEL 2017

Aspirante ó Trabajador



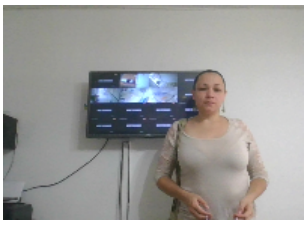
Nombre: Mey Kwang Chia LondoÑo
Documento: 29683024

Impreso por MedIntegral - Software Médico Integral

Imprimió KIMBERLY OLAVE - 28/07/2020 16:15:23

Historia Clinica Laboratorio

Fecha de atención: 2020-07-23 16:59:48. Admisión #86903



Nombre del paciente	MEY KWANG CHIA LONDOÑO	**Dirección**	CALLE 65 # 18-104 CASA 2 - 52	**Correo**	
Documento	29683024	**Sexo**	Femenino	**Municipio**	PALMIRA
Empresa	EMPRESA PARTICULAR	**E. Beneficiaria**	EMPRESA PARTICULAR	**Edad**	35 años 10 meses 19 dias

Resultados

Exámen	Resultado	Valor Referencia	Observaciones	Técnica	Fecha
GLICEMIA	-				2020-07-28 14:32:00
PERFIL LIPÍDICO	-				2020-07-28 14:32:00
COPROLÓGICO	-				2020-07-28 14:32:00
EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	-				2020-07-28 14:32:00
HEMOGRAMA IV	-				2020-07-28 14:32:00
CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MÉDULA ÓSEA ORINA Y HECES	-				2020-07-28 14:32:00
TEST DE FRAMINGAN POR RIESGO CARDIOVASCULAR .	-				2020-07-28 15:34:00

Médico

BLANK

Profesional: Kimberly Olave Lerma
Especialidad: AUXILIAR ADMINISTRATIVO
R.M:

Aspirante ó Trabajador



Nombre: Mey Kwang Chia LondoÑo
Documento: 29683024

ANEXO RIESGO CARDIOVASCULAR

El presente anexo no reemplaza la Historia Clínica Ocupacional y puede hacer parte integral o no de la misma.

FECHA DEL EXAMEN	DATOS DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE (Tipo documento de identidad: CC: Cédula de Ciudadanía, CE: Cédula de Extranjería, TI: Tarjeta de Identidad, PA: Pasaporte)	
28/07/2020	Apellidos y nombres	Documento de Identidad
DD MM AAAA	MEY KWANG CHIA LONDOÑO	Tipo CC — No. 29683024

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

Razón social de la empresa que lo contrató o contratará	Razón social de la empresa en la que labora o laborará
EMRESA PARTICULAR	
Nombre del centro de trabajo o sede de trabajo	**Ciudad de la empresa en la que labora o laborará**
	PALMIRA

Marque con una "X" la casilla correspondiente de acuerdo con sus características, registre el valor de cada factor y luego sume los totales de cada sección y al final totalice.

A. FACTORES NO MODIFICABLES

1. Edad

Años	Puntos Femenino	Puntos Masculino
<35	-7	-9
35 - 39	-3	-4
40 - 44	0	0
45 - 49	3	3
50 - 54	6	6
55 - 59	8	8
60 - 64	10	10
>= 65	12	11
Valor factor 1		-3

2. Historia Familiar de Enfermedad Coronaria

Hipertensión arterial, infarto agudo de miocardio o accidente cerebro vascular de familiar hasta segundo grado de consanguinidad: padres, hermanos, tíos o abuelos a edad INFERIOR a los 55 años para los hombres y 65 años para las mujeres.

Antecedentes	Puntos
Ninguno	0
Afirmativo	2
Valor factor 2	2

SUBTOTAL PARTE A	-1

B. FACTORES MODIFICABLES

1. Estrés

Bajo	0
Moderado	2
Alto	4
Valor factor 1	2

2. Ejercicio

	Puntos
En forma regular (3 o más veces a la semana durante 30 minutos o más)	0
En forma ocasional (menos de 3 veces a la semana)	1
No hace ejercicio	2
Valor factor 2	1

3. Cigarrillo

		Femenino	Masculino
No fumador		-7	-9
Fumador	< 40 años	-3	-4
	40 - 49 años	0	0
	50 - 59 años	3	3
	>= 60 años	6	6
Valor factor 3		-7	

4. Peso (Índice de Masa Corporal)

IMC	Puntos	Descripción
< 18,5	0	Bajo peso
18,6 - 24,9	0	Normal
25 - 29,9	1	Pre - obesidad
30 - 34,9	2	Obesidad grado I
35 - 39,9	3	Obesidad grado II
>= 40	4	Obesidad grado III
Valor factor 4	2	

SUBTOTAL PARTE B	-2

C. RESULTADOS DE LABORATORIO Y TENSIÓN ARTERIAL

1. Colesterol Total (F: Femenino, M: Masculino)

EDAD	Colesterol total mg/dl									
	< 160		160 - 199		200 - 239		240 - 279		>= 280	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
20 - 39	0	0	4	4	8	7	11	9	13	11
40 - 49	0	0	3	3	6	5	8	6	10	8
50 - 59	0	0	2	2	4	3	5	4	7	5
>= 60	0	0	1	1	2	1	3	2	4	3
Valor factor 1										4

2. Colesterol HDL (mg/dl en hombres y mujeres)

Valor	Puntos	Valor	Puntos
>= 60	-1	40 - 49	1
50 - 59	0	< 40	2
Valor factor 2			0

3. Diabetes Mellitus

Clasificación glicemia	Puntos
Glicemia normal < 100 mg/dl	0
Glicemia alterada en ayunas (100 - 125 mg/dl)	2
Diabetes Mellitus (Antecedentes)	
Controlado (glicemia basal 90 - 130 mg/dl)	4
No controlado (glicemia basal > 130 mg/dl)	6
Valor factor 3	0

4. Presión Arterial (Tensión arterial sistólica en mm/Hg)

Valor	Hombres		Mujeres	
	Sin tratam.	Con tratam.	Sin tratam.	Con tratam.
<120	0	0	0	0
120 - 129	0	1	1	3
130 - 139	1	2	2	4
140 - 159	1	2	3	5
>= 160	2	3	4	6
Valor factor 4				0

SUBTOTAL PARTE C	4

Una vez diligenciada la encuesta, se contabilizan los valores totales de las secciones A + B + C, para obtener el GRAN TOTAL.
Este GRAN TOTAL corresponde a su nivel de riesgo cardiovascular, el cual se interpreta como se explica a continuación.

GRAN TOTAL	1

Riesgo Masculino

Puntuación	Riesgo
-10 a 3	Bajo
4 a 16	Moderado
17 a 29	Alto
>= 30	Crítico

Riesgo Femenino

Puntuación	Riesgo
-8 a 6	Bajo
7 a 20	Moderado
21 a 34	Alto
>= 35	Crítico

Identificación clínica del Síndrome Metabólico (Síndrome positivo si total mayor o igual 3)

Factor de Riesgo	Definición	Puntos
Obesidad de predominio abdominal	Relación cintura - cadera > 0,9 en hombres o 0,85 en mujeres, IMC > 30 o circunferencia abdominal aumentada (>= 90 en hombres y >= 80 en mujeres)	1
Triglicéridos	>= 150 mg/dl	1
Colesterol HDL		
Hombres	< 40 mg/dl	1
Mujeres	< 50 mg/dl	1
Tensión Arterial	>= 130 / >= 85 mm/Hg	1
Glicemia Basal	>= 110 mg/dl	2
Dos horas post-carga de glucosa	>= 140 mg/dl	

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí 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 tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí copia de la valoración médica ocupacional. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. Autorizo a Gestion Integral de Salud. para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional 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:

John Alexander Restrepo M.
Médico Especialista S.O.
Licencia No. 472

Nombre:

Registro médico: Licencia salud ocupacional:

ASPIRANTE O TRABAJADOR

Firma:

Nombre:

Documento de identidad Tipo: No.

Impreso por MedIntegral - Software Médico Integral

Imprimió KIMBERLY OLAVE - 28/07/2020 16:16:35

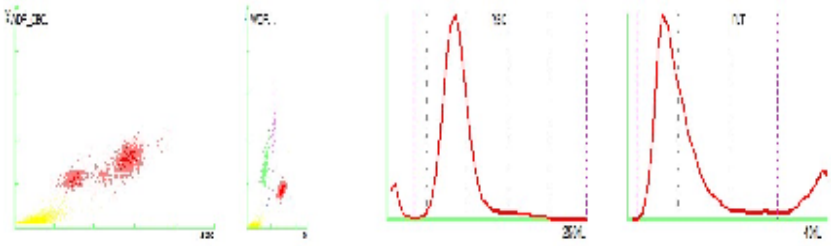
01075453

BIOLAB
Laboratorio Clínico y Microbiológico

Servicio : CONSULTA EXTERNA
Solicitud : 01075453
Paciente : MEY KWANG CHIA LONDOÑO
Identificación : 29683024
Convenio : RED MEDICA ESPECIALIZADA S.A.S

Fecha Recepción : 2020-07-22 12:24:06
Fecha Impresión : 2020-07-22 17:17:48.
Médico : RED MEDICA ESPECIALIZADA
Edad/Sexo : 35 / F

ANALISIS	RESULTADO		VALORES DE REFERENCIA
HEMATOLOGIA Y COAGULACION			
HEMOGRAMA DE IV GENERACION			
Recuento Total de Leucocitos	**5.55**	X10^3/uL	4.5 - 11.0
Neutrofilos #	**3.61**		
Linfocitos #	**1.45**	X10^3/uL	1.0 - 4.0
Monocitos #	**0.41**		
Eosinofilos #	**0.03**		
Basofilos #	**0.04**		
IG#	**0.01**		
Recuento Diferencial Leucocitos			
Neutrofilos	**65.1**	%	43.0 - 65.0
Linfocitos	**26.1**	%	20.0 - 50.0
Monocitos	**7.4**	%	5.50 - 11.70
Eosinofilos	**0.5**	%	0.90 - 2.90
Basofilos	**0.7**	%	0.20 - 1.00
IG	**0.2**	%	
Recuento Total de Eritrocitos	**4.40**	x10^6/uL	3.90 - 5.60
Hemoglobina	**11.9**	g/dl	11.5 - 16.5
Hematocrito	**37.1**	%	37.0 - 50.0
MCV	**84.3**	fl	86.0 - 97.0
MCH	**27.0**	pg	26.5 - 32.0
MCHC	**32.1**	g/dl	31.0 - 38.0
Ancho Dist. Eritrocitaria	**15.7**	%	11.5 - 15.0
Recuento de Plaquetas	**303**	x10^3/uL	150 - 400
Volumen Plaquetario Medio	**10.1**	fl	7.0 - 11.0



Validado Por:

PAOLA ANDREA RADA CRUZ-03
TP. 76-670

MICROSCOPIA

01075453

BIOLAB
Laboratorio Clínico y Microbiológico

Servicio : CONSULTA EXTERNA
Solicitud : 01075453
Paciente : MEY KWANG CHIA LONDOÑO
Identificación : 29683024
Convenio : RED MEDICA ESPECIALIZADA S.A.S

Fecha Recepción : 2020-07-22 12:24:06
Fecha Impresión : 2020-07-22 17:17:48.
Médico : RED MEDICA ESPECIALIZADA
Edad/Sexo : 35 / F

ANALISIS	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA

MICROSCOPIA

HONGOS EXAMEN DIRECTO MICROSCOPICO

Muestra: **Uñas de las manos**

Resultado: **NEGATIVA Para Estructuras Micoticas**

Validado Por:



PAOLA ANDREA RADA CRUZ-03
TP. 76-670

PARASITOLOGIA

COPROLOGICO

A- PARASITOLOGIA

Protozoos intestinales: **Blastocystis hominis +**

B- ANALISIS FISICO

Consistencia: **BLANDA**

Color: **CARMELITO**

C- ANALISIS MICROSCOPICO DIRECTO

Leucocitos: **No se observan** x campo (40x)

Flora Bacteriana: **LIGERAMENTE AUMENTADA**

Blastoconidias: **Cantidad Escasa**

Validado Por:



PAOLA ANDREA RADA CRUZ-10

QUIMICA

COLESTEROL TOTAL	**174.7**	mg/dl	Menor de	200

Método: Enzimático colorimetrico automátizado

01075453

BIOLAB
Laboratorio Clínico y Microbiológico

Servicio : CONSULTA EXTERNA
Solicitud : 01075453
Paciente : MEY KWANG CHIA LONDOÑO
Identificación : 29683024
Convenio : RED MEDICA ESPECIALIZADA S.A.S

Fecha Recepción : 2020-07-22 12:24:06
Fecha Impresión : 2020-07-22 17:17:48.
Médico : RED MEDICA ESPECIALIZADA
Edad/Sexo : 35 / F

ANALISIS	RESULTADO		VALORES DE REFERENCIA
QUIMICA			
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD - HDL	**52.5**	mg/dl	
Método: Colorimétrica enzimática Directa del Col. HDL			
Sin riesgo:			
Hombres: Mayor de 55 mg/dl Mujeres: Mayor de 65 mg/dl			
Riesgo moderado:			
Hombres: 35 - 55 mg/dl Mujeres: 45-65 mg/dl			
Riesgo alto:			
Hombres: < 35 mg/dl Mujeres: < 45 mg/dl			
Colesterol VLDL	**36.18**	mg/dl	Menor de 30
Colesterol LDL calculado (TRIG <400 mg/dl)	**86.02**	mg/dl	Menor de 190
Indice Arterial	**3.3**		Hasta 5.0
* Nuevo método, tener en cuenta para seguimiento y control*			
TRIGLICERIDOS	**180.9**	mg/dl	Menor de 150
Método: Enzimático automatizado			
GLUCOSA	**82.8**	mg/dl	74 - 106
Método: Hexoquinasa			
Mayor de 90 años: 75 - 121 mg/dl			
Niños: 60 - 100 mg/dl			
Neonatos: 40 - 60 mg/dl			

Validado Por:



PAOLA ANDREA RADA CRUZ-01
TP. 76-670

01075453

BIOLAB
Laboratorio Clínico y Microbiológico

Servicio : CONSULTA EXTERNA
Solicitud : 01075453
Paciente : MEY KWANG CHIA LONDOÑO
Identificación : 29683024
Convenio : RED MEDICA ESPECIALIZADA S.A.S

Fecha Recepción : 2020-07-22 12:24:06
Fecha Impresión : 2020-07-28 14:28:21.
Médico : RED MEDICA ESPECIALIZADA
Edad/Sexo : 35 / F

ANALISIS	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA

MICROBIOLOGIA

CULTIVO CUALQUIER SECRESIÓN	
RESULTADO	**NEGATIVO A LAS 72 HORAS DE INCUBACION**
Parte Análizada	**CULTIVO H ISOPADO NASOFARINGEO**
COMENTARIO	**FINAL**
ANTIBIOGRAMA	
BACTERIA No. 2	

Validado Por:

PAOLA ANDREA RADA CRUZ-09

Red Médica Especializada
BIENESTAR INTEGRAL PARA TODOS
Salud Ocupacional

ANEXO RIESGO CARDIOVASCULAR

El presente anexo no reemplaza la Historia Clínica Ocupacional y puede hacer parte integral o no de la misma.

FECHA DEL EXAMEN	DATOS DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE (Tipo documento de identidad: CC: Cédula de Ciudadanía, CE: Cédula de Extranjería, TI: Tarjeta de Identidad, PA: Pasaporte)		
28/07/2020	Apellidos y nombres	Documento de Identidad	
DD MM AAAA	MEY KWANG CHIA LONDOÑO	Tipo CC	No. 29683024

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

Razón social de la empresa que lo contrató o contratará	Razón social de la empresa en la que labora o laborará
EMRESA PARTICULAR	
Nombre del centro de trabajo o sede de trabajo	Ciudad de la empresa en la que labora o laborará
	PALMIRA

Marque con una "X" la casilla correspondiente de acuerdo con sus características, registre el valor de cada factor y luego sume los totales de cada sección y al final totalice.

A. FACTORES NO MODIFICABLES

1. Edad

Años	Puntos Femenino	Puntos Masculino
<35	-7	-9
35 - 39	-3	-4
40 - 44	0	0
45 - 49	3	3
50 - 54	6	6
55 - 59	8	8
60 - 64	10	10
>= 65	12	11
Valor factor 1		-3

2. Historia Familiar de Enfermedad Coronaria

Hipertensión arterial, infarto agudo de miocardio o accidente cerebro vascular de familiar hasta segundo grado de consanguinidad: padres, hermanos, tíos o abuelos a edad INFERIOR a los 55 años para los hombres y 65 años para las mujeres.

Antecedentes	Puntos
Ninguno	0
Afirmativo	2
Valor factor 2	2
SUBTOTAL PARTE A	-1

B. FACTORES MODIFICABLES

1. Estrés

Bajo	0
Moderado	2
Alto	4
Valor factor 1	2

2. Ejercicio

	Puntos
En forma regular (3 o más veces a la semana durante 30 minutos o más)	0
En forma ocasional (menos de 3 veces a la semana)	1
No hace ejercicio	2
Valor factor 2	1

3. Cigarrillo

		Femenino	Masculino
No fumador		-7	-9
Fumador	< 40 años	-3	-4
	40 - 49 años	0	0
	50 - 59 años	3	3
	>= 60 años	6	6
Valor factor 3		-7	

4. Peso (Índice de Masa Corporal)

IMC	Puntos	Descripción
< 18,5	0	Bajo peso
18,6 - 24,9	0	Normal
25 - 29,9	1	Pre - obesidad
30 - 34,9	2	Obesidad grado I
35 - 39,9	3	Obesidad grado II
>= 40	4	Obesidad grado III
Valor factor 4	2	
SUBTOTAL PARTE B	-2	

C. RESULTADOS DE LABORATORIO Y TENSIÓN ARTERIAL

1. Colesterol Total (F: Femenino, M: Masculino)

EDAD	Colesterol total mg/dl									
	< 160		160 - 199		200 - 239		240 - 279		>= 280	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
20 - 39	0	0	4	4	8	7	11	9	13	11
40 - 49	0	0	3	3	6	5	8	6	10	8
50 - 59	0	0	2	2	4	3	5	4	7	5
>= 60	0	0	1	1	2	1	3	2	4	3
Valor factor 1									4	

2. Colesterol HDL (mg/dl en hombres y mujeres)

Valor	Puntos	Valor	Puntos
>= 60	-1	40 - 49	1
50 - 59	0	< 40	2
Valor factor 2			0

3. Diabetes Mellitus

Clasificación glicemia	Puntos
Glicemia normal < 100 mg/dl	0
Glicemia alterada en ayunas (100 - 125 mg/dl)	2
Diabetes Mellitus (Antecedentes)	
Controlado (glicemia basal 90 - 130 mg/dl)	4
No controlado (glicemia basal > 130 mg/dl)	6
Valor factor 3	0

4. Presión Arterial (Tensión arterial sistólica en mm/Hg)

Valor	Hombres		Mujeres	
	Sin tratam.	Con tratam.	Sin tratam.	Con tratam.
<120	0	0	0	0
120 - 129	0	1	1	3
130 - 139	1	2	2	4
140 - 159	1	2	3	5
>= 160	2	3	4	6
Valor factor 4				0
SUBTOTAL PARTE C				4

Una vez diligenciada la encuesta, se contabilizan los valores totales de las secciones A + B + C, para obtener el GRAN TOTAL.
Este GRAN TOTAL corresponde a su nivel de riesgo cardiovascular, el cual se interpreta como se explica a continuación.

GRAN TOTAL	1

Riesgo Masculino	
Puntuación	Riesgo
-10 a 3	Bajo
4 a 16	Moderado
17 a 29	Alto
>= 30	Crítico

Riesgo Femenino	
Puntuación	Riesgo
-8 a 6	Bajo
7 a 20	Moderado
21 a 34	Alto
>= 35	Crítico

Identificación clínica del Síndrome Metabólico (Síndrome positivo si total mayor o igual 3)

Factor de Riesgo	Definición	Puntos
Obesidad de predominio abdominal	Relación cintura - cadera > 0,9 en hombres o 0,85 en mujeres, IMC > 30 o circunferencia abdominal aumentada (>= 90 en hombres y >= 80 en mujeres)	1
Triglicéridos	>= 150 mg/dl	1
Colesterol HDL		
Hombres	< 40 mg/dl	1
Mujeres	< 50 mg/dl	1
Tensión Arterial	>= 130 / >= 85 mm/Hg	1
Glicemia Basal	>= 110 mg/dl	2
Dos horas post-carga de glucosa	>= 140 mg/dl	

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí 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 tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí copia de la valoración médica ocupacional. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. Autorizo a Gestion Integral de Salud. para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional 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:



John Alexander Restrepo M.
Médico Especialista S.O.
Licencia No. 472

Nombre:

Registro médico:

Licencia salud ocupacional:

ASPIRANTE O TRABAJADOR

Firma:

Nombre:

Documento de identidad Tipo: No.

Inventis s.r.l.

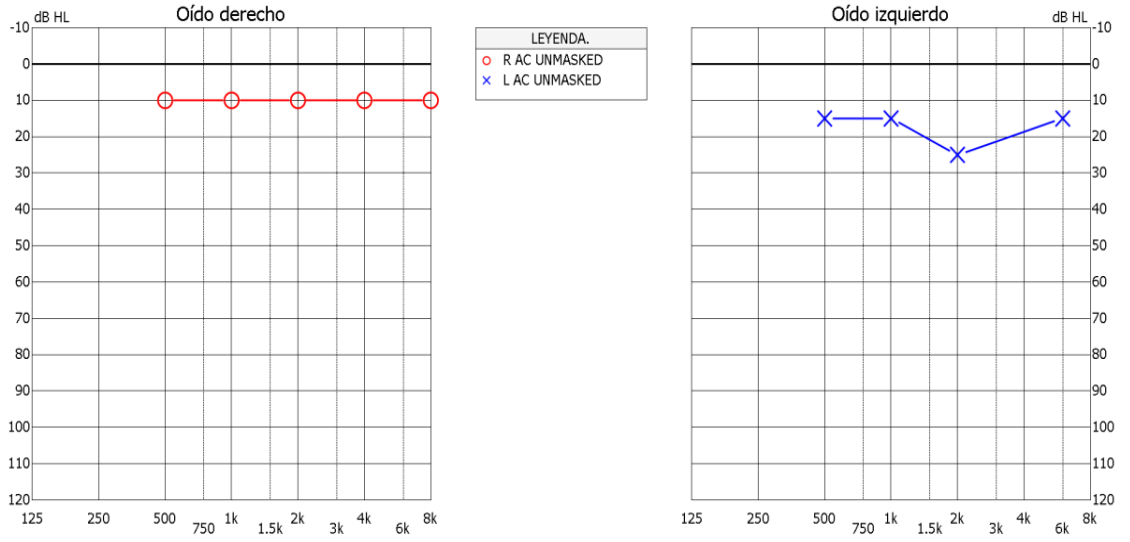
Corso Stati Uniti, 1/3 - 35127 Padova, Italy
Tel. (+39) 049.8962844 - Fax (+39) 049.8966343

Paciente CHIA MEY KWANG, años 35, Nacido en 9/09/1984

Fecha de visita 22/07/2020

Audiometría de Tono Puro

Instrumento: INVENTIS PICCOLO



	AC R	AC L	AC R+L	BC R	BC L	BC R+L
PTA	10	18	14			

Frecuencias (Hz): 500, 1K, 2K

Red Médica Especializada
BIENESTAR INTEGRAL PARA TODOS
Salud Ocupacional

Red Médica Especializada
BIENESTAR INTEGRAL PARA TODOS

HISTORIA CLINICA OPTOMETRIA

I.I. C.C

H.C. N° 29683024 FECHA 22-07-2020

NOMBRE COMPLETO Mey Kwang Chia

TELEFONO 3002621815 GENERO M X

DIRECCION Cll 65 # 18-104 EDAD 35

FECHA DE NACIMIENTO 9 09 1984 OCUPACION Instructo-

REMITIDO POR: U. EXAMEN no sabe

MOTIVO CONSULTA examen laboral

A. PERSONAL: no reporta

A. FAMILIAR: no reporta

A. OCULAR: no reporta

RX EN OD no hay ADD

USO OI lensometro T. LENTE

A.V.S.C. **A.V.C.C**

V.L. OD 20/20 V.P. OD OSAH V.L. OD / V.P. OD //

OI 20/20 OI OSAH OI OI

EXAMEN EXTERNO OD sano **FONDO DEL OJO** OD no se

OI sano OI realizo

CONVER TEST: OD OI P.P.C.

QUERATOMETRIA OD OI

RETINOSCOPIA OD N A.V: 20/20

OI N A.V: 20/20

RX FINAL OD N A.V: 20/20

OI N A.V: 20/20

A.D.D. D.P. OJO DOMI:

TEST ESTEREOPSIS Normal TEST DEL COLOR Normal

DIAGNOSTICO Emetrope

CONDUCTA no necesita RX

FIRMA PACIENTE

OPTOMETRA

Dra. Lina María Gómez
Optómetra
Fundación Universitaria de A.A
Reg. 2761

Impreso por MedIntegral - Software Médico Integral

Imprimió KIMBERLY OLAVE 28/07/2020 16:16:04

Escaneado con CamScanner

Hace constar:

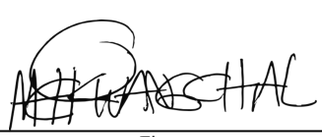
Que el Sr(a) MEY KWANG CHIA LONDOÑO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 29683024 realizó el día 17/02/2023 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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 MEY KWANG CHIA LONDOÑO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 29683024 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 -

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **MEY KWANG CHIA LONDOÑO** con **CC** No. **29683024**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
Contratante: NI 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	**Fecha de última cobertura:** 04/02/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 03/02/2023 **Fecha fin de Contrato:** 30/05/2023 **Clase de Riesgo:** 1 **Cargo :** INSTRUCTOR **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

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 o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301012400542.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 14 días del mes de febrero de 2023.

Cordialmente

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_06

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

PALMIRA, VALLE, **15/02/2023**
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora MEY KWANG CHIA LONDONO** con **Cédula de Ciudadanía** número **29683024**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**016270167972**
Fecha de apertura	**20/01/1997**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN:	SUCURSAL:	COD. SUC:	NO. PÓLIZA:	ANEXO:
TULUA	AGENCIA TULUA	52	52-46-101002776	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
03	02	2023	03	02	2023	00:00	30	09	2023	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	CHIA LONDONO MEY KWANG			IDENTIFICACIÓN:	C.C. :29,683,024
DIRECCIÓN:	CARRERA 26 45 21 APTO 301	CIUDAD:	PALMIRA - VALLE	TELÉFONO:	3002621815

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:	SENA CENTRO AGROPECUARIO DE GUADALAJARA DE BUGA VALLE DEL CAUCA			IDENTIFICACIÓN:	NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN:	CARRETERA CENTRAL, VARIANTE BUGA, TULUA	CIUDAD:	BUGA - VALLE	TELÉFONO:	2376300
ADICIONAL:					

OBJETO DEL SEGURO

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

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.4549225 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL ORIENTANDO FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL COMO INSTRUCTOR SENA A TRAVÉS DE ACCIONES REGULARES EN LAS MODALIDADES PRESENCIAL Y A DISTANCIA EN LOS DIFERENTES NIVELES DE FORMACIÓN DEL CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	03/02/2023	30/09/2023	$ 1,573,333.30

ACLARACIONES:

VALOR PRIMA NETA:	GATOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00	$ 1,573,333.30	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
GLORIA ISABEL SOTO VELASCO	91929	100,00			

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

PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 28 NO. 26-63 - TELÉFONO: 2247827 - TULUA

52-46-101002776
FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

FIRMA TOMADOR

USTED PUEDE CONSULTAR ESTAR PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

Oficina Principal: Calle 83 No 19-10 Bogotá D.C. Teléfono: 601-2186977, 601-6019330

31203494

NO EFECTUAR RETENCIÓN EN LA FUENTE POR NINGUN CONCEPTO * RESPONSABLE IVA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

CONSTANCIA DE NO REVOCATORIA NI CANCELACIÓN POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

Hacemos constar, que la póliza No. 52-46-101002776, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

Lo anterior de conformidad con lo establecido en el decreto 1082 de 2015, el cual regula las garantías ante entidades estatales.

Dado en TULUA, a los 3 días del mes de Febrero de 2023



FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: **RECIBO DE PAGO N°:** 52461010027760

FECHA	
CONTADO	

RECIBIMOS DE: CHIA LONDONO MEY KWANG C.C. C.C. :29,683,024

LA SUMA DE: TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 52-46-101002776

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
AGENCIA TULUA - CU. ESTATAL - 101002776 - 0 - 0	$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00

FORMA DE PAGO

EFECTIVO:	$ 33,320.00
CHEQUE:	$ 0.00
TARJETA:	$ 0.00
BD:	$ 0.00
OTROS:	$ 0.00
TOTAL:	$ 33,320.00

INTERMEDIARIO: GLORIA ISABEL SOTO VELASCO - 91929

CAJERO: RAPIESTADO

ORIGINAL

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: **RECIBO DE PAGO N°:** 52461010027760

FECHA	
CONTADO	

RECIBIMOS DE: CHIA LONDONO MEY KWANG C.C. C.C. :29,683,024

LA SUMA DE: TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 52-46-101002776

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
AGENCIA TULUA - CU. ESTATAL - 101002776 - 0 - 0	$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00

FORMA DE PAGO

EFECTIVO:	$ 33,320.00
CHEQUE:	$ 0.00
TARJETA:	$ 0.00
BD:	$ 0.00
OTROS:	$ 0.00
TOTAL:	$ 33,320.00

INTERMEDIARIO: GLORIA ISABEL SOTO VELASCO - 91929

CAJERO: RAPIESTADO

COPIA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.52-46-101002776

1. AMPAROS.

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

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

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

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

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

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

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

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

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

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

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

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

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

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

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

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

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

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

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

EL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE GENEREN COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, PRESENTADOS EN LA OBRA ENTREGADA Y RECIBIDA A SATISFACCIÓN DE DICHA ENTIDAD ESTATAL O SUS REPRESENTANTES, CUYA CAUSA SEA IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO.

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

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

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

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

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

2. EXCLUSIONES.

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

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

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

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

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

3. SUMA ASEGURADA.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1079 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO NO ESTARÁ OBLIGADO A RESPONDER SI NO HASTA CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA EN CASO DE SINIESTRO, DETERMINADA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA PARA CADA AMPARO.

4. VIGENCIA.

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

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

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

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

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

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

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

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

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

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

6. COMPENSACIÓN.

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

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

8. PLAZO PARA EL PAGO.

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

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

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

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

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

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

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

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

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

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

13. COASEGURO

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO