SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

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

Código Regional	**5**
Código Centro	**930110**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**67875-982350**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	SANDRA PATRICIA RIOS GOMEZ	**C.C.**	21.620.273	**IP/Nº de contacto**	1435
Correo electrónico contratista:	sprios3@misena.edu.co				

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

Banco al cual consignar: BANCO DE BOGOTA **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** 214161812

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: 4584422/2023 **Nº Compromiso SIIF** **7623**

Valor Total del Contrato	$ 41.787.666	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 41.787.666	**1**	**Del**	**09/02/2023**	**Al**	**28/02/2023**	**$ 3.140.903,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 38.646.763		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR-PRESTAR SERVICIOS COMO INSTRUCTOR PARA PLANEAR, ORIENTAR Y EVALUAR LA FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL RED GESTION ADMINISTRATIVA Y FRA - RED INSTITUCIONAL DE PEDAGOGÌA EN EL AREA DE EDUMATICA

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.140.903		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	**$ 3.140.903**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.846.510**		**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	----------	**60440524**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.256.361	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 157.100	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 201.100	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 6.600	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 785.225	$ -	
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	$ 314.090	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 615.503	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.846.510,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.782.703,00	
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	0,400%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Jaime Isaza Cadavid	12.564,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$3.128.339,00**	

SON: TRES MILLONES CIENTO VEINTIOCHO MIL TRESCIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

VER ANEXOS CORRESPONDIENTES AL MES

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.

SANDRA PATRICIA RIOS GOMEZ
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,

NORELA MARIA ARANGO RESTREPO
INSTRUCTOR G20

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

ANGELA MARIA VALDERRAMA VELEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

ARUS®
Tecnología + Información + Conocimiento

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	ARUS (antes Enlace Operativo)
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2023-02-03, 12:50:52 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	enero de 2023
Periodo de Cotización Para Salud	enero de 2023
Empresa	SANDRA PATRICIA RIOS GOMEZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 21620273
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	60440524
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1898697826
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	$ 336.700
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.suaporte.com.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	$ 185.600	$ 0
N800088702	EPS010	EPS SURA	1	$ 145.000	$ 0
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1	$ 6.100	$ 0
		SubTotales:		$ 336.700	$ 0
		Total a Pagar:			$ 336.700

ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

ARUS (antes Enlace Operativo) no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

EXPERTOS en PILA

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14891269610

(415)7707212489984(8020) 000001489126961 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
2 1 6 2 0 2 7 3	0	Impuestos de Medellín 1 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	2 1 6 2 0 2 7 3	1 9 9 2 0 9 3 0

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Caramanta 1 4 5

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RIOS	GOMEZ	SANDRA	PATRICIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Medellín 0 0 1

41. Dirección principal: CR 73 45 D 57 AP 703

42. Correo electrónico: saparigo@gmail.com

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

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
7 3 1 0	2 0 0 7 0 6 1 1	6 2 0 1	2 0 0 7 0 6 1 1		8 5 6 0	6 3 1 2	2 1 3 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	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 2023 - 01 - 26 / 07 : 04: 24

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 RIOS GOMEZ SANDRA PATRICIA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CONCEPTO MEDICO INGRESO



H.C.: 21620273-354316

Fecha y Lugar: 29/12/2022 MEDELLIN

1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante: PARTICULAR
NIT: 1
Empresa en Misión: PARTICULAR - NA
Dirección:
Teléfono(s): 0
Ciudad: MEDELLIN
E-Mail:
Actividad Económica:
Nivel de Riesgo: 1

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre: SANDRA PATRICIA RIOS GOMEZ
Género: FEMENINO **Edad:** 48
Fecha y Lugar de Nacimiento: 5/05/1974 CARAMANTA
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección: CR 73 45 D 57 MEDELLIN
ARL: NO REPORTA
Identificación: 21620273
Teléfono: 3103904417
Cargo: INSTRUCTOR (A)
Escolaridad: UNIVERSITARIO
EPS: EPS SURA
AFP: PORVENIR S.A.
Rh: A+
Móvil: 3103904417

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIÓN PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

4. ACLARACIONES AL CONCEPTO MÉDICO

5. RESTRICCIONES

NO

6. RECOMENDACIONES

VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES ERGONÓMICAS DEL PUESTO DE TRABAJO.
INDUCCIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y PAUSAS ACTIVAS.
COMBINAR TAREAS ESTÁTICAS CON OTRAS DE MOVIMIENTO DINÁMICO.
EN PUESTOS DE TRABAJO CON UTILIZACIÓN DE EQUIPOS DE CÓMPUTO Y PANTALLAS:
EVITAR REFLEJOS EN LA PANTALLA
TRABAJAR EN UNA HABITACIÓN CON ILUMINACIÓN HOMOGÉNEA
EMPLEAR UN TAMAÑO DE LETRA LEGIBLE
HACER DESCANSOS Y PRACTICAR EJERCICIOS VISUALES
VISIOMETRIA U OPTOMETRÍA PERIÓDICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA.
EVITAR FORZAMIENTO DE LA INTENSIDAD DE LA VOZ
MANTENER UNA BUENA HIDRATACIÓN DE LAS CUERDAS VOCALES.

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

OPTOMETRIA	NORMAL.
GLICEMIA	REALIZADO
PERFIL LIPIDICO	REALIZADO
HEMOGRAMA IV	REALIZADO
ANEXO CARDIOVASCULAR	REALIZADO
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

VISUAL

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO INFORMADO
Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las pruebas complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar la capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento que le sean realizadas
En la fecha como mayor de edad identificado como aparece al lado de la firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias
De conformidad plena y teniendo en cuenta lo anteriormente expresado, Autorizo a LABORA VITAL IPS, para realizarme los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometría, audiometría, optometría /visiometría, toma de muestra de sangre y de otros fluidos corporales; y otras pruebas complementarias necesarias según el cargo a desempeñar ? también autorizo en el caso de requerirse realización de consulta médica por modalidad de telesalud /telemedicina, del cual fui informado y tengo pleno conocimiento que se realiza a través de contacto telefónico / video llamada. ENTIENDO QUE mi atención podrá ser derivada a una atención presencial, si el profesional de salud así lo define, COMPRENDO que yo puedo ELEGIR la modalidad de atención. ACEPTO que los datos que suministre harán parte de una historia clínica GARANTIZANDO privacidad y confidencialidad Y que la información suministrada de mi parte al profesional es VERAZ y CIERTA, que no omití datos de salud u otros datos relevantes, ni estoy incurriendo en falsedad de información. También autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido oportunidad de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.

Powered by CamScanner

EXAMEN OPTOMETRIA

Labora Vital IPS



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 29/12/2022 MEDELLIN
Paciente: SANDRA PATRICIA RIOS GOMEZ
Género FEMENINO **Edad:** 48
Fecha Nacimiento: 5/05/1974
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección CR 73 45 D 57
Empresa PARTICULAR - NA

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 21620273
Teléfono 3103904417 **Móvil:** 3103904417
Cargo: INSTRUCTOR (A)
EPS: EPS SURA
Escolaridad: UNIVERSITARIO

EVALUACIÓN

Usa Computador : N **Horas al día :** **Iluminación Artificial :** N **Iluminación Natural :** N Última Evaluación : 0
Tiene algún tipo de exposición a compuestos químicos : N **¿Cuales? :**
Accidentes oculares: NIEGA
Antecedentes Personales: NIEGA
Sintomatología : NIEGA
Cirugía ocular : N QUERATOTOMIA RADIAL A.O
Usa Corrección N **¿Gafas? :** N **¿Lentes de Contacto?** N

Agudeza Visual

Visión Lejana	**Sin Corrección**	**Derecho: 20/ 100**	**Ambos: 20/ 100**	**Izquierdo: 20/ 100**
	Con Corrección:	**Derecho: 20/ 30**	**Ambos: 20/ 30**	**Izquierdo: 20/ 30**
Visión Próxima	**Sin Corrección**	**Derecho: 20/ 400**	**Ambos: 20/ 400**	**Izquierdo: 20/ 400**
	Con Corrección	**Derecho: 20/ 30**	**Ambos: 20/ 30**	**Izquierdo: 20/ 30**
Lensometría	**Izquierdo : +4.75-1.75180**		**Derecho : +3.00-1.00X100**	**ADD : +1.50**

Examen Externo:

Examen Motor:

Oftalmoscopia:

VIsión cromática OD: NORMAL - OI: NORMAL

Campo Visual OD: NORMAL - OI: NORMAL

Estereopsis: NORMAL

Queratometría OD: NO EXAMINADO - OI: NO EXAMINADO

Retinoscopia OD: +3.00-1.00X100 - OI: +3.00-1.00X100

Subjetivo OD: - AV: 30 - Subjetivo OI - AV: 30

Cie10: ASTIGMATISMO-H522
Cie10: PRESBICIA-H524
Cie10: HIPERMETROPIA-H520
Recomendaciones: SE RECOMIENDA USO DE LENTES PERMANENTES
Diagnóstico: ASTIGMATISMO, HIPERMETROPIA , PRESBICIAAO

Concepto: DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL Y FUNCION BINOCULAR DENTRO DE PARAMETROS NORMALES.

Formula Final: OD: OI:
ADD :
Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica : N
Distancia Pupilar :
Remitido: -

USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE

EDWARD ENRIQUE ARIAS CASTRO -
Profesional

SANDRA PATRICIA RIOS GOMEZ 21620273
Firma y cédula del Paciente

Powered by CamScanner

EXAMEN OPTOMETRIA

Labora Vital IPS



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 29/12/2022 MEDELLIN
Paciente: SANDRA PATRICIA RIOS GOMEZ
Género FEMENINO **Edad:** 48
Fecha Nacimiento: 5/05/1974
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección CR 73 45 D 57
Empresa PARTICULAR - NA

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 21620273
Teléfono 3103904417 **Móvil:** 3103904417
Cargo: INSTRUCTOR (A)
EPS: EPS SURA
Escolaridad: UNIVERSITARIO

EVALUACIÓN

Usa Computador : N **Horas al día :** **Iluminación Artificial :** N **Iluminación Natural :** N Última Evaluación : 0
Tiene algún tipo de exposición a compuestos químicos : N **¿Cuales? :**

Accidentes oculares: NIEGA
Antecedentes Personales: NIEGA
Sintomatología : NIEGA
Cirugía ocular : N QUERATOTOMIA RADIAL A.O
Usa Corrección N

¿Gafas? : N **¿Lentes de Contacto?** N

Agudeza Visual

Visión Lejana	**Sin Corrección**	**Derecho: 20/ 100**	**Ambos: 20/ 100**	**Izquierdo: 20/ 100**
	Con Corrección:	**Derecho: 20/ 30**	**Ambos: 20/ 30**	**Izquierdo: 20/ 30**
Visión Próxima	**Sin Corrección**	**Derecho: 20/ 400**	**Ambos: 20/ 400**	**Izquierdo: 20/ 400**
	Con Corrección	**Derecho: 20/ 30**	**Ambos: 20/ 30**	**Izquierdo: 20/ 30**
Lensometría	**Izquierdo : +4.75-1.75180**		**Derecho : +3.00-1.00X100**	**ADD : +1.50**

Examen Externo:

Examen Motor:

Oftalmoscopia:

VIsión cromática OD: NORMAL - OI: NORMAL

Campo Visual OD: NORMAL - OI: NORMAL

Estereopsis: NORMAL

Queratometría OD: NO EXAMINADO - OI: NO EXAMINADO

Retinoscopia OD: +3.00-1.00X100 - OI: +3.00-1.00X100

Subjetivo OD: - AV: 30 - Subjetivo OI - AV: 30

Cie10: ASTIGMATISMO-H522
Cie10: PRESBICIA-H524
Cie10: HIPERMETROPIA-H520
Recomendaciones: SE RECOMIENDA USO DE LENTES PERMANENTES

Diagnóstico: ASTIGMATISMO, HIPERMETROPIA , PRESBICIAAO

Concepto: DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL Y FUNCION BINOCULAR DENTRO DE PARAMETROS NORMALES.

Formula Final: OD: OI:
ADD : **Distancia Pupilar :**
Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica : N Remitido: -

USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE

EDWARD ENRIQUE ARIAS CASTRO
Profesional

SANDRA PATRICIA RIOS GOMEZ 21620273
Firma y cédula del Paciente

Powered by CamScanner

I.P.S ADILAB
Un Laboratorio de Vida

50122762

Servicio : CONSULTA EXTERNA
Solicitud : 50122762
Paciente : SANDRA PATRICIA RIOS GOMEZ
Identificación : 21620273
Convenio : IPS LABORA VITAL

Sede : ADILAB LABORA VITAL
Fecha Recepción: 2022-12-29 08:13:00
Fecha Validación: 2022-12-29 09:17:33
Fecha Impresión : 2022-12-29 09:48:15.
Edad/Sexo : 48 / F
Fecha Nacido : 1974-05-05

ANALISIS	RESULTADO		VALORES DE REFERENCIA		
HEMOGRAMA IV METODO AUTOMATICO					
METODO: CITOMETRIA DE FLUJO					
RECUENTO DE ERITROCITOS	4.33	x10^6/uL	4.2	-	6.1
HEMOGLOBINA	13.5	g/dl	12.0	-	18.0
HEMATOCRITO	40.4	%	36.0	-	54.0
MCV	93.5	fl	80.0	-	100.0
MCH	31.1	pg	27.0	-	34.0
MCHC	33.4	g/dl	32.0	-	36.0
ANCHO DIST. ERITROCITARIA	13.8	%	11	-	16
RECUENTO DE PLAQUETAS	255	x10^3/uL	150	-	450
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	9.5	fl	6.5	-	12.0
PLAQUETOCRITO	0.242	%	0.1	-	0.4
RECUENTO DE LEUCOCITOS	6.6	x10^3/uL	5.2	-	12.4
% NEUTROFILOS	70.0	%	40.0	-	74.0
% LINFOCITOS	26.1	%	19.0	-	48.0
% MONOCITOS	2.0	%	0.0	-	10.0
% EOSINOFILOS	1.0	%	1.0	-	4.0
% BASOFILOS	0.9	%	0.00	-	1.0
RECUENTO ABSOLUTO DE LEUCOCITOS					
# NEUTROFILOS	4.62	x10^3/cel	2.5	-	7.5
# LINFOCITOS	1.72	x10^3/cel	1.5	-	4.5
# MONOCITOS	0.13	x10^3/cel	0.2	-	0.8
# EOSINOFILOS	0.07	x10^3/cel	0.05	-	0.50
# BASOFILOS	0.06	x10^3/cel	0.0	-	0.100

Validado Por:

OROZCO MONTOYA TATIANA MARIA
MICROBIOLOGA Y BIOANALISTA
T.P. 25-3036-12

*** La interpretación del resultado de sus examenes corresponde exclusivamente al médico***

Calle 49 # 45 - 81 Edificio Cataluña - Piso 3 - Medellin - Colombia
Telefonos : (+4) 4443582 - 3104564486 - 3104565660 - 3104560324
www.adilab.com.co / e-mail : laboratorio@adilab.com.co

Para verificar la autenticidad de este documento, debe escanear el código QR o ingresar a la siguiente URL, desde donde deberá ingresar el documento de identidad y este código: 50122762

URL : https://n9.cl/validadoradilab

Powered by CamScanner

Servicio	: CONSULTA EXTERNA	**Sede**	: ADILAB LABORA VITAL
Solicitud	: 50122762	**Fecha Recepción:**	2022-12-29 08:13:00
Paciente	: SANDRA PATRICIA RIOS GOMEZ	**Fecha Validación:**	2022-12-29 09:27:09
Identificación:	21620273	**Fecha Impresión :**	2022-12-29 09:48:15.
Convenio	: IPS LABORA VITAL	**Edad/Sexo**	: 48 / F
		Fecha Nacido	: 1974-05-05

ANALISIS	RESULTADO		VALORES DE REFERENCIA		
GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE					
Resultado: Metodo:Colorimetrico	**85**	mg/dl	70	-	100
COLESTEROL TOTAL					
Resultado: Metodo:Colorimetrico Valores de Referencia: Deseable: 50 – 200 mg/dL. En el límite superior: 200 – 239 mg/dL. Alto: Mayor de 240 mg/dL.	**215**	mg/dl			
TRIGLICÉRIDOS					
Resultado: Metodo:Colorimetrico Valores de Referencia: Normal: Hasta 150 mg/dl Limitrofe Alto: 150 - 199 mg/dl Alto: 200 - 499 mg/dl Muy Alto: 500 mg/dl	**179**	mg/dl			
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]					
Resultado: Metodo:Enzimatica Directa Hombres : 35 a 70 mg/dl Mujeres : 40 a 80 mg/dl	**49**	mg/dl			
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] CALCULADO					
Resultado: Metodo:Formula Friedewald Valores sospechosos a partir:150 mg/dl Valores elevados a partir:190 mg/dl	**130**	mg/dl			

*** La interpretación del resultado de sus examenes corresponde exclusivamente al médico***

Para verificar la autenticidad de este documento, debe escanear el código QR o ingresar a la siguiente URL, desde donde deberá ingresar el documento de identidad y este código: 50122762

URL : https://n9.cl/validadoradilab

Powered by CamScanner

Servicio	: CONSULTA EXTERNA	**Sede**	: ADILAB LABORA VITAL
Solicitud	: 50122762	**Fecha Recepción**	: 2022-12-29 08:13:00
Paciente	: SANDRA PATRICIA RIOS GOMEZ	**Fecha Validación**	: 2022-12-29 09:27:37
Identificación	: 21620273	**Fecha Impresión**	: 2022-12-29 09:48:15.
Convenio	: IPS LABORA VITAL	**Edad/Sexo**	: 48 / F
		Fecha Nacido	: 1974-05-05

ANALISIS	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA

Validado Por:

OROZCO MONTOYA TATIANA MARIA
MICROBIOLOGA Y BIOANALISTA
T.P. 25-3036-12

*** La interpretación del resultado de sus examenes corresponde exclusivamente al médico***

Calle 49 # 45 - 81 Edificio Cataluña - Piso 3 - Medellin - Colombia
Telefonos : (+4) 4443582 - 3104564486 - 3104565660 - 3104560324
www.adilab.com.co / e-mail : laboratorio@adilab.com.co

Para verificar la autenticidad de este documento, debe escanear el código QR o ingresar a la siguiente URL, desde donde deberá ingresar el documento de identidad y este código: 50122762

URL : https://n9.cl/validadoradilab

Powered by CamScanner

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) SANDRA PATRICIA RIOS GOMEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 21620273 el día 17/02/2023 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

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 **SANDRA PATRICIA RIOS GOMEZ** con **CC** No. **21620273**, 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:** 08/02/2023 **Fecha fin de Contrato:** 15/12/2023 **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): 202301012515082.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 17 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 de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7 - 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que SANDRA RIOS, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 21.620.273 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 214161812, abierta/o desde el 22/5/2007.

Se expide en Bogotá el día 2 del mes de Enero del año 2023



_____

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

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:
MEDELLIN	MEDELLIN	65	65-46-101033439	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
08	02	2023	08	02	2023	00:00	30	04	2024	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	RIOS GOMEZ SANDRA PATRICIA			IDENTIFICACIÓN:	C.C. :21,620,273
DIRECCIÓN:	CRA 73 45D 57 AP 703	CIUDAD:	MEDELLIN - ANTIOQUIA	TELÉFONO:	3103904417

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA CENTRO DE COMERCIO REGIONAL ANTIOQUIA			IDENTIFICACIÓN:	NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN:	CALLE 51 NO 57-70	CIUDAD:	MEDELLIN - ANTIOQUIA	TELÉFONO:	5760000
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.4584422 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: 5_9301_211 PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA PLANEAR Y ORIENTAR Y EVALUAR LA FORMACIN PROFESIONAL INTEGRAL EN LA RED GESTION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA - PRINCIPALMENTE EN EN EN LA RED INSTITUCIONAL DE PEDAGOGA EN EL AREA DE EDUMATICA

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	08/02/2023	30/04/2024	$ 4,178,766.60

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	$ 4,178,766.60	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
FEDERICO CARTAGENA	184152	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 53 NO 45-45 OFICINA 1006 - TELÉFONO: 3695060 - MEDELLIN

65-46-101033439
FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

Saparigo
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

INT184152A

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. 65-46-101033439, 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 MEDELLIN, a los 8 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°:** 65461010334390

FECHA	
CONTADO	
RECIBIMOS DE:	RIOS GOMEZ SANDRA PATRICIA — C.C. C.C. :21,620,273
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 65-46-101033439

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
MEDELLIN - CU. ESTATAL - 101033439 - 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
INTERMEDIARIO:	FEDERICO CARTAGENA - 184152	**OTROS:**	$ 0.00
		TOTAL:	$ 33,320.00
		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°:** 65461010334390

FECHA	
CONTADO	
RECIBIMOS DE:	RIOS GOMEZ SANDRA PATRICIA — C.C. C.C. :21,620,273
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 65-46-101033439

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
MEDELLIN - CU. ESTATAL - 101033439 - 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
INTERMEDIARIO:	FEDERICO CARTAGENA - 184152	**OTROS:**	$ 0.00
		TOTAL:	$ 33,320.00
		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.65-46-101033439

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) SANDRA PATRICIA RIOS GOMEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 21620273 realizó el día 17/02/2023 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la

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

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas