SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

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

Código Regional	**8**
Código Centro	**930210**
Fecha Elaboración	**31 de Enero de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**50207-215285**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	EILEEN PAOLA SARMIENTO TORRES	**C.C.**	1.129.540.398	**IP/Nº de contacto**	0
Correo electrónico contratista:	epsarmiento8@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: BANCOLOMBIA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 34875565500

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: 4432695/2023 **Nº Compromiso SIIF** **18323**

Valor Total del Contrato	$ 14.725.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 14.725.000	**1**	**Del**	**23/01/2023**	**Al**	**26/01/2023**	**$ 380.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 14.345.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES CARÁCTER TEMPORAL PARA LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN FORMACION REGULAR TITULADA Y COMPLEMENTARIAPARA EL PROGRAMA FORMACIÓN ENFERMERIA

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 380.000		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 380.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 25.980**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Enero	Diciembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9445273607**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.160.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 145.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 185.600	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 6.100	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 95.000	$ -	
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	$ 38.000	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 20.750	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	25.980,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	49.400,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	494,00	1,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$379.506,00**	

SON: TRESCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN EL AREA SALUD APOYO TERAPEUTICO Y REHABILITACION TEC ENFERMERIA 2673999
QUE PROGRAME EL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS DEL SENA REGIONAL ATLANTICO EN SUS DIFERENTES NIVELES Y MODALIDADES, ATENDIENDO LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE

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.

EILEEN PAOLA SARMIENTO TORRES
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,

PATRICIA ROSMARY SERRANO SANTIAGO
INSTRUCTOR

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

ELIZABETH TUBERQUIA VANEGAS
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1129540398		SARMIENTO TORRES EILEEN PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 6 63 53	BARRANQUILLA-ATLANTICO	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-01	2023-01	1918712978	9445273607	I	2023/02/22	2023/02/15	BANCOLOMBIA	0	$336,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$6,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$6,100		$0	$0
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$6,100		$0	$0
1	CC 1129540398	SARMIENTO EILEEN	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS010	30	$1,160,000	$145,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,160,000	$6,100	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$6,100		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1129540398		SARMIENTO TORRES EILEEN PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 6 63 53	BARRANQUILLA-ATLANTICO	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-01	2023-01	1918712978	9445273607	I	2023/02/22	2023/02/15	BANCOLOMBIA	0	$336,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$0	$0	$185,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$185,600	$0	$0	$185,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,100	$0	$0	$6,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,100	$0	$0	$6,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$0	$0	$145,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$145,000	$0	$0	$145,000
TOTAL				1	$336,700	$0	$0	$336,700

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Unico de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14498316345

(415)7707212489984(8020) 000001449831634 5

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

IDENTIFICACION

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

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SARMIENTO	TORRES	EILEEN	PAOLA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Galapa 2 9 6

41. Dirección principal
CL 6 63 53

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
eileen414@hotmail.com		3 0 1 5 8 1 4 2 4 2	3 8 2 3 3 6 1

CLASIFICACION

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 4 3	2 0 1 8 0 1 0 1	8 6 2 1	2 0 1 8 0 1 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:	2	0																								

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	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: 2 0 1 9 0 1 2 9

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

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

984. Nombre SARMIENTO TORRES EILEEN PAOLA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Centro Diagnóstico S.A.S.
Nit. 890.106.175-6

Calle 76 No. 57-10 Locales 17-19
Tels. 3534286 - 3531658
Email: cdiagnostico@metroltel.net.co
Barranquilla - Colombia

DOCUMENTO	59325
FECHA	24/01/2020

CONCEPTO MEDICO APTITUD LABORAL

TIPO DE EXAMEN

Ingreso [X] Periódico [ ] Trabajo en altura [ ] Reubicación [ ] Egreso [ ] Reintegro [ ] Manipulacion de Alimentos [ ]

INFORMACION PERSONAL

NOMBRE	SARMIENTO TORRES EILEEN PAOLA			**CEDULA**	1129540398
EDAD	31	**TIPO SANGRE**	O+	**OCUPACION**	INSTRUCTOR (A)
EMPRESA	1129540398	SARMIENTO TORRES EILEEN PAOLA			
EMPRESA EN MISION					



EXAMENES PRACTICADOS

Exámen Fisico [X]

Ayudas Diagnósticas

Optometría	X
Audiometría	X
Espirometría	
E K G	
E E G	
Otros	X

Laboratorios

Hemograma	
Perfil Lipidico	X
Glicemia	
K O H Uñas	
Frotis Garganta	
Coprológico	
Parcial de Orina	
Otros	

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO [X] NO APTO [ ] APTO CON RECOMENDACIONES [ ] APTO CON RESTRICCIONES [ ] APLAZADO [ ]

TRABAJO EN ALTURA

APTO [ ] NO APTO [ ] APTO CON RECOMENDACIONES [ ] APTO CON RESTRICCIONES [ ] APLAZADO [ ]

MANIPULACION DE ALIMENTOS

APTO [ ] NO APTO [ ] APTO CON RECOMENDACIONES [ ] APTO CON RESTRICCIONES [ ] APLAZADO [ ]

Recomendaciones para el cargo:

VALORACION MENTAL Y SOCIAL NORMALES - PAUSAS ACTIVAS

Restricciones para el cargo:

NINGUNA

Observaciones que no requieren seguimiento por parte de la Empresa :

EJERCICIO Y DIETA HIPOGRASA CONTROL DE PESO -PROTECCION AUDITIVA EN AREAS DE RUIDO.

FIRMA Y SELLO MEDICO

DR. EDUARDO NAVARRO REYES
RM : 361/71
LIC SO : 04273

FIRMA PACIENTE

Eileen Sarmiento

SARMIENTO TORRES EILEEN PAOLA
C.C. 1129540398
TEL: 3009156 - 3015814242

Escaneado con CamSc

Centro Diagnóstico S.A.S.
Nit. 890.106.175-6

Calle 76 No. 57-10 Locales 17-19
Tels. 3534286 - 3531658
Email: cdiagnostico@metroltel.net.co
Barranquilla - Colombia

DOCUMENTO	56815
FECHA	24/01/2020

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

EMPRESA	1129540398	SARMIENTO TORRES EILEEN PAOLA
EMPRESA EN MISION		
ACTIVIDAD ECONOMICA		

TIPO DE EXAMEN

Ingreso	X	Periódico		Egreso		Reintegro		Reubicación	

DATOS PERSONALES

NOMBRE	SARMIENTO TORRES EILEEN PAOLA					EDAD	31
IDENTIFICACION	1129540398	FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	10/14/1988, BARRANQUILLA, ATLANTICO				
NACIONALIDAD	COLOMBIANO	PROCEDENCIA	BARRANQUILLA, ATLANTICO			RAZA	MESTIZO
DIRECCION	CALLE 6 No 63-53	BARRIO	VILLA OLIMPICA			ZONA	Urbana
SEXO	Femenino	ESTADO CIVIL	CASADO(A)			PERSONAS A CARGO	1
RESPONSABLE	ANTONI CASADO			PARENTESCO	ESPOSO(A)	TELEFONO	3106108736
ACOMPAÑANTE	ND			PARENTESCO	NO APLICA	TELEFONO	ND
ESCOLARIDAD	ESPECIALISTA						
ESTRATO	3	EPS	SURA			ARL	POSITIVA
CARGO	INSTRUCTOR (A)			FONDO PENSION	PORVENIR		

ANTECEDENTES PERSONALES

PATOLÓGICOS	ASMA INFANTIL -DERRAME PLEURAL POR TBC EXTRA PULMONAR		
QUIRÚRGICOS	APENDICE -H UMBILICAL Y EPIGASTRICA -T DE TORAX -VESICULA		
TRAUMÁTICOS	NO		
ALERGICOS	NO	TABACO	NO
ALCOHOL	SI	VACUNAS	PAI
A.L.	NO	SECUELAS	NO
E.P.	NO	SECUELAS	NO

GINECOBSTETRICOS	G 2	P 1	A 1	U.S.M.	4-1-2020		
PLANIFICACION	NO			CITOLOGÍA	2019 ,NORMAL		

ANTECEDENTES FAMILIARES

DIABETES ABUELA

ANTECEDENTES LABORALES

EMPRESA	SENA -SPRB	OCUPACION	INSTRUCTORA -ENFERMERA
RIESGOS	ERGONOMICOS -FISICOS-PSICOSOCIALES		
DURACION	2 AÑOS -4 AÑOS	EPP	SI

REVISION POR SISTEMAS	ENDOCRINO						
TENSION ARTERIAL	100/70	F. RESP.	16	F.CARDIACA	74	SEDENTARISMO	(-)
TALLA	1.60	PESO	80.00	I. M. C.	31.25	INTERPRETACION I. M. C.	OBESIDAD I
DIESTRO	X	ZURDO		AMBIDIESTRO		P. ABDOMINAL	84

EXAMEN FISICO

ORGANO	N	A	ORGANO	N	A
Cabeza	X		Abdomen	X	
Ojos	X		Genito Urinario	X	
Oidos	X		Neurologico	X	
Nariz	X		Osteo Muscular	X	
Boca	X		Extremidades	X	
Faringe y Amigdalas	X		Piel	X	
Cuello	X		Articulaciones	X	
Cardiopulmonar	X				

Escaneado con CamSc

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

EXAMEN	N	A	EXAMEN	N	A
Visiometria	X		Audiometria		X
Espirometria			Laboratorio		X
Electrocardiograma	X				

HALLAZGOS OBESIDAD I -DEFICIT AUDITIVO MINIMO BILATERAL - VALORACION MENTAL Y SOCIAL NORMALES - COLESTEROL 229 MGRS

COLUMNA VERTEBRAL

Inspeccion (Palpacion, dolor / espasmos)

NORMAL

Movimientos (Aumentados, disminuidos, normales; especifique)

	N	A
Cervical	X	
Dorsal	X	
Lumba	X	
Fuerza Muscular	X	

REFLEJOS

	DERECHO N	DERECHO A	IZQUIERDO N	IZQUIERDO A
Rotuliano	X		X	
Tinel - o +	X		X	

	DERECHO -	DERECHO +	IZQUIERDO N	IZQUIERDO A
Lassegue	X		X	
Phalen - o +	X		X	

MARCHA

	N	A
Marcha en punta de pies	X	
Marcha en los talones	X	

BALANCE MUSCULAR

	Hombros N	Hombros A	Brazos N	Brazos A	Antebrazos N	Antebrazos A	Manos N	Manos A	Dedos N	Dedos A
Miembros Superiores	X		X		X		X		X	

	Caderas N	Caderas A	Rodillas N	Rodillas A	Piernas N	Piernas A
Miembros Inferiores	X		X		X	

DIAGNOSTICOS

CODIGO	NOMBRE DEL DIAGNOSTICO
E660	OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORIAS
H900	HIPOACUSIA CONDUCTIVA BILATERAL
E780	HIPERCOLESTEROLEMIA PURA

RESTRICCIONES

NO TIENE

RECOMENDACIONES

EJERCICIO Y DIETA HIPOGRASA CONTROL DE PESO -PROTECCION AUDITIVA EN AREAS DE RUIDO - HABITOS SALUDABLES

APTO	APTO CON RESTRICCION LABORAL	APTO CON RECOMENDACIONES	APLAZADO	NO APTO
X				

Escaneado con CamSc

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

FIRMA Y SELLO MEDICO

DR. EDUARDO NAVARRO REYES
RM : 361/71
LIC SO : 04273

FIRMA PACIENTE

SARMIENTO TORRES EILEEN PAOLA
C.C. 1129540398
TEL: 3009156 - 3015814242

Escaneado con CamSc

UNIOPTICA LTDA.

OPTICA DEL NORTE

Fecha: ENERO 24/2020

CERTIFICA

Que el paciente: EILLEEN PAOLA SARMIENTO TORRES

NO Necesita corrección Oftálmica con la siguiente fórmula

O. D. NEUTRO A.V. 20/20

O. I. NEUTRO A.V. 20/20

Percepción a los colores: NORMAL

Campos visuales: NORMAL

Balance Muscular: NORMAL

Observaciones: EMETROPE. ESTEREOPSIS: NORMAL

Atentamente, UNIOPTICA LTDA
OPTICA DEL NORTE
Dr. Juan Dor[illegible]

Calle 76 No. 52-65 - Teléfono: 3602125 - Barranquilla - Colombia

Escaneado con CamSc

Centro Diagnóstico S.A.S.
Nit. 890.106.175-6

Calle 76 No. 57-10 Locales 17-19
Tels. 3534286 - 3531658
Email: cdiagnostico@metroltel.net.co
Barranquilla - Colombia

DOCUMENTO	22232
FECHA	24/01/2020

LABORATORIO CLINICO
EXAMEN DE QUIMICA SANGUINEA

INFORMACION PERSONAL

NOMBRE	SARMIENTO TORRES EILEEN PAOLA	CEDULA	1129540398
EDAD	31	OCUPACION	INSTRUCTOR (A)
EMPRESA	1129540398	SARMIENTO TORRES EILEEN PAOLA	

NOMBRE DEL EXAMEN	RESULTADO	VALORES NORMALES
GLICEMIA A		70-100 MGS/DL
GLICEMIA B		Hasta 160 MGS/DL
ACIDO URICO		3.7/7.0 MGS/DL
COLESTEROL	229	Hasta 200 MGS/DL
COLESTEROL HDL	59	Mayor de 40 MGS/DL
COLESTEROL LDL	144	Menor de 150 MGS/DL
COLESTEROL VLDL	26	Menor de 40 MGS/DL
TRIGLICERIDOS	130	Hasta 150 MGS/DL
BUN		8-20 MGS/DL
CREATININA		0.7/1.2 MGS/DL
UREA		15-45 MGS/DL
CALCIO		8.5-10.5 MGS/DL
BILIRRUBINA TOTAL		0.0-1.0 MGS/DL
BILIRRUBINA DIRECTA		0.0-0.4 MGS/DL
BILIRRUBINA INDIRECTA		0.2-0.6 MGS/DL
GPT		Hasta 40 U.I.
GOT		Hasta 40 U.I.
FOSFATASA ALCALINA		400.00-129.0 U/L NIÑO 100-400 U.I
PROTEINAS TOTALES		6.0-8.3 GR/DL
ALBUMINA		3.5-5.0 GR/DL
GLOBULINA		2.5.5.5 GR/DL
COLINESTERASA		4.970-13.977 U/L
OBSERVACION		

FIRMA Y SELLO MEDICO

DRA. ADA LINDA GARCIA RIEDER
RM : 534

Escaneado con CamSc

Centro Diagnóstico S.A.S.
Nit. 890.106.175-6

Calle 76 No. 57-10 Locales 17-19
Tels. 3534286 - 3531658
Email: cdiagnostico@metroltel.net.co
Barranquilla - Colombia

DOCUMENTO	35670
FECHA	24/01/2020

ESTUDIO AUDIOLÓGICO

Autorizo la realización del exámen Si [X] No [ ]

INFORMACION PERSONAL

NOMBRE	SARMIENTO TORRES EILEEN PAOLA			CEDULA	1129540398
EDAD	31	OCUPACION	INSTRUCTOR (A)		
EMPRESA	1129540398	SARMIENTO TORRES EILEEN PAOLA			
EMPRESA EN MISION					



TIPO DE EXAMEN

Ingreso [X] Periódico [ ] Retiro [ ]

ANTECENDENTES PERSONALES DE AFECCIONES QUE PUEDEN PERTURBAR EL OIDO

Enfermedad					Enfermedad				
Trauma severo de craneo	SI	[ ]	NO	[X]	Paroditis	SI	[ ]	NO	[X]
Hipertensión arterial	SI	[ ]	NO	[X]	Sarampión	SI	[ ]	NO	[X]
Diabetes Mellitus	SI	[ ]	NO	[X]	Rubeóla	SI	[ ]	NO	[X]
Sífilis	SI	[ ]	NO	[X]	Tuberculosis	SI	[ ]	NO	[X]
Meningitis	SI	[ ]	NO	[X]	Exposicion a explosiones	SI	[ ]	NO	[X]
Paralisis Facial	SI	[ ]	NO	[X]	Cirugia de oído	SI	[ ]	NO	[X]
Trauma directo en oído	SI	[ ]	NO	[X]	Tratamiento Prolongado con antibioticos	SI	[ ]	NO	[X]

HA SENTIDO EN LOS ÚLTIMOS DOS MESES

Síntomas/signo					Síntomas/signo				
Mareos	SI	[ ]	NO	[X]	Cefalea	SI	[ ]	NO	[X]
Vértigo	SI	[ ]	NO	[X]	Otalgia	SI	[ ]	NO	[X]
Náuseas	SI	[ ]	NO	[X]	Oído tapado	SI	[ ]	NO	[X]
Vomito	SI	[ ]	NO	[X]	Tinnitus	SI	[ ]	NO	[X]
Secreciones	SI	[ ]	NO	[X]					
Servicio Militar	SI	[ ]	NO	[X]	Deportes Motorizados	SI	[ ]	NO	[X]
Uso Motocicleta	SI	[ ]	NO	[X]	Trabajos Domesticos con Motores	SI	[ ]	NO	[X]
Practica de tiro	SI	[ ]	NO	[X]	Uso de Walkman o Audifonos	SI	[X]	NO	[ ]
Discoteca Frecuente C / Sem.	SI	[ ]	NO	[X]	Otros	SI	[ ]	NO	[X]

Antecedentes familiares de enfermedades en los oidos No

¿Cual (es)?

¿Ha sentido dificultad para escuchar radio, televisión, teléfono, o conversaciones? No

¿Tiene audiometrías previas? Si **Resultado** Normal

¿Estuvo expuesto a ruido antes de asistir a este examen? No

¿Estaba usando protección auditiva adecuadamente? No

¿Por cuál oído escucha mejor? Igual

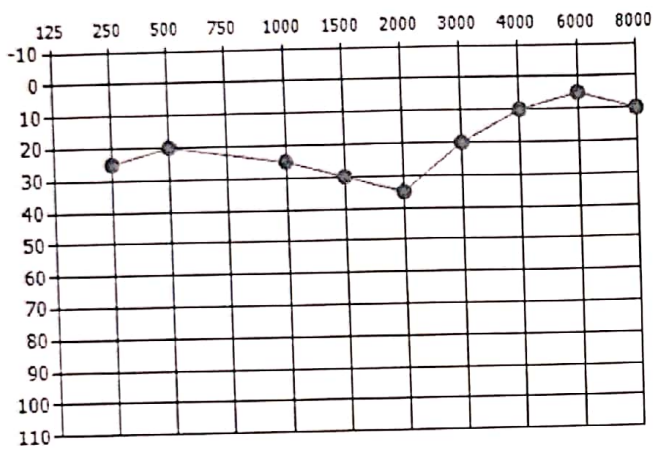
Escaneado con CamSc

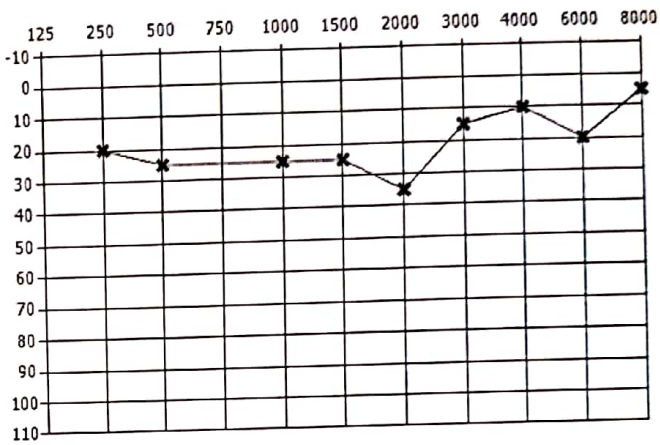
EXAMEN FÍSICO AUDIOLÓGICO

Otoscopia	Oído Derecho	Oído Izquierdo
Aspecto del conducto	NORMAL	NORMAL
Tapón de Serumen	NORMAL	NORMAL
Otorrea	NORMAL	NORMAL
Perforacion timpánica	NORMAL	NORMAL

AUDIOGRAMA

OÍDO DERECHO **VIA** Aereo **OÍDO IZQUIERDO**





ELI B **SAL** B **Promedio** 25.00

ELI B **SAL** B **Promedio** 21.25

Diagnostico(s):

VÍAS AEREAS CON DÉFICIT MÍNIMO EN AREA CONVERSACIONAL BILATERAL. FRECUENCIAS AGUDAS DENTRO DE PARÁMETROS DE NORMALIDAD BILATERAL.

Recomendaciones:

Recibí educación sobre Protección Auditiva SI [X] NO [ ]

Me fue explicado este resultado SI [X] NO [ ]

FIRMA Y SELLO MEDICO

DR. EDUARDO NAVARRO REYES

RM : 361/71

LIC SO : 04273

FIRMA PACIENTE

Eileen Sarmiento

SARMIENTO TORRES EILEEN PAOLA

C.C. 1129540398

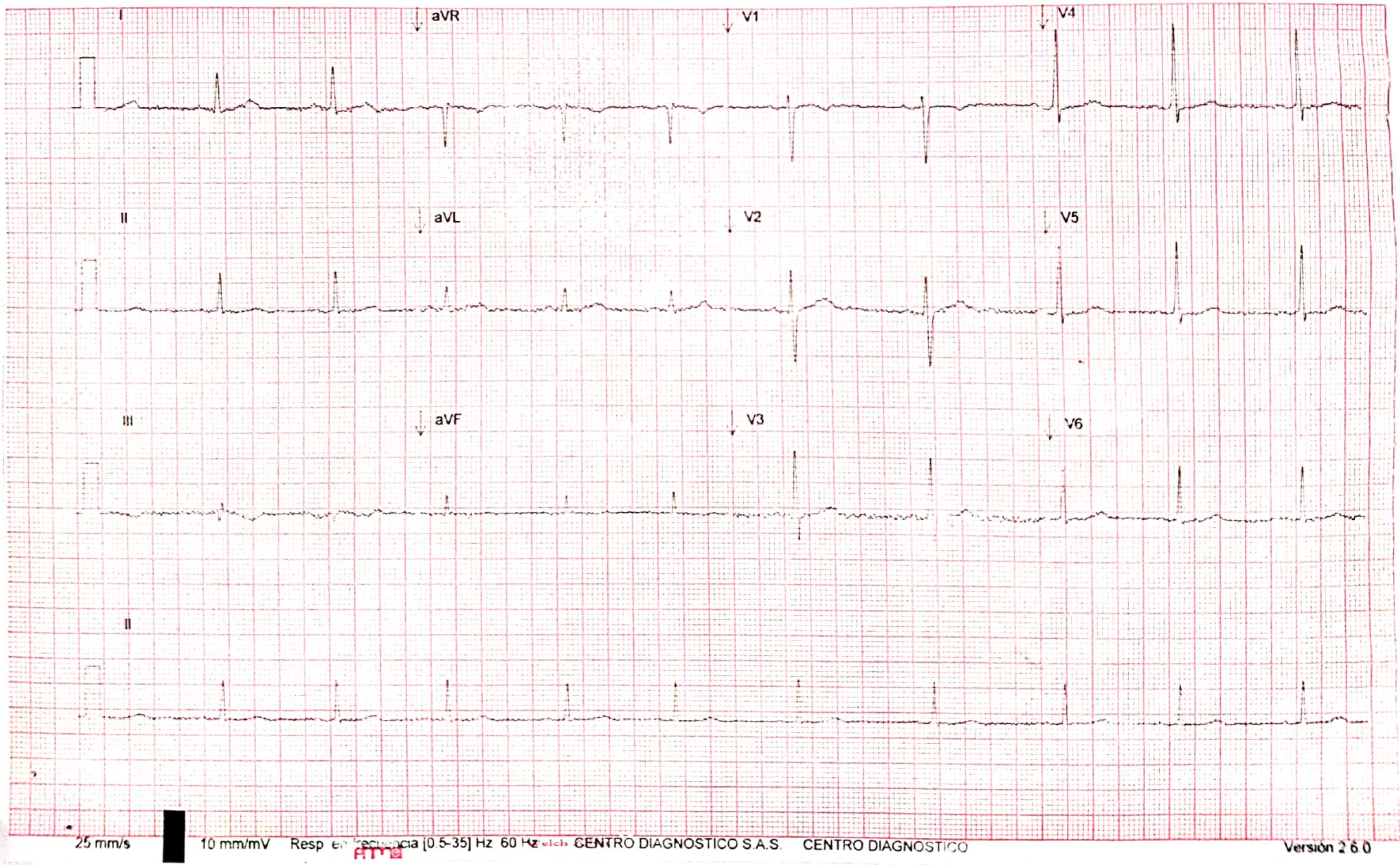
TEL: 3009156 - 3015814242

Escaneado con CamSc

ID:	1129.540.398	Nombre:	SARMIENTO TORRES, EILEEN PAOLA	24/1/2020 8:20:53 AM	
Nacim.:	14/10/1988 (31 añ)			P/PR:	102/150 ms
Peso:	80.0 kg	Medicaciones:	Sin medicación	QRS:	80 ms
Altura:	160 cm	Comentarios:		QT/QTc:	402/411 ms
IMC:	31.3			P/QRS/T Eje:	-18/20/-10 grad
Sexo:	Mujer			Frecuencia cardiaca:	63 LPM
Raza:	Hispano				
PS:	100/70				

arritmia sinusal
trastorno ligero de la repolarización inferior, considerar isquemia, sobrecarga del VI y/o cambio inespecifico
T negativa pequeña en aVF
con T negativa en III
hallazgos de dudoso significado patológico

Informe sin confirmar



Escaneado con CamSc

Centro Diagnóstico S.A.S.

Calle 76 No. 57 - 10 Locales 17 - 19
Teléfonos: 353 4286 - 353 1658 - 353 4711
Barranquilla - Colombia

INFORME DE ELECTROCARDIOGRAMA

PACIENTE: Eleen paola Saumeth Torres EDAD: 31 años TALLA: 160cm PESO: 80 Kg.

T.A.: 100/70 DROGAS: No FECHA: 24-01/2020

INTERPRETACION

RITMO: Sinusal.

F.C.: 63x'

A.Q.R.S.: ~~+2 0.15~~ +20°

P.R: 0.14s.

Q.R.S.: 0.08s.

Q.T.: 0.32s.

S -T seg

T. Ondas

P. Ondas

Normal.

Ruth Franco md

cd

Escaneado con CamSc

Hace constar:

Que el Sr(a) EILEEN PAOLA SARMIENTO TORRES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1129540398 realizó el día 16/02/2023 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 EILEEN PAOLA SARMIENTO TORRES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1129540398 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 -

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) EILEEN PAOLA SARMIENTO TORRES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1129540398 realizó el día 15/02/2023 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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) EILEEN PAOLA SARMIENTO TORRES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1129540398 realizó el día 15/02/2023 la Capacitación Módulo 2 - Riesgos en el puesto de trabajo y medidas de prevención 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

Hace constar:

Que el Sr(a) EILEEN PAOLA SARMIENTO TORRES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1129540398 realizó el día 15/02/2023 la Capacitación de protocolos de bioseguridad.

De acuerdo a lo establecido en la Resolución 666 de 2020 del ministerio de salud y protección y social, la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del SENA, mediante la cual se establece el protocolo de medidas generales y de bioseguridad para prevenir y mitigar la propagación del COVID-19, Circular 01-03-2020-000156 del 02 de septiembre del 2020 del Sena, mediante el cual se establece el alcance a la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) EILEEN PAOLA SARMIENTO TORRES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1129540398 el día 16/02/2023 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 **EILEEN PAOLA SARMIENTO TORRES** con **CC** No. **1129540398**, 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:** 17/02/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 23/01/2023 **Fecha fin de Contrato:** 30/09/2023 **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): 202301012612482.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 22 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

Certificado
Bancario

Miércoles, 11 de enero de 2023

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que EILEEN PAOLA SARMIENTO TORRES identificado(a) con CC 1129540398, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	34875565500	2011/10/26	CXC PENDIENTES

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

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

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

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

CERTIFICA

Que **EILEEN PAOLA SARMIENTO TORRES** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1129540398** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1129540398
NOMBRES Y APELLIDOS	EILEEN PAOLA SARMIENTO TORRES
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/02/2017
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	298
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	51

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **11/01/2023**

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

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

EILEEN PAOLA SARMIENTO TORRES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.129.540.398**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Enero 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.

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:
BARRANQUILLA	BARRANQUILLA	85	85-46-101033260	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
18	01	2023	23	01	2023	00:00	30	01	2024	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	SARMIENTO TORRES EILEEN PAOLA			IDENTIFICACIÓN:	C.C. :1,129,540,398
DIRECCIÓN:	CL 6 NRO. 63 - 53	CIUDAD:	GALAPA - ATLANTICO	TELÉFONO:	3015814242

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:	SENA REGIONAL ATLNTICO			IDENTIFICACIÓN:	NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN:	CRA 43 42-20	CIUDAD:	BARRANQUILLA - ATLANTICO	TELÉFONO:	6053851285
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.4432695 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: 8-9302-484 INSTRUCTOR PRESTAR SERVICIOS PERSONALES CARÁCTER TEMPORALPARA LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN FORMACION REGULARTITULADA Y COMPLEMENTARIAPARA EL PROGRAMA FORMACIÓNENFERMERIA.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	23/01/2023	30/01/2024	$ 2,232,500.00

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	$ 2,232,500.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
ZAMORA SCHETTINI JENNI	20358	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 CARRERA 58 NO. 70-136 - TELÉFONO: 3681078 - BARRANQUILLA

85-46-101033260

FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

FIRMA TOMADOR

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

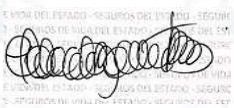
SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

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

Hacemos constar, que la póliza No. 85-46-101033260, 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 BARRANQUILLA, a los 18 días del mes de Enero de 2023



FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

Oficina Principal: Calle 83 No 19-10 Bogotá D.C. Teléfono: 601-2186977, 601-6019330
ASISTENCIA CELULAR #388 - FUERA DE BOGOTA 018000123010
www.segurosdelestado.com

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°:** 85461010332600

FECHA	
CONTADO	
RECIBIMOS DE:	SARMIENTO TORRES EILEEN PAOLA — C.C. C.C. :1,129,540,398
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 85-46-101033260

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
BARRANQUILLA - CU. ESTATAL - 101033260 - 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:	ZAMORA SCHETTINI JENNI - 20358	**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°:** 85461010332600

FECHA	
CONTADO	
RECIBIMOS DE:	SARMIENTO TORRES EILEEN PAOLA — C.C. C.C. :1,129,540,398
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 85-46-101033260

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
BARRANQUILLA - CU. ESTATAL - 101033260 - 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:	ZAMORA SCHETTINI JENNI - 20358	**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.85-46-101033260

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