SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS- BTÁ D.C

Código Regional	**11**
Código Centro	**940510**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**30272-879724**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JANETH RIVERA MARTINEZ	**C.C.**	52.079.548	**IP/Nº de contacto**	3138893962
Correo electrónico contratista:	jrivera84@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** 005070361604

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: 4583889/2023 **Nº Compromiso SIIF** **31923**

Valor Total del Contrato	$ 23.887.500	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 23.887.500	**1**	**Del**	**09/02/2023**	**Al**	**28/02/2023**	**$ 3.412.500,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 20.475.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES CON PLENA AUTONOMÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA, PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN DE PROGRAMAS COMPLEMENTARIOS DE MODALIDAD PRESENCIAL SEGÚN DEMANDA Y OFERTA DE LA POBLACIÓN DESPLAZADA QUE ATIENDA LA COO

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.412.500		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	**$ 3.412.500**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.262.150**		**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	----------	**64538423**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.365.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 170.700	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 218.400	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 7.200	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 853.125	$ -	
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	$ 754.050	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.262.150,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.023.400,00	
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	29.206,00	0,966%
-	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	**$3.383.294,00**	

SON: TRES MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Obligación 1: Recolección de información de las fichas asignadas para planificar las sesiones de formación. Fichas: del curso servicio al cliente No 2702406, Aplicación de metodologías para el análisis financiero empresarial No 2701109, ideas de negocios innovadoras .
Obligación 4: Se realizó el proceso de inscripción y matricula de los aspirantes de los cursos complementarios entregando los formatos de solicitud de fichas ,inscripción, matricula y documentos correspondientes.
Obligación 6:Se registraron oportunamente los juicios evaluativos de las fichas matriculadas en el mes en la plataforma .
Obligación 15: Se ejecutaron las actividades asignadas por la coordinación, fichas a las cuales se les está impartiendo formación servicio al cliente No2702406 con 35Ap y 48hrs, Aplicación de metodologías para el análisis financiero empresarial No 2701109 32Ap 36h ideas de negocios innovadoras No270918030 32ap 6hrs y 30 hrs se ejecutaran en el mes 03 para dar cumplimiento a las 120hrs del mes .
Obligacion 16:Se cumplió con los pagos al sistema de seguridad social De salud, pensión, ARL .

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.

JANETH RIVERA MARTINEZ
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,

DIEGO ALEJANDRO MARTINEZ ROJAS
INSTRUCTOR G11

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

MIREYA PARRA PINTO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52079548	JANETH RIVERA MARTINEZ	KR 122D 129B 11 BQ 174 AP602	3919201	riverama915@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-01	2023-01	I	26/01/2023	64538423	$336.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	145.000	0		0		0	0	0	0	145.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	185.600	0	0	0	0	0	0		185.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	6.100		0	0	6.100	0	0	6.100		0	61	6.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	145.000	145.000
Pensión	1	185.600	185.600
Riesgos Laborales	1	6.100	6.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	336.700	336.700

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52079548	JANETH RIVERA MARTINEZ	KR 122D 129B 11 BQ 174 AP602	3919201	riverama915@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-01	2023-01	I	26/01/2023	64538423	$336.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																				PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52079548	RIVERA MARTINEZ JANETH	59	0			N																	25-14	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS001	1.160.000	145.000	14-23	1.160.000	1	6.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	52079548
NOMBRES	JANETH
APELLIDOS	RIVERA MARTINEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ALIANSALUD EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/09/1999	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	01/10/2023 16:49:45	Estación de origen:	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

ALIANSALUD

830.113.831-0

CERTIFICA

ANTIGUEDAD Y SEMANAS COTIZADAS POS

Que el señor(a) WILSON JERONIMO BERMUDEZ PIRABAN identificado con CC N° 79530503 se encuentra en la actualidad en el PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (POS) con el contrato N° F239103336487CC0079530503, con vigencia desde: 1/9/1999 hasta 31/12/2050.

La información de los beneficiarios pertenecientes a este contrato es la siguiente:

NB	Idenificación	Nombre y apellidos	Edad	Semanas cotizadas	Fecha de afiliación	Fecha de vencimiento	Estado	Cotizante
2	CC 52079548	JANETH RIVERA MARTINEZ	49	1195	1/9/1999	31/12/2050	Vigente	Si

Se expide en BOGOTA el día 10 de enero de 2023

Firma autorizada
Oficina 271 OFICINA INTERNET COLMEDICA

Esta certificación no es valida para traslado entre EPS, ni para definir la multiafiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14887908661

(415)7707212489984(8020) 000001488790866 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 0 7 9 5 4 8	3	Impuestos de Bogotá 3 2	

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	5 2 0 7 9 5 4 8	1 9 9 1 0 5 3 1

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RIVERA	MARTINEZ	JANETH	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 121 F 128 59

42. Correo electrónico: riverama915@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica						Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 4 2	2 0 1 7 0 1 2 4	8 5 4 1	2 0 1 7 0 1 2 4	8 5 4 4	8 5 5 1	2 4 1 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 5	4 9																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
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 - 12 / 18 : 47: 58

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 RIVERA MARTINEZ JANETH
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

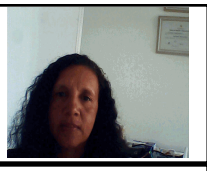
PREVENCION LABORAL

Lina Paola Castañeda Gutierrez
Calle 140C No. 94D-38 Cons. 106
BOGOTA D.C.-SUBA (Bogotá D.C.)
Lic. Salud Ocupac. 5046 de 13/05/2019

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

H.C. 52079548

Fecha: 14-enero-2023 11:17 am
Impresión: 14-enero-2023 11:17 am



Paciente:	**RIVERA MARTINEZ JANETH**				
Doc.Iden.:	**CC52079548**	Edad: 49 Años		Sexo:	F
Entidad:	**PARTICULAR**				
Act. Economic:	N/D		Estrato:	2	
Empresa:	N/D		Cargo:	INSTRUCTORA	
Dirección:	cra 121 f n 128 59		Teléfono:	5259264	Estado civil: CASADO(A)
Adm. Salud:	Aliansalud EPS		Admin.Pension	COLPENSIONES	
Admin.Riesgos	POSITIVA				

Tipo Evaluación: PREOCUPACIONAL

Se certifica que RIVERA MARTINEZ JANETH identificada con documento de identidad CC 52079548 fue valorada, luego de lo cual se emite el siguiente concepto para desempeñar el cargo de INSTRUCTORA:

RESTRICCIONES:
Ninguna

RECOMENDACIONES:
Médico-Generales:
Alimentación balanceada
Actividad física regular
Estilos de vida saludable
Control de peso
Control anual por optometria

Médico-Laborales:
Uso de elementos de protección personal según riesgo y necesidad del cargo
Higiene postural Y Correcta ergonomía
Realización de pausas activas generales
Adhierase a las medidas de bioseguridad implementadas en su lugar de trabajo

PRUEBAS PARACLINICAS:
ENFASIS OSTEOMUSCULAR NORMAL

Medico(a): CASTAÑEDA GUTIERREZ LINA PAOLA
Registro médico: 1020770528
Licencia en Salud Ocupacional: 5046 DE 13-05-19

RIVERA MARTINEZ JANETH
CC52079548

Centros Médicos COLMÉDICA

Hacemos bien, lo que te hace bien.

Fecha Reporte: 29/07/2022

Hemoglobina Glicosilada A1C

	Resultado	Valores de referencia	Unidad de Medida
HEMOGLOBINA GLICOSILADA (en unidades NGSP)	5.6		%
Personas no diabéticas:		4.0 - 5.6	%
Estado Pre - Diabético:		5.7 - 6.4	%
Posible Presencia de Diabetes:		>= 6.5	%
Diabéticos controlados:		< 7.0	%
HEMOGLOBINA GLICOSILADA (en unidades IFCC)	38.0		mmol/mol
Técnica:	CROMATOGRAFÍA LÍQUIDA DE ALTA RESOLUCION (HPLC)		

OBSERVACIONES:

En pacientes asintomáticos no diagnosticados, resultados iguales o mayores a 6.5%
deben ser confirmados mediante segunda muestra con un intervalo mínimo de 1 semana.
Valores de referencia según criterio ADA 2015 (Diab. Care Vol 38, s1 - s93)

Nota Resultado: Nota: Patologías que acortan la vida media de los eritrocitos afecta la exactitud de los resultados de las fracciones glicosiladas de la Hemoglobina.

RESPONSABLE DEL INFORME:

TATIANA MELO - T.P. 1019022952 - BACTERIOLOGA

SynLab Colombia certifica el carácter técnico y científico de este documento y en consecuencia, responde íntegramente por su contenido

Centros Médicos COLMÉDICA

Hacemos bien, lo que te hace bien.

Fecha Reporte: 28/07/2022

Hemograma Tipo IV

	Resultado	Valores de referencia	Unidad de Medida
HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV			
LEUCOCITOS	5.42	4.50 11.00	x10^3 /uL
%NEUTRÓFILOS	30.5	42.5 73.2	%
%LINFOCITOS	60.0	18.2 47.4	%
%GRANULOCITOS INMADUROS	0.2	0.0 0.6	%
%MONOCITOS	7.2	4.3 11.0	%
%EOSINOFILOS	1.5	0.0 3.0	%
%BASOFILOS	0.6	0.0 0.7	%
#NEUTRÓFILOS	1.66	2.00 7.15	x10^3 /uL
#LINFOCITOS	3.25	1.16 3.18	x10^3 /uL
#GRANULOCITOS INMADUROS	0.01	0.00 0.09	x10^3 /uL
#MONOCITOS	0.39	0.29 0.71	x10^3 /uL
#EOSINOFILOS	0.08	0.03 0.27	x10^3 /uL
#BASOFILOS	0.03	0.01 0.05	x10^3 /uL
ERITROCITOS	4.53	3.70 4.87	x10^6 /uL
HEMOGLOBINA	13.8	10.6 13.5	g/dl
HEMATOCRITO	41.3	32.9 41.2	%
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (MCV)	91.2	77.7 93.7	fL
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (MCH)	30.5	25.3 30.9	pg
CONCENTRACIÓN MEDIA DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR (MC	33.4	31.0 34.1	g/dl
ANCHO DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA (RDW)	13.2	12.4 15.1	%
RECUENTO DE PLAQUETAS (PLT)	282	186 353	x10^3 /uL
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO (MPV)	9.6	9.6 12.0	fL

OBSERVACIONES:

RESPONSABLE DEL INFORME:

CATHERINE SEPULVEDA CHOCONTA - T.P. 1019046364 - BACTERIOLOGA

SynLab Colombia certifica el carácter técnico y científico de este documento y en consecuencia, responde íntegramente por su contenido

Centros Médicos COLMÉDICA

Hacemos bien, lo que te hace bien.

Fecha Reporte: 28/07/2022

Perfil Lipidico

	Resultado	Valores de referencia	Unidad de Medida
COLESTEROL TOTAL	209		mg/dl
Valores de Referencia en Niños			mg/dl
Aconsejable:		Menor de 170	mg/dl
Riesgo moderado:		170 - 199	mg/dl
Alto:		Mayor o Igual a 200	mg/dl
Valores de Referencia en Adultos			mg/dl
Aconsejable:		Menor de 200	mg/dl
Riesgo moderado:		200 - 239	mg/dl
Alto:		Mayor o Igual a 240	mg/dl
TRIGLICÉRIDOS	174		mg/dl
Normal:		Menor de 150	mg/dl
Límite alto:		150 - 199	mg/dl
Alto:		200 - 499	mg/dl
Muy alto:		Mayor o Igual a 500	mg/dl
FRACCIÓN VLDL	35		mg/dl
		Menor de 30	mg/dl
FRACCIÓN LDL	108		mg/dl
Optimo		< 100	mg/dl
Casi óptima		100 - 129	mg/dl
Moderado		130 - 159	mg/dl
Elevado		160 - 189	mg/dl
Muy Elevado		> 190	mg/dl
COLESTEROL HDL	66		mg/dl
		40 - 60	mg/dl
INDICE ARTERIAL	3.2		
		Menor de 4	

SynLab Colombia certifica el carácter técnico y científico de este documento y en consecuencia, responde íntegramente por su contenido

Centros Médicos COLMÉDICA

Hacemos bien, lo que te hace bien.

Fecha Reporte: 28/07/2022

T4 Libre (Tiroxina Libre)

	Resultado	Valores de referencia	Unidad de Medida
T4 LIBRE	0.84	0.70 1.48	ng/dL
INMUNOANÁLISIS QUIMIOLUMINISCENTE DE MICROPARTÍCUL			

OBSERVACIONES:

RESPONSABLE DEL INFORME:

DIANA M. DE LA HOZ GOMEZ - T.P. 27475 - Bacteriologa

SynLab Colombia certifica el carácter técnico y científico de este documento y en consecuencia, responde íntegramente por su contenido

Clínica Barraquer
Centro Oftalmológico

Historia Clínica
Atención No.
1424793

Funcional de Primera Vez

Documento: C.C. 52079548 **Paciente:** JANETH RIVERA MARTINEZ
NCI: 1740483 **Edad :** 49 Años **Sexo:** Femenino
Fecha Atención: 2022/03/05 11:05 a.m. **Cierre Atencion :** 2022/03/05 11:10 a.m.

Motivo de consulta y enfermedad actual
Control; no hizo cambio de gafas. Disminución de Visión Cercana. Nota que ha disminuido agudeza visual. Hace +- 2 meses, montando bicicleta, recibió golpe superficial en ojo derecho, que ocasiona dolor que aumenta cuando mueve los ojos a pociciones extremas. usuaria frecuente de computador.
Ojo a evaluar: Ambos Ojos
Ojo Dominante: Izquierdo

Agudeza Visual sin Corrección

Optotipos : Alfabeto

Ojo Derecho		Ojo Izquierdo	
Visión Lejana:	1.00 -2	**Visión Lejana:**	1.00
Visión Cercana:	2 M	**Visión Cercana:**	1.75 M

Correción Óptica Anteojos

Usa Anteojos? Si

Anteojo No. 1

Ojo Derecho:					Ojo Izquierdo:				
Tipo Lente:	Progresivo				**Tipo Lente:**	Progresivo			
Fórmula:	00.00 (-0.50 X 97)	**Ve:**	1.00		**Fórmula:**	00.00 (-0.50 X 150)	**Ve:**	0.80	
Add:	1.50	**Ve:**	1.25 M		**Add:**	1.50	**Ve:**	1 M	
Rx(prdpt)	**BExt:**	**BInt:**	**BSup:**	**BInf:**	**BExt:**	**BInt:**	**BSup:**		**BInf:**

Último Cambio: 2 años
Observaciones:
Antirreflejo.

Queratometría

Ojo Derecho (43.50) (44.20) -0.70 X 34 **Ojo Izquierdo** (43.40) (44.15) -0.75 X 153

Refractometría o Retinoscopía

Ojo Derecho +0.75 (-0.75 X 83) **Ojo Izquierdo** +0.25 (-0.50 X 96)

Subjetivo

Distancia interpupilar : 62 mm

Ojo Derecho					Ojo Izquierdo				
+0.75 (-0.50 X 85)	**Ve :**	1.00			+0.50 (-0.50 X 105)	**Ve :**	1.00		
Add: 1.75	**Ve:**	.50 M	**Distancia (cm)**	33	**Add:** 1.75	**Ve:**	.50 M	**Distancia (cm)**	33

Exámenes Adicionales

Ishihara: Normal

Prescripción Óptica

Se entrega

Dirección: Av. 100 No. 18a-51 Bogotá D.C., Colombia - Teléfonos:(+57)(+1) 2187077 - (+57)(+1) 6449555 - Fax (+57)(+1)6104406 - Web. www.barraquer.com.

Funcional de Primera Vez

	Ojo	Esfera	Cilindro	Eje	Add	Prismas (prdpt)	Prismas (prdpt)
Lejos	**Ojo Derecho**	+0.75	-0.50	85	1.75		
	Ojo Izquierdo	+0.50	-0.50	105	1.75		
Intermedio	**Ojo Derecho**						
	Ojo Izquierdo						
Cerca	**Ojo Derecho**						
	Ojo Izquierdo						

Distancia Interpupilar: 62 mm

Prescripción OD: Total

Prescripción OI: Total

Tipo Lente OD: Progresivo

Tipo Lente OI: Progresivo

Tipo Filtro: Antireflejo

Conducta

Conducta: Próximo control a juicio oftalmológico.

Diagnóstico

* Diagnóstico Principal

* **H522_5** **Astigmatismo hipermetropico compuesto**
Causa Externa : enfermedad general Clase: Confirmado Repetido Ojo : Ojo Derecho

H522_4 **Astigmatismo hipermetropico simple**
Causa Externa : enfermedad general Clase: Confirmado Repetido Ojo : Ojo Izquierdo

H524_1 **Presbicia**
Causa Externa : enfermedad general Clase: Confirmado Repetido Ojo : Ambos Ojos



AIDA ELVIRA CARREÑO RODRIGUEZ
Registro Optometria: 0988

Dirección: Av. 100 No. 18a-51 Bogotá D.C., Colombia - Teléfonos:(+57)(+1) 2187077 - (+57)(+1) 6449555 - Fax (+57)(+1)6104406 - Web. www.barraquer.com.

DOC. DIDIES CABARCAS OSPINO
FONOAUDIOLOGA Reg. 3911
Corporación Universitaria Iberoamericana Bogota D.C.
Calle 9 No. 4 - 18 El Banco Magdalena
Cel. 3003527873 Tel. 4291078

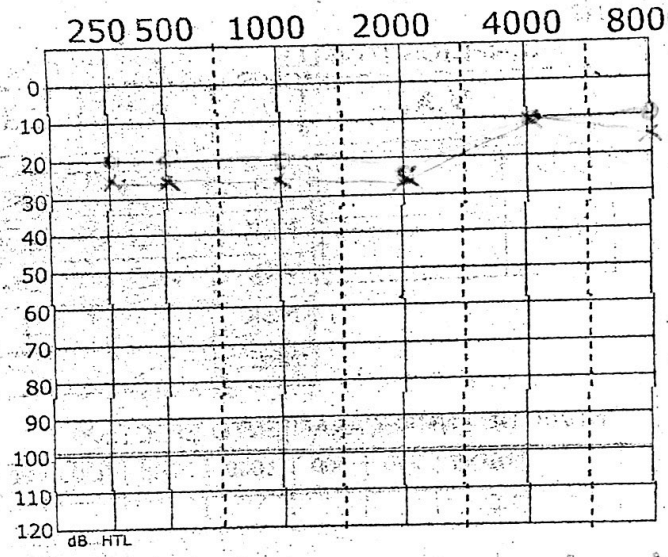
Nombre: Janeth Rivera Martinez Edad: 48 años
Dirección: Kra 121 F # 128-59. Teléfono: 3138893962.
Ocupación: Instructora Sena. Procedencia: Bogotá
Fecha: Enero 03-2022. Remitado Por: ———

OTOSCOPIA	
O.D	Normal
O.I.	Normal.

WEBER						
	250	500	1000	2000	4000	
O.D						O.I.

AUDIOMETRIA TONAL

750 1500 3000 6000



PROMEDIOS TONALES

V.A.	
O.D.	18,3 db
O.I.	25,0 db

CONVENCIONES

	O.D	O.I
V.A	○	×
MSK.	△	□
V.O.	<	>
MSK	[	]
NRE	\	/

NIVEL DE ENMASCARAMIENTO EFECTIVO

	RUIDO	250	500	1000	2000	4000	8000
V.A	O.D.						
V.O	O.D.						
V.O	O.I.						

LOGOAUDIOMETRIA

	O.D.	O.I.
SAT: UMBRAL DE CONCIENCIA DEL HABLA		
SRT: UMBRAL DE RECEPCIÓN DEL HABLA		
SD: DISCRIMINACIÓN DEL HABLA	/	/

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO: Paciente Femenina con Audición dentro de los Parametros Normales para Oido Izquierdo - Oido Derecho.

CONDUCTA A SEGUIR: /

Didies Cabarcas Ospino
FONOAUDIOLOGA
UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA BOGOTA
REG. 3911

Hace constar:

Que el Sr(a) JANETH RIVERA MARTINEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52079548 realizó el día 20/02/2023 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 JANETH RIVERA MARTINEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52079548 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 -

Hace constar:

Que el Sr(a) JANETH RIVERA MARTINEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52079548 el día 22/02/2023 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 **JANETH RIVERA MARTINEZ** con **CC** No. **52079548**, 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:** 02/02/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 01/02/2023 **Fecha fin de Contrato:** 30/07/2023 **Clase de Riesgo:** 1 **Cargo :** CONTRATISTA **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): 202301012568588.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 20 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

BOGOTA D.C., **20/02/2023**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
SENA

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor JANETH RIVERA MARTINEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **52079548**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**005070361604**
Fecha de apertura	**18/01/2017**

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:
BOGOTA, D.C.	NORTE	15	15-46-101031538	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
09	02	2023	08	02	2023	00:00	30	11	2023	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	RIVERA MARTINEZ JANETH	IDENTIFICACIÓN:	C.C. :52,079,548
DIRECCIÓN:	KRA 121F NO 128-59	CIUDAD: BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO: 3138893962

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS	IDENTIFICACIÓN:	NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN:	KR 13 N. 65-10	CIUDAD: BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO: 6015461600
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.4583889 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES CON PLENA AUTONOMIA TECNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA, PARA ORIENTAR LA FORMACION DE PROGRAMAS COMPLEMENTARIOS DE MODALIDAD PRESENCIAL SEGUN DEMANDA Y OFERTA DE LA POBLACION DESPLAZADA QUE ATIENDA LA COORDINACION ACADEMICA, GARANTIZANDO EL CUMPLIMIENTO DEL PROCESO FORMATIVO DE LOS APRENDICES DEL CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS , ATENDIENDO A LOS LINEAMIENTOS DE LA FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	08/02/2023	30/11/2023	$ 2,388,750.00

ACLARACIONES:

VALOR PRIMA NETA:	GASTOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
$ 22,974.54	$ 8,000.00	$ 5,885.16	$ 36,859.70	$ 2,388,750.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
MV ASESORES DE SEGUROS LTDA	143784	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 7 80-28 - TELÉFONO: 2121808 - BOGOTA, D.C.

15-46-101031538
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

DLF143784C

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. 15-46-101031538, 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 BOGOTA, D.C., a los 9 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°: 15461010315380

FECHA	
CONTADO	

RECIBIMOS DE: RIVERA MARTINEZ JANETH C.C. C.C. :52,079,548

LA SUMA DE: TREINTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE CON SETENTA CENTAVOS PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 15-46-101031538

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
NORTE - CU. ESTATAL - 101031538 - 0 - 0	$ 22,974.54	$ 8,000.00	$ 5,885.16	$ 36,859.70

FORMA DE PAGO

EFECTIVO:	$ 36,859.70
CHEQUE:	$ 0.00
TARJETA:	$ 0.00
BD:	$ 0.00
OTROS:	$ 0.00
TOTAL:	$ 36,859.70

INTERMEDIARIO: MV ASESORES DE SEGUROS LTDA - 143784

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°: 15461010315380

FECHA
CONTADO

RECIBIMOS DE: RIVERA MARTINEZ JANETH C.C. C.C. :52,079,548

LA SUMA DE: TREINTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE CON SETENTA CENTAVOS PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 15-46-101031538

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
NORTE - CU. ESTATAL - 101031538 - 0 - 0	$ 22,974.54	$ 8,000.00	$ 5,885.16	$ 36,859.70

FORMA DE PAGO

EFECTIVO: $ 36,859.70
CHEQUE: $ 0.00
TARJETA: $ 0.00
BD: $ 0.00
OTROS: $ 0.00
TOTAL: $ 36,859.70

INTERMEDIARIO: MV ASESORES DE SEGUROS LTDA - 143784

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.15-46-101031538

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