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-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION

Código Regional	**11**
Código Centro	**940510**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**39084-596259**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	SANDRA NAYIBE RODRIGUEZ RODRIGUEZ	**C.C.**	63.394.712	**IP/Nº de contacto**	0790
Correo electrónico contratista:	nayis1234@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 ?** NO

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 31242506629

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: 4493772/2023 **Nº Compromiso SIIF** **9523**

Valor Total del Contrato	$ 12.285.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 12.285.000	**1**	**Del**	**27/01/2023**	**Al**	**31/01/2023**	**$ 682.500,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 11.602.500		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 COMPETENCIAS TÉCNICAS EN LOS PROGRAMAS DE MODALIDAD PRESENCIAL DE LA RED DE CONOCIMIENTO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y S

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 682.500		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	**$ 682.500**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 259.350**		**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	----------	**9446777433**
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 $ 170.625	$ -	
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	$ 86.450	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

		TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de RENTA	259.350,00	
Base retención en la fuente a titulo de ICA	351.900,00	
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	3.399,00	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	**$679.101,00**	

SON: SEISCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL CIENTO UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Obl.1:Se realizó la planeación de los procesos formativos en el programa de Gestión Empresarial:Fichas 2397456 (17 aprendices)y2533839 (24 aprendices). Obl.4:Se realizó seguimiento de la etapa lectiva a los aprendices del programa de Gestión Empresarial:Fichas 2397456 (17 aprendices) y 2533839 (24 aprendices). Obl.5: Se implementaron estrategias para mitigar la deserción de los Aprendices del programa de Gestión Empresarial : Fichas 2397456 (17 aprendices) y 2533839 (24 aprendices). Obl.6: Se realizó el registro del juicio de evaluación de los aprendices correspondiente a los resultados de aprendizaje correspondientes al programa de Gestión Empresarial: Fichas 2397456 (17 aprendices) y 2533839 (24 aprendices).Obl.8: Se reportó ante la Coordinación Académica del Centro las novedades presentadas con los Aprendices del programa de Gestión Empresarial Fichas : Fichas 2397456 (17 aprendices) y 2533839 (24 aprendices). Obl.9:Se aplicó el reglamento del aprendiz, así como el manual de convivencia del Centro de Formación a los aprendices del programa de Gestión Empresarial: : Fichas 2397456 (17 aprendices) y 2533839 (24 aprendices).

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:
1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

SANDRA NAYIBE RODRIGUEZ RODRIGUEZ
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,

SORAYA MENDOZA TARAZONA
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

MIREYA PARRA PINTO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

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

CERTIFICA

Que **SANDRA NAYIBE RODRIGUEZ RODRIGUEZ** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **63394712** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 63394712
NOMBRES Y APELLIDOS	SANDRA NAYIBE RODRIGUEZ RODRIGUEZ
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	01/04/2018
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	240
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	47

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **13/01/2023**

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

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14676963583

(415)7707212489984(8020) 000001467696358 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
6 3 3 9 4 7 1 2	5	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	6 3 3 9 4 7 1 2	1 9 9 3 0 2 2 5

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Málaga 4 3 2

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RODRIGUEZ	RODRIGUEZ	SANDRA	NAYIBE

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: CL 71 B 87 12 AP 133 TO 9

42. Correo electrónico: nayis1234@misena.edu.co

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 7 8 9 1 3 9 4 5	

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 1	2 0 0 6 0 6 2 4	8 5 4 2	2 0 1 9 0 5 2 4	7 0 1 0 / 8 5 4 3	1 3 1 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26

53. Código 4 9

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

54. Código

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2022 - 01 - 03 / 18 : 53: 14

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 RODRIGUEZ RODRIGUEZ SANDRA NAYIBE

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

EVALUACION DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL FUNCIONAL

(EXAMEN PSICOMETRICO)

FECHA: 30/12/2021
EMPRESA: PARTICULAR
NOMBRE: SANDRA NAYIBE RODRIGUEZ RODRIGUEZ
CÉDULA: 63394712
EDAD: 48 CARGO: Instructora

CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD

INTERPRETACION DEL RESULTADO: Con la aplicación de la prueba se identifican rasgos de personalidad asociados con el perfil de individuos fuertes, equilibrados y de movilidad rápida, son personas sociales, discordantes, locuaces, reactivas, vivaces y despreocupadas, tienden a ser líderes de gran productividad, buena capacidad de trabajo y facilidad para adecuarse a situaciones nuevas.

- Se presenta moderada incidencia de respuestas afirmativas en la escala de control, lo que indica inferencia moderada a ocultar autoimagen real.

OBSERVACIONES

De acuerdo con test de personalidad realizado a la fecha, no se evidencia la existencia de trastornos mentales, ni de conducta o alteraciones relevantes en la escala de salud mental.
Por tal motivo no se refleja ninguna alteración psicológica para desempeñarse en algún cargo determinado.

NOTA: Esta prueba corresponde a una prueba tamiz estandarizada y no una prueba diagnóstica.

John Jairo Escobar B.
C.C. 79.951.280
Psicólogo-SST
T.P. 5539(29/07/2005)
L.SST 10902(28/09/2016)

FIRMA DEL EVALUADOR: _____

Documentos adjuntos. Para consultarlos de clic en los siguientes enlaces:

prefix8nejpE

Cendiatra

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

Fecha entrega : 2022-01-04

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	SANDRA NAYIBE RODRIGUEZ RODRIGUEZ		
Identificación	CC	**No. Documento**	63394712
Fecha de Nacimiento	1973-06-22	**Edad**	48 años 6 meses 12 dias
Sexo	F	**Empresa**	PARTICULAR/BUCARAMANGA
Fecha toma	2021-12-30 08:20:00	**Sede**	CENDIATRA BUCARAMANGA

GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	94	Unidad de referencia: mg/dl	Referencia: Normal: 70-100 mg/dl, AGA: >100-125mg/dl, DM: >126
ANALISIS			

HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
ERITROCITOS	VER ANEXO	millones/mm3	4.0-5.5millones/mm3
HEMOGLOBINA	VER ANEXO	g/dl	12.0-17.4g/dl
HEMATOCRITO	VER ANEXO	%	36.0-52.0%
VCM	VER ANEXO	fl	76-96fl
HCM	VER ANEXO	pg	27.0-32.0pg
CHCM	VER ANEXO	g/dl	30.0-35.0g/dl
RDW	VER ANEXO	%	<15.0%
LEUCOCITOS	VER ANEXO	mm3	5.000-10.000mm3

RECUENTO_DIFERENCIAL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
GRANULOCITOS	VER ANEXO	%	50-70%
LINFOCITOS	VER ANEXO	%	25-40%
MIXTAS	VER ANEXO	%	3-7%

RECUENTO_DIFERENCIAL_MM3

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
GRANULOCITOS	VER ANEXO	mm3	2.500-7.500mm3
LINFOCITOS	VER ANEXO	mm3	1.300-4.000mm3
MIXTAS	VER ANEXO	mm3	150-750mm3

RECUENTO_PLAQUETARIO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
PLAQUETAS	VER ANEXO	mm3	150.000-400.000mm3

ADJUNTO

ADJUNTO

TITULO	RESULTADO

COLESTEROL TOTAL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	233	mg/dl	Valor Referencia: Deseable: < 200 mg/dl, Intermedio alto: 200-239 mg/dl, Alto: Igual o > 240 mg/dl

TRIGLICERIDOS

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	175	mg/dl	Normal:<150mg/, Intermedio:150 - 199mg/dl, Alto:200 - 499mg/dl, Muy alto: Igual o >500mg/dl

COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	49	mg/dl	Normal:>40 mg/dl

COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	149	mg/dl	Óptimo:<100 mg/dl, Cercano al óptimo: 100 -129 mg/dl, Intermedio alto: 130 -159 mg/dl, Alto: 160 -189 mg/dl, Muy alto: Igual o >190 mg/dl

Cendiatra

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

Fecha entrega : 2022-01-04



_____

ADRIANA ROCIO PEÑALOZA CASTELLANOS
37275895
Firma y sello del médico evaluador

Documentos adjuntos. Para consultarlos de clic en los siguientes enlaces:

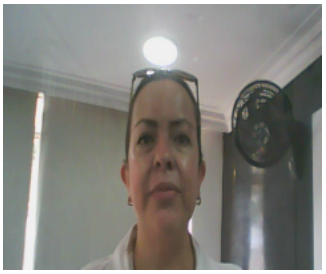
SANDRA NAYIBE RODRIGUEZ RODRIGUEZ.pdf

Cendiatra

EXAMEN OPTOMETRICO

Fecha de impresión: 2021/12/31
www.cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA BUCARAMANGA	**DIRECCIÓN**	Calle 55 No 31 - 113, Barrio Antiguo
TELÉFONO	697 37 34 - 6973735	**EMAIL**	bucaramanga@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2021-12-30	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	SANDRA NAYIBE RODRIGUEZ RODRIGUEZ		Identificación CC	Nro	63394712
Fecha de Nacimiento	1973-06-22	**Edad**	48	**Sexo**	F
Empresa	PARTICULAR/BUCARAMANGA				
Cargo	INSTRUCTORA				
Fecha Ingreso	2021-12-30 08:41:17	**Fecha Salida**	2021-12-30 08:41:28		

DATOS EMPRESA

ANTECEDENTES PERSONALES

DIABETES	NO
CIRUGIA OCULAR	NO
GLAUCOMA	NO
HIPERTENSION ARTERIAL	NO
ALERGIAS	NO
OTROS	NIEGA
PRESENTA CORRECCION OPTICA DURANTE EL EXAMEN?	NO

MOTIVO DE CONSULTA

VISION BORROSA	NO
ARDOR	NO
LAGRIMEO	NO
ENROJECIMIENTO	NO
PRURITO	NO
CEFALEA	NO
ASTENOPIA	NO
SALTO DE RENGLON	NO
FOTOFOBIA	NO
SECRECION	NO
DOLOR OCULAR	NO
VISION DOBLE	NO
INVERSION DE NUMEROS O LETRAS	NO
MAREO	NO
VERTIGO	NO
MIODESOPSIAS	NO

AGUDEZA VISUAL

VISION LEJANA

SIN CORRECCION OD	20/200
SIN CORRECCION OI	20/100
SIN CORRECCION AO	20/200

VISION PROXIMA

SIN CORRECCION OD	20/40
SIN CORRECCION OI	20/20
SIN CORRECCION AO	20/20

ESTENOPEICO

EXAMEN EXTERNO Y MOTOR

COVER TEST

QUERATOMETRIA

OFTALMOSCOPIA

REFRACCION

OJO DERECHO
OJO IZQUIERDO

TEST ADICIONALES

VISION CROMATICA	NORMAL
ESTERIOPSIS	NORMAL
TITMUS	NO

RX EN USO

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	H527: Trastorno de la refracción, no especificado
OBSERVACIONES	VISION CROMATICA ANORMAL. CONTROL ANUAL.

RECOMENDACIONES

REQUIERE FORMULA	NO
CONTROL ANUAL	NO
VALORACION OFTALMOLOGICA	NO
VALORACION OPTOMETRICA	NO

FORMULA OPTOMETRIA

GENERAR FORMULA	NO

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO

FORMULA OPTOMETRIA

OD
OI
ADICION

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:
Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.



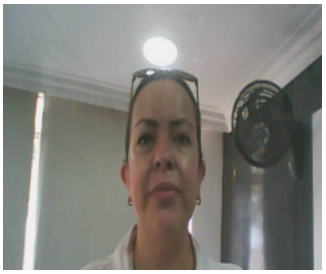
E. C. B.
RM: 91535298

SANDRA NAYIBE RODRIGUEZ RODRIGUEZ
CC 63394712

HISTORIA CLINICA AUDIOMETRÍA TAMIZ

Fecha de impresión: 2021/12/31
www.cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA BUCARAMANGA	**DIRECCIÓN**	Calle 55 No 31 - 113, Barrio Antiguo
TELÉFONO	697 37 34 - 6973735	**EMAIL**	bucaramanga@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2021-12-30	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	SANDRA NAYIBE RODRIGUEZ RODRIGUEZ			Identificación CC	Nro 63394712
Fecha de Nacimiento	1973-06-22	**Edad**	48	**Sexo**	F
Empresa	PARTICULAR/BUCARAMANGA				
Cargo	INSTRUCTORA				
Fecha Ingreso	2021-12-30 08:48:40	**Fecha Salida**	2021-12-30 08:49:02		

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

DATOS EMPRESA

ANTECEDENTES OTOLOGICOS

ENFERMEDAD DEL OIDO	NO
EXPOSICION A ACTIVIDADES RUIDOSAS	NO
ALTERACION DE LA AUDICION	NO
DOLOR DE OIDOS	NO
DIFICULTAD PARA ESCUCHAR LAS COVERSACIONES	NO
PRESENTA ZUMBIDOS EN LOS OIDOS	NO
USO DE AUDIFONOS RECREATIVOS	NO
REALIZO POLIGONO	NO

INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

OTOSCOPIA

AUDIOGRAMA

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

NORMAL 24 DB	BILATERAL

CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

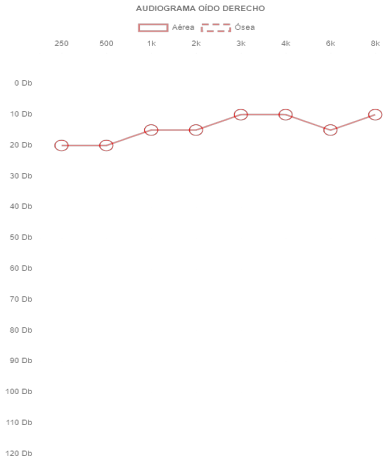
INGRESAR AL SISTEMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA	NO
CONTROL AUDITIVO EN	NO
LIMPIEZA AUDITIVA	NO
USO DE E.P.P. AUDITIVO	NO
VALORACION / CONTROL POR ORL	NO
EXAMENES AUDIOLOGICOS COMPLEMENTARIOS	NO

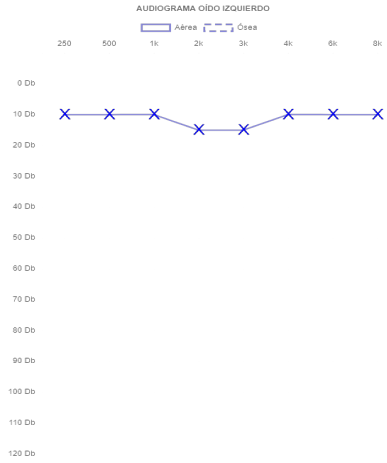
HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO

HISTORIA CLINICA AUDIOMETRÍA TAMIZ

Fecha de impresión: 2021/12/31
www.cendiatra.com





AUDIOGRAMA VIA AREA

	250	Enm	S.R.	500	Enm	S.R.	1K	Enm	S.R.	2K	Enm	S.R.	3K	Enm	S.R.	4K	Enm	S.R.	6K	Enm	S.R.	8K	Enm	S.R.
OD	20			20			15			15			10			10			15			10		
OI	10			10			10			15			15			10			10			10		

AUDIOGRAMA VIA OSEA

	250	Enm	S.R.	500	Enm	S.R.	1K	Enm	S.R.	2K	Enm	S.R.	3K	Enm	S.R.	4K	Enm	S.R.	6K	Enm	S.R.	8K	Enm	S.R.
OD																								
OI																								

AUDIOMETRIA BASE

	250	Obs.	500	Obs.	1000	Obs.	2000	Obs.	3000	Obs.	4000	Obs.	6000	Obs.	8000	Obs.
OD																
OI																

ANTECEDENTES OTOLOGICOS

ENFERMEDAD DEL OIDO	NO
EXPOSICION A ACTIVIDADES RUIDOSAS	NO
ALTERACION DE LA AUDICION	NO
DOLOR DE OIDOS	NO
DIFICULTAD PARA ESCUCHAR LAS COVERSACIONES	NO
PRESENTA ZUMBIDOS EN LOS OIDOS	NO
USO DE AUDIFONOS RECREATIVOS	NO
REALIZO POLIGONO	NO

INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

INTERPRETACION

PTA OD (1K, 2K, 3K y 4K)	12.5
PTA OI (1K, 2K, 3K y 4K)	12.5

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

NORMAL 24 DB	BILATERAL

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	Z011: Examen de oídos y de la audición

CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

INGRESAR AL SISTEMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA	NO
CONTROL AUDITIVO EN	NO
LIMPIEZA AUDITIVA	NO
USO DE E.P.P. AUDITIVO	NO
VALORACION / CONTROL POR ORL	NO
EXAMENES AUDIOLOGICOS COMPLEMENTARIOS	NO

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO

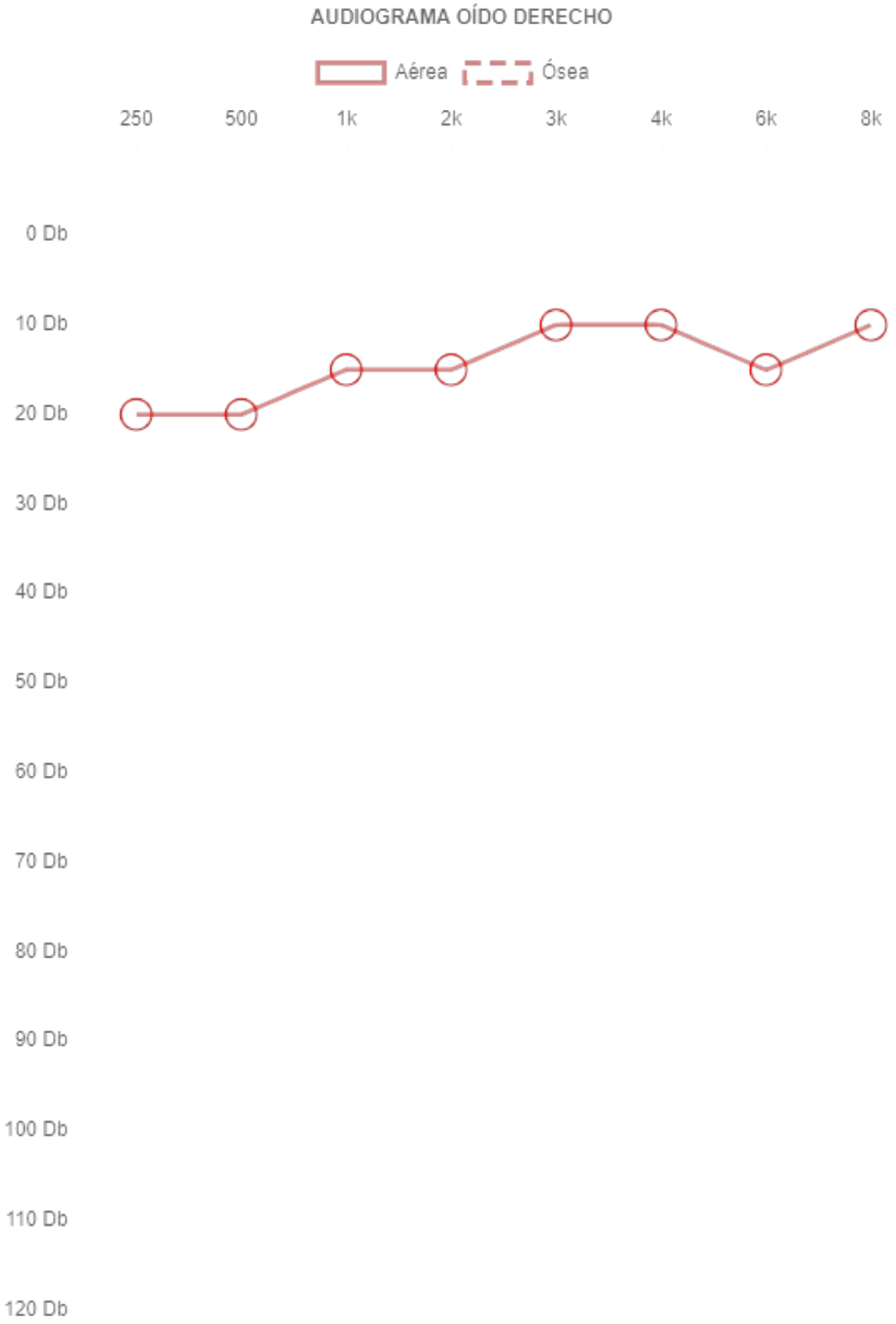
Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

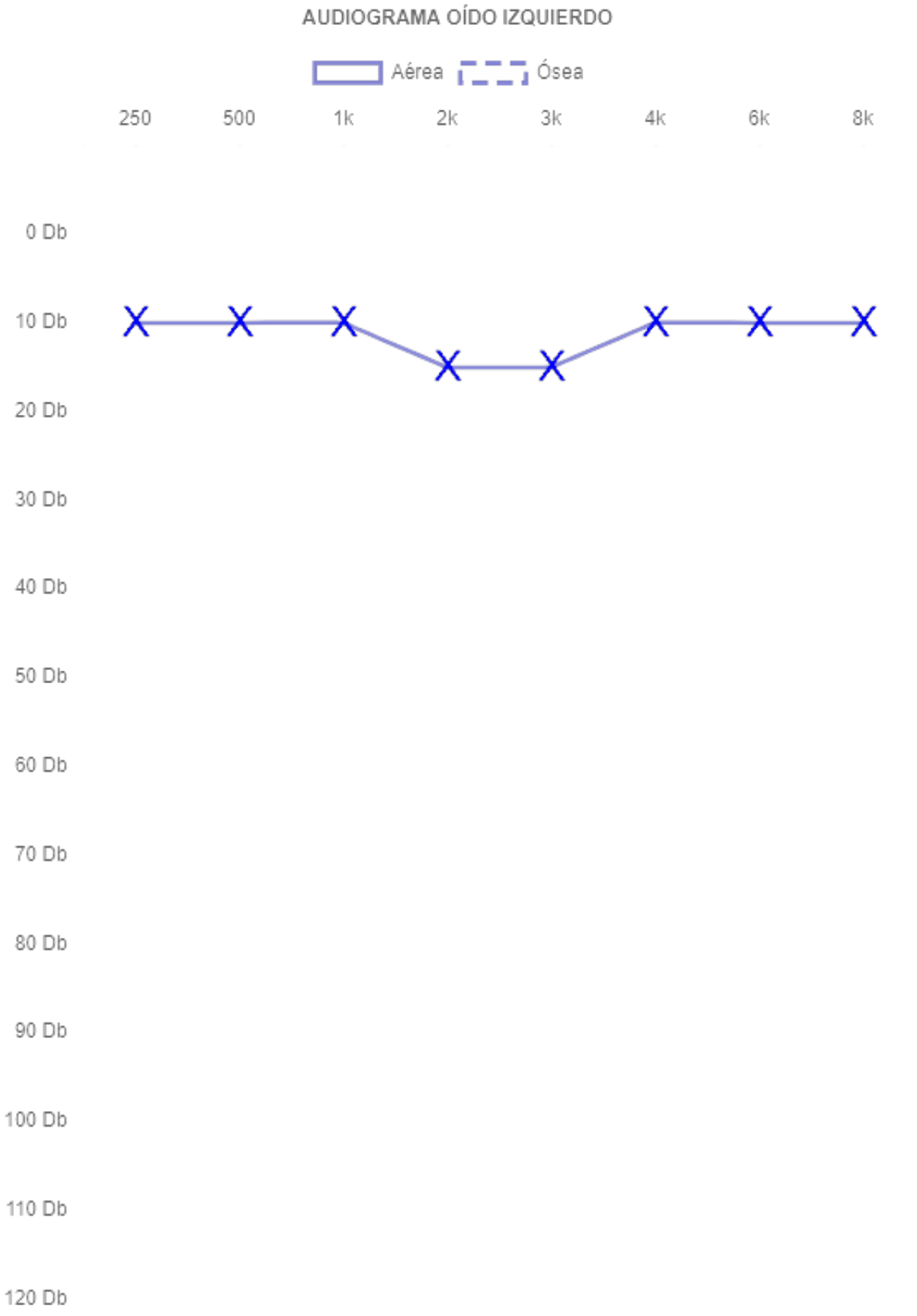
Consentimiento Informado del Trabajador:
Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.



CLAUDIA MILENA BLANCO RODRIGUEZ
RM: 63508483
Firma y sello del médico evaluador

SANDRA NAYIBE RODRIGUEZ RODRIGUEZ
CC 63394712
Firma del trabajador evaluado


AUDIOGRAMA OÍDO DERECHO
Aérea
Ósea
250
500
1k
2k
3k
4k
6k
8k
0 Db
10 Db
20 Db
30 Db
40 Db
50 Db
60 Db
70 Db
80 Db
90 Db
100 Db
110 Db
120 Db


AUDIOGRAMA OÍDO IZQUIERDO
Aérea
Ósea
250
500
1k
2k
3k
4k
6k
8k
0 Db
10 Db
20 Db
30 Db
40 Db
50 Db
60 Db
70 Db
80 Db
90 Db
100 Db
110 Db
120 Db

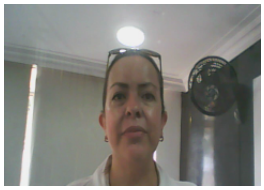
Cendiatra

HISTORIA CLINICA ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Fecha Atención : 2021-12-30

Fecha impresión : 2021-12-31

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	SANDRA NAYIBE RODRIGUEZ RODRIGUEZ		
Identificación	CC	**Nro**	63394712
Fecha de Nacimiento	1973-06-22	**Edad**	48
Genero	F	**RH**	O +
Estado civil	Soltero	**Escolaridad**	No Refiere
Estrato	3	**Ciudad**	Bucaramanga
Direccion	direccion	**Telefono**	telefono
Acompañante		**Tel_Acompañante**	
Empresa	PARTICULAR/BUCARAMANGA	**Cargo**	INSTRUCTORA
Ciudad - Sede	Bucaramanga	**Sede**	CENDIATRA BUCARAMANGA

TIPO EXAMEN: PREINGRESO

DIVISION	
OCUPACION	
LUGAR DE RESIDENCIA	
NOMBRE DEL RESPONSABLE	
TELEFONO DE RESPONSABLE	
PARENTESCO	
TIPO VINCULACION	
DATOS EMPRESA	
RAZON SOCIAL	
ACTIVIDAD ECONOMICA	
CARGO	
ACTIVIDADES EXTRALABORALES	
COSTURA	NO
USO DE VIDEOJUEGOS	NO
USO DE INSTRUMENTOS	NO
PRACTICAR DEPORTE	NO
ACTIVIDADES HOGAR	NO
ACTIVIDADES MANUALES	NO
ANTECEDENTES A NIVEL OSTEOMUSCULAR	
ESPECIFICOS	
ARTRITIS REUMATOIDEA	NO
OSTEOARTRITIS	NO
AMPUTACIONES	NO
ENF MUSCULARES	NO
ARTRALGIAS ARTRITIS	NO
LIMITACION FUNCIONAL	NO
SD TUNEL CARPO	NO
ENF DE LA COLUMNA	NO
CERVICALGIA	NO
LUMBALGIA	NO
MIALGIAS	NO
TENDINITIS	NO
RADICULOPATIAS	NO
TENDINITIS BURSITIS	NO
ESGUINCES	NO
FRACTURAS	NO
DORSALGIA	NO
PARESTESIAS DISESTESIAS	NO
DESCRIPCION	
EXAMEN FISICO	
COLUMNA INSPECCION	
POSTURA	NORMAL
ALINEACION	NORMAL
SIMETRIA	NORMAL
ESCOLIOSIS	NORMAL
COLUMNA MARCHA PUNTA TALONES	
OBSERVACIONES	
EXTREMIDADES	

Cendiatra

HISTORIA CLINICA ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Fecha Atención : 2021-12-30 **Fecha impresión : 2021-12-31**

HOMBRO	NORMAL
BRAZO	NORMAL
CODO	NORMAL
ANTEBRAZO	NORMAL
MANO	NORMAL
DEDOS	NORMAL
CADERAS	NORMAL
RODILLAS	NORMAL
MIEMBROS INFERIORES	NORMAL
CUELLO DE PIE	NORMAL
PIE	NORMAL
REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS	NORMAL
FUERZA	NORMAL
OBSERVACIONES	

PRUEBAS ESPECIFICAS

PRUEBA DERECHA

DOMINANCIA	
PHALEN	NEGATIVO
TINNEL	NEGATIVO
FINKELSTEIN	
LASEGUE	
HAWKINS	
JOBS	
MILLS	
COZEN	

PRUEBA IZQUIERDA

PHALEN	NEGATIVO
TINNEL	NEGATIVO
FINKELSTEIN	
LASEGUE	
HAWKINS	
JOBS	
MILLS	
COZEN	

DIAGNOSTICOS

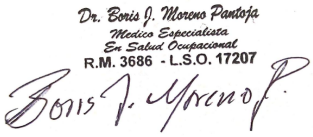
DIAGNOSTICO 1	Z100: Examen de salud ocupacional
DIAGNOSTICO 2	
DIAGNOSTICO 3	
DIAGNOSTICO 4	
DIAGNOSTICO 5	

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:
Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud.



BORIS JAVIER. MORENO PANTOJA.
RM: 77159051
Firma y sello del médico evaluador

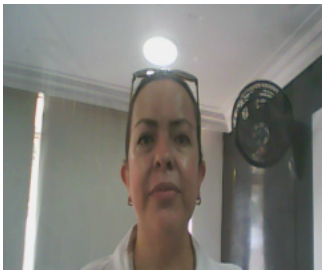
SANDRA NAYIBE RODRIGUEZ RODRIGUEZ
Documento: CC 63394712
Firma del trabajador

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Dirreción: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: cendiatra@cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA BUCARAMANGA	**DIRECCIÓN**	Calle 55 No 31 - 113, Barrio Antiguo
TELÉFONO	697 37 34 - 6973735	**EMAIL**	bucaramanga@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2021-12-30	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	SANDRA NAYIBE RODRIGUEZ RODRIGUEZ			Identificación CC	Nro 63394712
Fecha de Nacimiento	1973-06-22	**Edad**	48	**Sexo**	F
Empresa	PARTICULAR/BUCARAMANGA				
Cargo	INSTRUCTORA				
Fecha Ingreso	2021-12-30 09:04:22	**Fecha Salida**	2021-12-30 09:07:04		

EXAMENES REALIZADOS

AUDIOMETRIA TAMIZ	ENFASIS CARDIOVASCULAR
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
EXAMEN OPTOMETRICO	PSICOMETRICO
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO
COLESTEROL TOTAL	GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	TRIGLICERIDOS

CONCEPTO_DE_APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

OTRAS:	NO PRESENTA

INGRESO_PROGRAMA_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA

OTROS	NO PRESENTA

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

Dr. Boris J. Moreno Pantoja
Medico Especialista
En Salud Ocupacional
R.M. 3686 - L.S.O. 17207

BORIS JAVIER. MORENO PANTOJA.
RM: 77159051
Firma y sello del médico

SANDRA NAYIBE RODRIGUEZ RODRIGUEZ
CC 63394712
Firma del trabajador

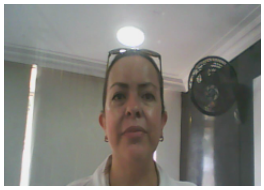
Cendiatra

HISTORIA CLINICA ENFASIS CARDIOVASCULAR

Fecha Atención : 2021-12-30

Fecha impresión : 2021-12-31

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	SANDRA NAYIBE RODRIGUEZ RODRIGUEZ		
Identificación	CC	**Nro**	63394712
Fecha de Nacimiento	1973-06-22	**Edad**	48
Genero	F	**RH**	O +
Estado civil	Soltero	**Escolaridad**	No Refiere
Estrato	3	**Ciudad**	Bucaramanga
Direccion	direccion	**Telefono**	telefono
Acompañante		**Tel_Acompañante**	
Empresa	PARTICULAR/BUCARAMANGA	**Cargo**	INSTRUCTORA
Ciudad - Sede	Bucaramanga	**Sede**	CENDIATRA BUCARAMANGA

TIPO EXAMEN: PREINGRESO

DATOS EMPRESA	
RAZON SOCIAL	
ACTIVIDAD ECONOMICA	
CARGO	
ENFERMEDAD ACTUAL	
ENFERMEDAD ACTUAL	
ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES	
ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES	
CUESTIONARIO	
TEXTO1	
TEXTO2	
1. ALGUNA VEZ HA SENTIDO DOLOR, INCOMODIDAD O PESADEZ EN SU PECHO?	
TEXTO3	
2. SIENTE DOLOR EN LA PARTE CENTRAL DEL PECHO O EN EL BRAZO IZQUIERDO?	NO APLICA
3. SIENTE ESE DOLOR CUANDO CAMINA EN EL PLANO O CUANDO LO HACE CUESTA ARRIBA O VA MUY RAPIDO?	NO APLICA
4. SE SIENTE EL DOLOR MIENTRAS CAMINA, DISMINUYE EL RITMO?	NO APLICA
5. DESAPARECE EL DOLOR SI DEJA DE CAMINAR O SI SE PONE UNA PASTILLA DE MEDICAMENTO DEBAJO DE LA LENGUA?	NO APLICA
6. DESAPARECE EL DOLOR EN MENOS DE 10 MINUTOS?	NO APLICA
7. ALGUNA VEZ HA TENIDO UN DOLOR EN EL CENTRO DEL PECHO QUE HAYA DURADO MEDIA HORA O MAS?	NO APLICA
TEXTO4	
8. ALGUNA VEZ HA SENTIDO DE LAS SIGUIENTES MOLESTIAS: DIFICULTAD PARA HABLAR, DEBILIDAD EN EL BRAZO O PIERNA DE UN LADO DEL CUERPO O ADORMECIMIENTO DE UN LADO DEL CUERPO?	
EXAMEN FISICO	
SIGNOS VITALES	
PESO (KG)	72.1
TALLA (CM)	157
IMC (M2)	29.25
CLASIFICACION	Sobrepeso
FC (MIN)	82
TA (MMHG)	124/79
RECOMENDACIONES	
RECOMENDACIONES	
OBSERVACIONES	
OBSERVACIONES	
HISTORIA MANUAL	
FORMATO MANUAL	NO

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Cendiatra

HISTORIA CLINICA ENFASIS CARDIOVASCULAR

Fecha Atención : 2021-12-30 **Fecha impresión : 2021-12-31**

Consentimiento Informado del Trabajador:

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud.

Dr. Boris J. Moreno Pantoja
Medico Especialista
En Salud Ocupacional
R.M. 3686 - L.S.O. 17207

BORIS JAVIER. MORENO PANTOJA.
RM: 77159051
Firma y sello del médico evaluador

SANDRA NAYIBE RODRIGUEZ RODRIGUEZ
Documento: CC 63394712
Firma del trabajador

Hace constar:

Que el Sr(a) SANDRA NAYIBE RODRIGUEZ RODRIGUEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 63394712 realizó el día 19/02/2023 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 SANDRA NAYIBE RODRIGUEZ RODRIGUEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 63394712 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

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) SANDRA NAYIBE RODRIGUEZ RODRIGUEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 63394712 el día 19/02/2023 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

Certificado
Bancario

Jueves, 23 de febrero de 2023

Señor(a)
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que SANDRA NAYIBE RODRIGUEZ RODRIGUEZ identificado(a) con CC 63394712, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	31242506629	2008/06/21	ACTIVA

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

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

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BOGOTA, D.C.	CHAPINERO	14	14-44-101172967	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
27	01	2023	27	01	2023	00:00	31	08	2023	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	RODRIGUEZ RODRIGUEZ, SANDRA NAYIBE		CC: 63.394.712
DIRECCIÓN: KR 71 NRO. 86 A - 45	CIUDAD: MALAGA, SANTANDER	TELÉFONO:	3174849886

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZA SENA CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS		NIT: 899.999.034-1
DIRECCIÓN: KR 13 NRO. 65 - 10	CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO	8077913
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:

GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO GENERAL, EL PAGO DE MULTAS Y DE LA CLAUSULA PENAL PECUNIARIA CONVENIDA DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No.C01.PCCNTR4493772,CUYO OBJETO ES
PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES CON PLENA AUTONOMIA TECNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA, PARA ORIENTAR LA FORMACION DE COMPETENCIAS TECNICAS EN LOS PROGRAMAS DE MODALIDAD PRESENCIAL DE LA RED DE CONOCIMIENTO DE GESTION ADMINISTRATIVA Y SERVICIOS FINANCIEROS, EN EL AREA TEMATICA DE GESTION ADMINISTRATIVA, 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	27/01/2023	31/08/2023	$1,228,500.00

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******20,000.00	$ *******8,000.00	$ *******5,320.00	$ **********33,320.00	$ ********1,228,500.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
MIRYAM ALEYDA ACOSTA AYALA	963337	100.00			

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

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CRA. 7 NO. 57 -67 - TELEFONO: 2172417 - BOGOTA, D.C.

14-44-101172967

FIRMA AUTORIZADA: Gabriela A. Zarante B. - Secretaria General

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT 860.009.578-6

PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES

No. _____ SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015

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

GRÁFICAS COLOMBIA LTDA . 06/15

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.

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.

PARA CONSTANCIA DE LO EXPUESTO, Y EN SEÑAL DE ASENTIMIENTO Y COMPROMISO CON TODO LO AQUÍ PACTADO SE FIRMA EN _____ A LOS _____ ( ) DÍAS DEL MES DE _____ DEL AÑO _____.

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BOGOTA, D.C.	**CENTRO INTERNACIONAL**	**12**	**12-44-101191619**	1

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
09	**09**	**2020**	**29**	**01**	**2020**	**00:00**	**13**	**05**	**2021**	**23:59**	**ANEXO DE PRORROGA**

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	RODRIGUEZ RODRIGUEZ, SANDRA NAYIBE		**CC: 63.394.712**
DIRECCIÓN: KR 71 NRO. 86 A - 45	CIUDAD: MALAGA, SANTANDER	TELÉFONO:	3174849886

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS REGIONAL DISTRITO CAPITAL		**NIT: 899.999.034-1**
DIRECCIÓN: KR 13 NRO. 65 - 10 PISO 17	CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO	5461689

ADICIONAL:

PAGUESTADO PORTAL DE PAGOS

PAGINA WEB

CORRESPONSALES BANCARIOS

Pagos con convenio *No aplica para transferencias

Banco de Bogotá — Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia — Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ *******8,000.00	$ *******7,000.00	$ *******2,850.00	$ ************17,850.00	$ ********4,004,925.20	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑÍA	% PART.	VALOR ASEGURADO
MIRYAM ALEYDA ACOSTA AYALA	963337	100.00			

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

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES AVENIDA 39 NO 7-88 - TELEFONO: 2881662 - BOGOTA, D.C.

FORMA DE PAGO		
BANCO	**CHEQUE No.**	**VALOR**

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)11001108774154(3900)000000017850(96)20210128

REFERENCIA PAGO:

1100110877415-4

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 63394712		RODRIGUEZ RODRIGUEZ SANDRA NAYIBE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Avenida carrera 14 No 4 - 70 Apto 204 T5	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4798174	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-12	2022-12	1931152743	9446777433	I	2023/01/04	2023/02/22	BANCOLOMBIA	49	$377,500

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
1	CC	1014277738	RODRIGUEZ RODRIGUEZ JUAN DANIEL		0	$0	$0	EPS010	30	$0	$66,900		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
2	CC	63394712	RODRIGUEZ RODRIGUEZ SANDRA NAYIBE	231001	30	$1,000,000	$160,000	EPS010	30	$1,000,000	$125,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,000,000	$5,300	0	$0	$0
Total	**Afiliados(2)**					$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$191,900			$0	$0			$1,000,000	$5,300		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$160,000	$9,100	$0	$169,100
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$160,000	$9,100	$0	$169,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,300	$300	$0	$5,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$5,300	$300	$0	$5,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$191,900	$10,900	$0	$202,800
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	2	$191,900	$10,900	$0	$202,800
TOTAL				1	$357,200	$20,300	$0	$377,500

2023/02/22 11:31 AM

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) SANDRA NAYIBE RODRIGUEZ RODRIGUEZ identificado(a) con C.C No. 63.394.712, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 13 de enero del 2023.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.



Carolina Galvis Castellanos
Gerente de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A. Pensiones y Cesantías