SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL SANTANDER**
**DESPACHO REGIONAL-APORTES**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **68** |
| **Código Centro** | **101068** |
| **Fecha Elaboración** | **28 de Marzo de 2023** |
| **Versión** | **ENERO 2023 - 1,23** |
| **ID de Proceso** | **27715-590838** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | CRISTINA MARIA DOVALE SANTAMARIA | **C.C.** | 1.128.422.354 | **IP/Nº de contacto** | 73654 |
| **Correo electrónico contratista:** | cmdovale@sena.edu.co | | | | |

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

**Banco al cual consignar:** BANCOLOMBIA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

**Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000:** SI **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 30664410130

**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:** 4616911/2023 **Nº Compromiso SIIF** **11723**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 26.787.340 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 25.593.000 | **2** | **Del** | **01/03/2023** | **Al** | **31/03/2023** | **$ 2.559.300,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 23.033.700 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado)

SERVICIOS PERSONALES: SERVICIOS EN LA GESTION ADMINISTRATIVA PARA LA ORIENTACION EJECUCION Y SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA ESTRATEGIA DE CONTRATO DE APRENDIZAJE PL 10 MESES Y 14 DIAS VR MES $2.559.300

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 2.559.300 | | 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 | $ 1.194.340 | | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 3.753.640** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.426.430** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | Marzo | Febrero |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **7872102193** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.160.000 | $ 618.667 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 145.000 | $ 77.400 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 185.600 | $ 99.000 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 6.100 | $ 3.300 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 938.410 | $ - | |
| 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 | $ 102.000 | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 79.700 | |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 3.400 | |
| Dependientes hasta $ 1.357.184 | $ - | |
| Salud hasta $ 678.592 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 2.792.123 | $ 808.810 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.426.430,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 2.228.700,00 | |
| 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 - 8544 | 0,00 | 0,000% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$2.559.300,00** | |

**SON: DOS MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Respuesta y acompañamiento a solicitudes de aprendices.
Depuración de la plataforma SGVA.
Atención y acompañamiento a empresarios.
Respuesta oportuna a requerimiento de aprendices.
Actualización de plataforma SGVA, según inicio de nuevos programas de formación.

**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.

**CRISTINA MARIA DOVALE SANTAMARIA**
**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,

**YANETH CHACON PEDRAZA**
**TECNICO G02**

**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**

**JOSÉ WILSON CARRERO MALDONADO**
**DIRECTOR REGIONAL A G08**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1128422354 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | CRISTINA MARIA DOVALE SANTAMARIA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BARRANCABERMEJA | DEPARTAMENTO: | SANTANDER |
| DIRECCIÓN: | BARRANCA | TELÉFONO: | 6111111 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | SUCURSAL | SUCURSAL / DEPENDENCIA: | 002 - CRISTINA |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7872102193** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | marzo | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | marzo |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2023 | SALUD: | AÑO: | 2023 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2023/03/21 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 1981052377 |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800224808 | 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 191.100 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 191.100** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 900156264 | EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 1 | $ 149.300 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 149.300** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860011153 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 6.300 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 6.300** |

| | |
|---|---|
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 346.700** |

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14895744714

(415)7707212489984(8020) 000001489574471 4

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

## 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 | 1 1 2 8 4 2 2 3 5 4 | 2 0 0 7 0 8 2 3 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Antioquia 0 5 | Medellín 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| DOVALE | SANTAMARIA | CRISTINA | MARIA |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Santander 6 8 | Barrancabermeja 0 8 1 |

41. Dirección principal: CR 50 35 15 BRR LA PLANADA DEL CERRO

42. Correo electrónico: cristinadovale27@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| 6 8 7 0 3 3 | 3 0 0 5 6 2 7 8 4 2 | 6 0 7 6 0 7 2 1 4 6 |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 6 1 2 0 | 2 0 1 8 0 1 2 2 | 9 5 1 2 | 2 0 1 8 0 1 1 5 | | | | | |

### 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 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

### Exportadores

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

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 02 - 13 / 15 : 27: 16

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 DOVALE SANTAMARIA CRISTINA MARIA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

# CERTIFICACIÓN CUMPLIMIENTO CIRCULAR NO 3-2023-0000014

Certifico que **Cristina Maria Dovale Santamaria** contratista que se identifica con cédula de ciudadanía **1128422354,** cumplió con los documentos médicos y de ayudas diagnosticas exigidos para la contratación

Documentos solicitados en la circular 3-2023-0000014: "Exámenes Preocupacionales para Contratos de prestación de servicios personales emitido por la Secretaría General". Esta certificación debe ser entregado dentro de los documentos de la cuenta, en cumplimiento de lo solicitada por la Circular 3-2023-0000014.

Se firma en Bucaramanga el 14 de marzo del 2023

Cordial saludo,



**CESAR AUGUSTO SANCHEZ QUINTERO**
Médico SST Regional Santander
Especialista en Salud Ocupacional

## PROTEGER OCUPACIONAL

DR. DÁNEL RUBÈN BLANCO GRANADOS
MEDICO Y CIRUJANO-LIC14776
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Calle 48 No. 22 – 128 Cel. 313-8234220
consultoriomedicosaludocupacional@hotmail.com


# CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

| | |
|---|---|
| CIUDAD-FECHA: B/BERMEJA, 15 DE FBRO 2023 | TIPO EX: INGRESO. |
| EMPRESA: SENA. | CARGO: PROFESIONAL |
| TRABAJADOR: CRISTINA MARÍA DOVALE SANTAMARIA | C.C. 1.128.422.354 |
| CONCEPTO: APTO: [X] APTO CON RESTRICCIONES: [ ] APLAZADO: [ ] | NO APTO: [ ] |
| NO PRESENTA COMPLICACIÓN MÉDICA | |

**EXAMENES REALIZADOS** (N) NORMAL (A) ANORMAL

| EXAMEN | RESULTADO | | EXAMEN | RESULTADO | | EXAMEN | RESULTADO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EXAMEN VERTIGO | N | A | TRIGLICÈRIDOS | N | A | BACILOSCOPIA | N | A |
| AUDIOMETRIA | (N) | A | PRUEBAS HEPÁTICAS | N | A | OSTEOMUSCULAR | (N) | A |
| VISIOMETRIA/OPTOMETRIA | N | (A) | FUNCION RENAL | N | A | PRUEBA PSICOLÓGICA | (N) | A |
| ESPIROMETRIA | N | A | PARCIAL DE ORINA | (N) | A | RX. | N | A |
| CUADRO HEMÂTICO | (N) | A | SEROLOGIA | N | A | E.K.G | N | A |
| GLICEMIA | (N) | A | COPROLÒGICO | N | A | HEMOCLASIFICACIÓN | | |
| PERFIL LIPIDICO | (N) | A | FROTIS DE GARGANTA | N | A | CARDIOVASCULAR | (N) | A |
| COLESTEROL | N | A | KOH DE UÑAS | N | A | | N | A |

**RECOMENDACIONES**

| | | | |
|---|---|---|---|
| DISMINUIR PESO CORPORAL | | DEBE CONTINUAR CON TRATAMIENTO FORMULADO | |
| USAR PROTECCIÓN AUDITIVA | | REQUIERE DOBLE PROTECCION AUDITIVA PERMANENTE | |
| USAR CORRECCIÒN VISUAL | X | REQUIERE ANTIPARASITARIOS PARA MANIPULAR ALIMENTOS | |
| APTO PARA LABORAR EN ALTURAS | | APTO PARA LABORAR EN ESPACIOS CONFINADOS | |
| APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS | | REQUIERE CITA MEDICA GENERAL | |
| REQUIERE VALORACION ESPECIALISTA | | OTRO | |

**RESTRICCIONES**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ESPACIOS CONFINADOS | | MANIPULAR CON CARGAS MAYOR A 25 KG | |
| TRABAJO EN ALTURA | | USAR CORRECCION VISUAL OBLIGATORIA | |
| POSTURAS FORZADAS | | OTRO | |

**INGRESO A PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| HIGIENE POSTURAL | X | QUIMICO -RESPIRATORIO | |
| SALUD AUDITIVA | | BIOLÒGICO | |
| SALUD VISUAL | X | CARDIOVASCULAR | |
| MANIPULACION DE CARGAS | | PSICOLABORAL | |

Dr. DANEL RUBEN BLANCO GRANADOS
Medico y Cirujano RM 1096 SSS
Especialista en Salud Ocupacional Lic. 14776

DR. DÁNEL RUBEN BLANCO G.

FIRMA DEL TRABAJADOR

**PROTEGER OCUPACIONAL**
DR. DANEL RUBEN BLANCO GRANADOS
MEDICO Y CIRUJANO - Lic. 14776
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
e-mail: consultoriomedicosaludocupacional@hotmail.com

CALLE 48 No. 22-128 - Barrio Inscredial Tel: 620 38 22
Cel. 313-823 42 20
315-872 34 40

| FECHA |
|---|
| 15 FBRO/23 |

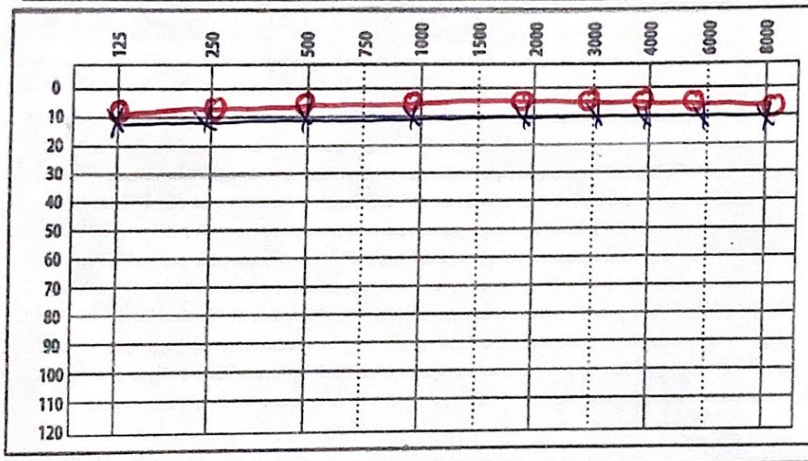
# AUDIOMETRÍA LABORAL

| Examen | Ingreso | Egreso | Periódico |
|---|---|---|---|

Nombre y Apellido: CRYSTINA DOVALE — EDAD: 33a

Remitido por: R: SENA. — OTOSCOPIA ANORMAL ☐ NORMAL ☒

Cargo: PROF. UNIVERSITARIA — EQUIPO: FONIX FA-10 CALIBRACION




| MODALIDAD | O.D. Rojo | INESPECIFICO | O.I. Azul |
|---|---|---|---|
| V.A. | O | | X |
| V.O. | < | Λ | > |
| VALMASK | △ | | □ |
| VALMASK | ⊏ | | ⊐ |
| Campo Libre | ⅀ | S | Ø |
| Reflejo Acústico CL IP | ⊣ | | ⊢ |

## DIAGNÓSTICO AUDIOLÓGICO Marque con una x la (s) casilla (s) Correspondiente (s)

| LARSEN | Diagnóstico | Oído Derecho | Oído Izquierdo | Bilateral |
|---|---|---|---|---|
| | Audición Normal | ☒ | ☒ | ☒ |
| | Hipoacusia Neurosensorial Inducida por Ruido Grado I | ☐ | ☐ | ☐ |
| | Hipoacusia Neurosensorial Inducida por Ruido Grado II | ☐ | ☐ | ☐ |
| | Hipoacusia Neurosensorial Inducida por Ruido Grado III | ☐ | ☐ | ☐ |
| | Hipoacusia Conductiva | ☐ | ☐ | ☐ |
| | Hipoacusia Mixta | ☐ | ☐ | ☐ |
| | Hipoacusia Sensorial | ☐ | ☐ | ☐ |

| Severidad CAOHC | | Oído Derecho | Oído Izquierdo |
|---|---|---|---|
| Normal | (0-25 dB) | ☒ | ☒ |
| Leve | (26-40 dB) | ☐ | ☐ |
| Moderada | (41-55 dB) | ☐ | ☐ |
| Moderada - Severa | (56-70 dB) | ☐ | ☐ |
| Severa | (71-85 dB) | ☐ | ☐ |
| Profunda | (85-120 dB) | ☐ | ☐ |
| Cofotico | | ☐ | ☐ |

OBSERVACIONES: _____

D.X. AUDIOLOGIA: Normal

RECOMENDACIONES:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| CONTROL | ☒ | 1 MES ☐ | SEMESTRAL ☐ | ANUAL ☒ |
| INGRESAR P.V.E. | ☐ | | | |
| REMISIÓN O.R.L. | ☐ | | | |
| USAR E.P.P. | ☒ | | | |
| EXÁMENES COMPLEMENTARIOS | ☐ | | | |
| OTROS | ☐ | | | |

FIRMA PROFESIONAL _____ Daniel Rubén Blanco Granados Médico Cirujano - R.M. 1096 S.S.S. Especialista en Salud Ocupacional Lic. 14776

Firma trabajador _____

# PROTEGER OCUPACIONAL

DR. DANEL RUBEN BLANCO GRANADOS
MEDICO Y CIRUJANO - Lic. 14776
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

## Examen Ocupacional

e-mail: consultoriomedicosaludocupacional@hotmail.com

## VISIOMETRÍA

FECHA: 15 FBRO/23

Examen: Ingreso | Egreso | Periódico

Nombre y Apellido: CRISTINA DOVALE

Cedula: 1.120.422.354 | Cargo: Prof. Universit

Empresa: SENA

Edad: 33a

### RIESGOS OCUPACIONALES

Factores de Riesgo: Mecánicos

Protección en Uso: EPP

### ANTECEDENTES

Antecedentes RX | Último Examen: | meses: | Último Rx: | meses

No usa | Perdió | L.C.B. | L.C.R.G.P. | Monofoscal | B. FlatTop | B. Invisib. | Progresivo

| ANTECEDENTES | FAM | PERS | ANTECEDENTES | | O.D. | O.I. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Diabetes | N | | Qx. Extrabismo | | N | |
| Hipertensión | e | | Qx. D. Retina | | e | |
| Hipoglicemia | g | | Qx. Pterigio | | g | |
| Hipotiroidismo | a | | Toxoplasmosis | | a | |
| Artritis | + | | Queratocono | | + | |
| Migraña | h | | Glaucoma | | h | |
| Renitis | V | | Queratitis | | V | |
| Cáncer | | V | Traumas | | | V |
| Glaucoma | | OS | Catarata | | | OS |

Observaciones:

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Agudeza Visual SC | VL OD | | OI | | OA | | VP OD | | OI | | OA | |
| Agudeza Visual CC | VL OD | 20/20 | OI | 20/20 | OA | 20/20 | VP OD | 0.0 | OI | 0.0 | OA | 0.0 |

| | Pterigio | Hiperemia | Ptosis | Sécreción | Blefaritis | Edema | Inyección | Pinguecula |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| O.D. | No | No | No | No | No | No | No | No |
| O.I. | | | | | | | | |

| | Queratitis | Orzuelo | Madarosis | Ectropión | Ojo Seco | P. Folicular | Otro |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| O.D. | No | No | No | No | No | | |
| O.I. | | | | | | | |

| Complementarios | O.D. | O.I. | P.P.C. | O.D. | O.I. |
|---|---|---|---|---|---|
| Estado Forico | V.L.: | V.P.: | Ducciones | | |
| Versiones | | | Estereopsis | | |
| Campo Visual | | | Test Cromatico | | |

Oftalmoscopia:



| DIAGNÓSTICO | O.D. | O.I. | | O.D. | O.I. | | O.D. | O.I. | | O.D. | O.I. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ematropía | | | Ametropía | ✓ | ✓ | Ambliopía | | | Presbicie | | |
| Ins. de Conv. | | | Estrabismo | | | | | | | | |

CONDUCTA: Alta ✓ | Remisión | Optometría | Ortóptica | Oftalmología | Md. General

OBSERVACIONES: Usar lentes

Dr. DANEL RUBEN BLANCO GRANADOS
MEDICO Y CIRUJANO Lic. 14776
Especialista en Salud Ocupacional Lic. 14776

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

FIRMA TRABAJADOR

Remitente : SENA
Paciente : CRISTINA DOVALE
DOC. :
Fecha : FEBRERO 15 DE 2023

LEONAL
Laboratorio Clínico Especializado
Dra. Blanca Stella Duque Gómez
BACTERIÓLOGA
Universidad de Antioquia

## HEMATOLOGIA

| ERITROGRAMA | | | LEUCOGRAMA | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Eritrocitos: | | | Leucocitos | 8.900 | m.m. |
| Hemoglobina | 13.3 | Grs % | Mielocito : | | % |
| Hematocrito | 40 | % | Metamielocitos: | | % |
| Morfologia | | | C. en Banda: | | % |
| Reticulocitos: | | | Neutrófilos | 59 | % |
| Anisocitosis : | | | Eosinofilos | | % |
| Poiquilocitosis | | | Basófilos: | | % |
| Hipocromia: | | | Linfocitos: | 41 | % |
| Policromatofiliic | | | Monocitos: | | % |
| MICROCITOSIS | | | V.S.G | | % |
| Macrocitosis | | | Linfocito Atipico | | |

| CITOQUIMICO DE ORINA | | | |
|---|---|---|---|
| ASPECTO | LIGERO TURBIO | Cilindro Hialino: | |
| Color: | AMARILLO | Cilindro Granuloso: | |
| Densidad: | 1.010 | Cilindro Leucocitario: | |
| Ph: | 6.0 | Cilindro Hemático: | |
| Proteínas: | NEG | EritrocitoS | |
| Glucosa: | NEG | BACTERIAs : | CANTIDAD ESCASA |
| Cuerpos Cetónicos: | NEG | Piocitos | |
| Bilirrubina: | NEG | LEUCOCITOS. | 3 X CAMPO |
| Sangre Oculta | NEG | Cristales | |
| Urobilinógeno: | NEG | C.Epiteliales Bajas: | |
| Nitritos : | NEG | C. Caudadas Pelvis R.enal | |

## QUIMICA

| EXAMENES | RESULTADO | | VALORES NORMALES | UNIDADES |
|---|---|---|---|---|
| GLICEMIA: | 91 | MGR/DL | V,N, 70 - 100 | MGR/DL |
| COLESTEROL | 139 | MGR/DL | VN : HASTA 200 | MGR/DL |
| TRIGLICERIDOS | 124 | MGR/DL | VN : HASTA 150 | MGR/DL |
| HDL | 60 | MGR/DL | V/N MAYOR DE 35 HOMBRES<br>VN: MAYOR DE 45 MUJERES | MGR/DL |
| LDL | 58 | MGR/DL | V/N HASTA 130 | MGR/DL |

LEONAL
Laboratorio Clínico Especializado
Dra. Blanca Stella Duque Gómez E.U.
Licencia No. 0373 Barranquilla
Calle 50 No. 21-15 B. Colombia Tel: 6076203515

**Proteger Ocupacional**
*CONSULTORIO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL*

Médico especialista en Salud Ocupacional
consultoriomedicosaludocupacional@hotmail.com
facebook *PROTEGER OCUPACIONAL*

## INFORME PSICOLÓGICO OCUPACIONAL

### I.- DATOS GENERALES:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombres y apellidos: | CRISTINA DOVALE SANTAMARIA | | |
| Identificación: | 1.128.422.354 | | |
| Grado de escolaridad: | UNIVERSITARIA | Lugar de residencia: | BARRANCABERMEJA |
| Puesto de trabajo: | PROFESIONAL UNIVERSITARIA | | |
| Empresa donde labora: | SENA | | 15-02-23 |

### II.- MOTIVO DE EVALUACION:

EXAMEN DE INGRESO

### III.- OBSERVACIÓN DE CONDUCTAS:

Presentación: Adecuado ( X ) Inadecuado ( )

Postura : Erguida ( X ) Encorvada ( )

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Discurso | Ritmo | lento ( ) | rápido ( ) | fluido ( X) |
| | Tono | bajo ( ) | moderado ( X ) | alto ( ) |
| | Articulación | Con dificultad ( ) | Sin dificultad( X ) | |

Orientación: Tiempo : Orientado ( X ) Desorientado ( )
Espacio: Orientado ( X ) Desorientado ( )
Persona: Orientado ( X ) Desorientado ( )

### IV.-CONCLUSIONES

Buena disposición y colaboración en el proceso de aplicación de la prueba (Wartegg); los resultados obtenidos indican una estructura de personalidad racional, práctica, procesos mentales adecuados, con capacidad de autocontrolar sus ansiedades, temores y tensiones, en situaciones adversas; tiende a ser moderadamente ambiciosa, aceptando competir con los demás; respetuosa de las figuras de autoridad, normativa, moralista. Coordinación sicomotora normal. Teniendo en cuenta los resultados, la Evaluada muestra tendencia a desempeñarse de manera adecuada en su puesto de trabajo y cumple con el perfil psicologico requerido.

### VI.- RECOMENDACIONES:

No aplica

**RUBY MARLENY GOMEZ MAVISOY**
**PSICÓLOGA OCUPACIONAL**
**T.P. 03000/06 RES. 01453**

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 **CRISTINA MARIA DOVALE SANTAMARIA** con **CC** No. **1128422354**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

| Datos del Contratante | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| **Contratante:** N 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA | **Fecha de última cobertura:** 14/02/2023<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 14/02/2023<br>**Fecha fin de Contrato:** 30/12/2023<br>**Clase de Riesgo:** 1<br>**Cargo :** ADMINISTRADOR<br>**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): 202301012369473.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 13 días del mes de febrero de 2023.

Cordialmente

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_06

# Certificado Bancario

Martes, 21 de marzo de 2023

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que CRISTINA MARIA DOVALE SANTAMARIA identificado(a) con CC 1128422354, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | 30664410130 | 2016/08/23 | 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

# PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
## DECRETO 1082 DE 2015

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN: | SUCURSAL: | COD. SUC: | NO. PÓLIZA: | ANEXO: |
|---|---|---|---|---|
| TUNJA | TUNJA | 39 | 39-46-101008040 | 0 |

| FECHA EXPEDICIÓN: | | | VIGENCIA DESDE: | | | A LAS: | VIGENCIA HASTA: | | | A LAS: | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DÍA: | MES: | AÑO: | DÍA: | MES: | AÑO: | HORAS: | DÍA: | MES: | AÑO: | HORAS: | TIPO MOVIMIENTO: |
| 15 | 02 | 2023 | 15 | 02 | 2023 | 00:00 | 30 | 04 | 2024 | 23:59 | EMISIÓN ORIGINAL |

### DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | | IDENTIFICACIÓN: | |
|---|---|---|---|
| CRISTINA MARIA DOVALE SANTAMARIA | | | C.C. :1,128,422,354 |
| DIRECCIÓN: | CIUDAD: | | TELÉFONO: |
| CRA 50 N 35 15 B EL CERRO | BARRANCABERMEJA - SANTANDER | | 3005627842 |

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

| ASEGURADO/BENEFICIARIO: | | IDENTIFICACIÓN: | |
|---|---|---|---|
| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA | | | NIT. :899,999,034-1 |
| DIRECCIÓN: | CIUDAD: | | TELÉFONO: |
| CALLE 16 NO. 27-37 | BUCARAMANGA - SANTANDER | | 6800600 |
| 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.4616911 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA PARA LA ORIENTACIÓN, EJECUCIÓN YSEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA ESTRATEGIA DE CONTRATO DE APRENDIZAJE

### AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

| AMPAROS: | VIGENCIA DESDE: | VIGENCIA HASTA: | SUMA ASEG/ACTUAL: |
|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 15/02/2023 | 30/04/2024 | $ 2,678,734.00 |

ACLARACIONES:

| VALOR PRIMA NETA: | GATOS EXPEDICIÓN: | IVA: | TOTAL A PAGAR: | VALOR ASEGURADO TOTAL | PLAN DE PAGO: |
|---|---|---|---|---|---|
| $ 15,000.00 | $ 8,000.00 | $ 4,370.00 | $ 27,370.00 | $ 2,678,734.00 | CONTADO |

| INTERMEDIARIO | | | DISTRIBUCIÓN COASEGURO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: | CLAVE: | % PART: | NOMBRE COMPAÑÍA: | % PART: | VALOR ASEGURADO: |
| FLOR ISABEL PALOMINO LOPEZ | 51248 | 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 CRA. 10 NO. 21-33 ED. SAN FRANCISCO PLAZA OFC. 108 -202 - TELÉFONO: 7409487 - TUNJA

39-46-101008040
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

28032568

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. 39-46-101008040, 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 TUNJA, a los 15 días del mes de Febrero de 2023



FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

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.

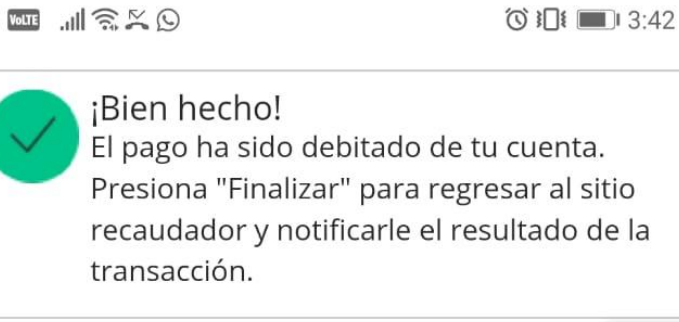
12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

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




**Compra online SEGUROS DEL EST/ S.A.**

| | |
|---|---|
| Nro. de factura: | 3000004676790 |
| Descripción del pago: | Pago por Rapiestado |
| Nro. de referencia: | 191.95.134.235 |
| Nro. de referencia 2: | Cédula de ciudadanía |
| Nro. de referencia 3: | 1128422354 |
| Nro. de comprobante: | **0000092024** |
| Valor pagado: | **$ 27,370.00** |
| Cuenta: | *********6181 - Ahorros - Cuenta de Ahorro** |

Ingresa tu email para enviar comproba

Ingresa uno o varios emails separados con comas para enviar el comprobante.

Bucaramanga, 21 de marzo de 2023

Señores
**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**
Bucaramanga

**Asunto: Información solicitada por el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013**

Dando cumplimiento a lo establecido con el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013, y como persona actualmente residente en Colombia que durante el año calendario actual les estará cobrando rentas de trabajo (salarios, u honorarios, o comisiones, o servicios personales, o emolumentos eclesiásticos, etc.), suministro a ustedes la siguiente información para efectos de que ustedes mismos definan el valor de la retención en la fuente que se ha de aplicar a los valores a mi favor por concepto de rentas de trabajo :

a. Durante el año gravable 2022, el 80% o más de mis ingresos brutos SI provinieron la prestación de servicios de manera personal o el desarrollo de una actividad económica bajo cuenta y riesgo un empleador o contratante.
b. Durante el año gravable 2022, el 80% o más de mis ingresos brutos NO provinieron de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o de la prestación de servicios técnicos que no requieren la utilización de materiales o insumos especializados, o de maquinaria o equipo especializado.
c. Por el año gravable 2022, soy una persona natural que SI quedé obligado a presentar declaración anual del impuesto de renta al gobierno colombiano"
d. Por el año gravable 2022, soy una persona natural que SI obtuvo ingresos brutos totales superiores a 1.400 UVT ($53.205.600)
e. Por el año gravable 2022, NO desarrollé una de las actividades señaladas en el artículo 340 del Estatuto Tributario y si la desarrollé no representó más del veinte por ciento (20%) de mis ingresos brutos.
f. Por el año gravable 2022, NO presté servicios técnicos que requirieron de materiales o insumos especializados, o maquinaria o equipo especializado, cuyo costo representa más del veinticinco por ciento (25%) del total de los ingresos percibidos por concepto de tales servicios técnicos.

En constancia de lo anterior, firmo en Bucaramanga, a los veintiún (21) días del mes de marzo de 2023.



**Cristina Maria Dovale Santamaria**
C.C. **1128422354 de Medellín**

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## Hace constar:

Que el Sr(a) CRISTINA MARIA DOVALE SANTAMARIA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1128422354 realizó el día 28/02/2023 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 CRISTINA MARIA DOVALE SANTAMARIA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1128422354 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 -

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) CRISTINA MARIA DOVALE SANTAMARIA identificado(a) con CC 1128422354 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

| | |
|---|---|
| Fecha de Activación de | 01/10/2018 |
| Estado de la Afiliación: | ACTIVO |
| IPS: | FORPRESALUD I.P.S. S.A.S-BARRANCABERMEJA |
| Categoría: | A |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 21 días del mes de marzo del año 2023.

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

Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A