SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL SANTANDER**
**CENTRO LATINOAMERICANO DE ESPECIES MENORES-VALLE**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **68** |
| **Código Centro** | **930910** |
| **Fecha Elaboración** | **21 de Marzo de 2023** |
| **Versión** | **ENERO 2023 - 1,23** |
| **ID de Proceso** | **58137-416774** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

**Nombres y apellidos contratista:** CAREM PATRICIA BARRAGAN PEREZ
**Correo electrónico contratista:** cpbarragan@sena.edu.co
**C.C.** 1.098.610.385 **IP/Nº de contacto** 74539

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

**Banco al cual consignar:** BANCOLOMBIA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

**Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000:** NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 91200391107

**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:** 4638950/2023 **Nº Compromiso SIIF** 17123

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 30.105.000 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 30.105.000 | **1** | **Del** | **15/03/2023** | **Al** | **31/03/2023** | **$ 2.676.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 27.429.000 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

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

INSTRUCTOR: PRESTACION DE SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA ORIENTAR FORMACION TITULADA COMPLEMENTARIA Y VIRTUAL SEGUN LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS POR EL CSET. PL 243 DIAS, 900 HORAS VR HORA $33.450

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 2.676.000 | | Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383° | 0,00% |
| | | | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 0 | | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 2.676.000** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 1.537.125** | | **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** | ---------- | **62086144** |
| **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 III | $ 28.300 | $ 0 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 669.000 | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466 | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466 | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.241.200 | $ - | |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Dependientes hasta $ 1.357.184 | $ 267.600 | |
| Salud hasta $ 678.592 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 2.792.123 | $ 512.375 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 1.537.125,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 2.345.400,00 | |
| Valor base IVA | 0,00 | |
| IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Reteica - 8523 | 19.267,00 | 0,720% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Sobretasa Bomberil | 1.927,00 | 10,000% |
| Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$2.654.806,00** | |

**SON: DOS MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS SEIS PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

- Reunión de red salud - 16/03/2023 - jornada completa.
- Formación complementaria: soporte vital basico- ficha 2500593-Jornada de la tarde.
- Diseño Curricular Formación complementaria.
- Jornada pedagógica - Jornada de Mañana.
- Jornada de organización de ambientes de Formación en salud.

**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.

**CAREM PATRICIA BARRAGAN PEREZ**
**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,

**DORIS JUDITH VARGAS VILLAMIL**
**INSTRUCTOR G20**

**Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:**
**EL ORDENADOR DEL PAGO**

**JOSE MANUEL ARIZA ARIZA**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

# SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2023-03-17, 12:27:46 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 62086144

**Periodo Cotización** 202302 **Periodo Servicio** 202302

**Cliente:**

## PAGADA 2023-03-17

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | CAREM PATRICIA BARRAGAN PEREZ | | | | |
| **Documento** | CC 1098610385 | **Dirección** | CL 29 #29 - 87 LAGOS DE MARDEL APTO 605 | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3173013378 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | FLORIDABLANCA | **Departamento** | SANTANDER | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

### II. DATOS DEL AFILIADO

| Documento | CC 1098610385 | | Residente | | Exonerado | N | Apellidos y Nombres | Código Ciudad - Departamento | Centro de Trabajo | Ubicación Laboral |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 59 | 00 | | | | | BARRAGAN PEREZ CAREM PATRICIA | 68276000 - 68 | | SANTANDER |

### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Extranjero | Tipo salario | Salario | Pensión | | | | | | Salud | | | | | | Riesgos | | | | | Caja | | | | Parafiscales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | CUN | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARL | Días CCF | | | | | | | Código AFP | Código Trasl. AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS | Código EPS | Código Trasl. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF |
| X | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 16 | 16 | 16 | 16 | | | | | | | 25-14 | | 16 % | $ 616.667 | $ 99.000 | $ 0 | $ 0 | EPS037 | | 12,5 % | $ 616.667 | $ 77.400 | $ 0 | 14-23 | 3 | 2,436 % | $ 616.667 | $ 15.100 | CCF39 | 2 % | $ 616.667 | $ 12.400 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

### IV.TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COLPENSIONES | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | NUEVA EPS | POSITIVA DE SEGUROS | CAJASAN | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 99.000 | $ 0 | $ 0 | $ 77.400 | $ 15.100 | $ 12.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 203.900 |

El La) Señor(a) **CAREM PATRICIA BARRAGAN PEREZ** identificado(a) con CC 1098610385 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

| | |
|---|---|
| Fecha de Activación | 18/03/2010 |
| Estado de la Afiliación: | ACTIVO |
| IPS: | U.T. FOSCAL-ESCANOGRAFIA S.A-FLORIDABLANCA-TR2 |
| Categoría: | A |

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá paraQUIEN INTERESE, a los 17 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**

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

## CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CAREM PATRICIA BARRAGAN PEREZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1098610385,** se encuentra afiliado/a desde **08/04/2010** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 17 de marzo de 2023.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**Rosa Mercedes**
**Nino Amaya**
**Dirección de**
**Afiliaciones**

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

Bucaramanga, Marzo 21 de 2023

Señores
**SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)**
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NIT** | **1142725204** | **VICTORIA DAZA BARRAGAN** | **HIJO** |
| **NIT** | **1142727340** | **EDWIN ELIAS DAZA BARRAGAN** | **HIJO** |

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente con mi firma declaro: que **NINGUNA PERSONA** ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,



FIRMA

Nombre: **CAREM PATRICIA BARRAGAN PEREZ**

C.C. 1.098.610.385

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1142727340

Indicativo Serial 62209844

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

| Registraduría | Notaría | Número | Consulado | Corregimiento | Inspección de Policía | Código |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | ☒ X | 02 | ☐ | ☐ | ☐ | DUH |

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - SANTANDER - FLORIDABLANCA

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| DAZA ********** | BARRAGAN ********** |

Nombre(s)
EDWIN ELIAS **********

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2022 Mes SEP Día 02 | Masculino | A | Positivo |

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o inspección)
COLOMBIA - SANTANDER - FLORIDABLANCA

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | 22099110069997 |

*Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos
BARRAGAN PEREZ CAREM PATRICIA

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO.1098610385 | COLOMBIANA |

*Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos
DAZA CASTRO EDWIN DARIO

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91080393 | COLOMBIANO |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos
DAZA CASTRO EDWIN DARIO

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91080393 | |

**Datos primer testigo**

Apellidos y nombres completos
**********

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| ********** | |

**Datos segundo testigo**

Apellidos y nombres completos
**********

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| ********** | |

| Fecha de inscripción | Nombre y firma del funcionario que autoriza |
|---|---|
| Año 2022 Mes SEP Día 07 | ALVARO JULIAN TAVERA SALAZAR<br>Notario Segundo (E) de Floridablanca<br>Nombre y firma |

ALVARO JULIAN TAVERA SALAZAR

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Carvajal S.A.

CS Escaneado con CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1142725204

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59786259

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [02] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código [D U H]

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - SANTANDER - FLORIDABLANCA

**Datos del inscrito**

Primer Apellido: DAZA

Segundo Apellido: BARRAGAN

Nombre(s): VICTORIA

Fecha de nacimiento: Año 2018 Mes AGO Día 14

Sexo (en letras): Femenino

Grupo sanguíneo: A

Factor RH: Positivo

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA - SANTANDER - FLORIDABLANCA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: 14833197 - 9

**Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)**

Apellidos y nombres completos: BARRAGAN PEREZ CAREM PATRICIA

Documento de Identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1098610385

Nacionalidad: COLOMBIANA

**Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)**

Apellidos y nombres completos: DAZA CASTRO EDWIN DARIO

Documento de Identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91080393

Nacionalidad: COLOMBIANO

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos: DAZA CASTRO EDWIN DARIO

Documento de Identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91080393

Firma

**Datos primer testigo**

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)

Firma

**Datos segundo testigo**

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)

Firma

**Fecha de Inscripción**

Año 2018 Mes AGO Día 22

Nombre y firma del funcionario autorizado: LUIS ARGEMIRO VELASCO ARIZA

LUIS ARGEMIRO VELASCO ARIZA
Notario Segundo Círculo de Floridablanca

**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA**

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

**Hace constar:**

Que el Sr(a) CAREM PATRICIA BARRAGAN PEREZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1098610385 realizó el día 16/03/2023 la inducción en Seguridad ySalud 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 CAREM PATRICIA BARRAGAN PEREZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1098610385 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad ySalud 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) CAREM PATRICIA BARRAGAN PEREZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1098610385 el día 16/03/2023 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 accionesintegrales 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

# FORMULARIO ÚNICO
# DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
# PERSONA NATURAL
# (LEY 190 de 1995)

| ENTIDAD RECEPTORA |
| --- |
| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE |

**Período Declarado:** 01/01/2022 - 31/12/2022

## 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

### 1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Carem Patricia Barragan Perez

IDENTIFICADO CON: C.C. **X** C.E. T.I. No. 1098610385 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: SANTANDER MUNICIPIO: FLORIDABLANCA

DIRECCIÓN: Lagos 3, Edificio Lagos de Mardel , Apartamento 605 TELÉFONO: 3173013378 187641

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
| --- | --- | --- |
| NURIS MARIA PEREZ RICO | 37920741 | MADRE |
| FAVIO EDUARDO JUNIOR SOLANO PEREZ | 1095821305 | HERMANO(A) |
| ANDRES FABIAN SOLANO PEREZ | 96100317149 | HERMANO(A) |
| FAVIO EDUARDO SOLANO CASTELLANOS | 6875444 | PADRE |

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACIÓN** **X** **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

| CONCEPTO | VALOR |
| --- | --- |
| GASTOS DE REPRESENTACIÓN | $0 |
| CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS | $1.100.000 |
| SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES | $12.000.000 |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | $0 |
| TOTAL | $13.100.000 |

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NÚMERO DE CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| BANCO DE BOGOTA | CUENTA DE AHORROS | 91200391107 | BANCO BANCOLOMBIA | 0,1 |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACIÓN DEL BIEN | VALOR |
| --- | --- | --- |

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
| --- | --- | --- |

### 1.2. DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

| ENTIDAD O INSTITUCIÓN | CALIDAD DE MIEMBRO |
| --- | --- |

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

| CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN | CALIDAD DE SOCIO |
| --- | --- |

| 2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA | |
|---|---|
| Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes: | |
| **DETALLE DE LAS ACTIVIDADES** | **FORMA DE PARTICIPACIÓN** |
| | |

| 3. FIRMA | |
|---|---|
| FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA | Floridablanca, 21/03/2023<br>CIUDAD Y FECHA |

DAFP-OAP

**DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PUBLICA**
**LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 018000-917770**

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 NO quedé obligado a presentar declaración anual del impuesto de renta al gobierno colombiano"
d. Por el año gravable 2022, soy una persona natural que NO 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 veinte (21) días del mes de marzo de 2023.

**Carem Patricia Barragán Pérez**
**NOMBRE DEL CONTRATISTA**
C.C. **1.098.610.385 de Bucaramanga**

# Certificado
## Bancario

Viernes, 17 de marzo de 2023

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que CAREM PATRICIA BARRAGAN PEREZ identificado(a) con CC 1098610385, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | 91200391107 | 2019/03/09 | 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.

**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 **CAREM PATRICIA BARRAGAN PEREZ** con **CC** No. **1098610385**, 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:** 07/03/2023<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 15/03/2023<br>**Fecha fin de Contrato:** 16/11/2023<br>**Clase de Riesgo:** 3<br>**Cargo :** INSTRUCTOR<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 novedadde retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondientenovedad 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): 202301013185700.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 7 días del mes de marzo de 2023.

Cordialmente

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADESPOSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_06

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario 14361725950

(415)7707212489984(8020) 000001436172595 0

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1098610385 | 5 | Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4 | |

## 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 13 | 1098610385 | 2004/03/15 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 169 | Santander 68 | Bucaramanga 001 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| BARRAGAN | PEREZ | CAREM | PATRICIA |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 169 | Santander 68 | Bucaramanga 001 |

41. Dirección principal: CR 25 35 21 TO 2 AP 606 ED SAN MARCOS

42. Correo electrónico: carempatricia@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 6385992 | 3173013378 |

## 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 |
| 0010 | 2010/01/19 | 8543 | 2013/05/17 | | 2224 | |

### 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 20

20- Obtención NIT

| Obligados aduaneros | Exportadores |
|---|---|
| 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 55. Forma / 56. Tipo / Servicio 1 2 3 |
| 54. Código 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 | 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 2016 - 01 - 28

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 BARRAGAN PEREZ CAREM PATRICIA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 13-02-2023 03:08:54PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

# PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DEENTIDADES ESTATALES - DECRETO 1082 DE 2015 - PATRICLSUSP09V4

**NÚMERO ELECTRÓNICO**
PARA PAGOS
**4650453618**

**PÓLIZA No: 465 - 47 - 994000007213** **ANEXO: 0**

AGENCIA EXPEDIDORA: **SEAS ASEGURANDOTE BUCARAMANGA CENTRO** COD. AGENCIA: 465 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

| FECHA DE EXPEDICIÓN | | | FECHA DE IMPRESIÓN | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO |
| 08 | 03 | 2023 | 08 | 03 | 2023 |

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE:: **CAREM PATRICIA BARRAGAN PEREZ** IDENTIFICACIÓN: CC **1098.610.385**

DIRECCIÓN: CLL 29 # 29 87 APTO 605 LAGOS DE MARDEL CIUDAD: FLORIDABLANCA, SANTANDER TELÉFONO: 3173013378

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **SENA REGIONAL SANTANDER GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO** IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**

BENEFICIARIO: **SENA REGIONAL SANTANDER GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO** IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

| DESCRIPCION AMPAROS | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEGURADA |
|---|---|---|---|
| CONTRATO CUMPLIMIENTO | 15/03/2023 | 16/03/2024 | 3,010,500.00 |

BENEFICIARIOS
NIT 899999034 - SENA REGIONAL SANTANDER GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS:
|
***OBJETO DE LA GARANTIA***

EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° CO1.PCCNTR.4638950 DE FECHA DEL 15 DE MARZO DE 2023 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ORIENTAR FORMACIÓN TITULADA COMPLEMENTARIA Y VIRTUAL SEGÚN LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS POR EL CSET.

| VALOR ASEGURADO TOTAL: | VALOR PRIMA: | GASTOS EXPEDICION: | IVA: | TOTAL A PAGAR: |
|---|---|---|---|---|
| $ *****3,010,500.00 | $ **********16,000 | $****11,000.00 | $ ********5,130 | $ **********32,130 |

| NOMBRE INTERMEDIARIO | CLAVE | %PART | NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO | %PART | VALOR ASEGURADO |
|---|---|---|---|---|---|
| BGA CONSULTORES DE SEGUROS LTDA | 9633 | 100.00 | | | |

MEDIANTE LA SOLICITUD Y CONTRATACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO, USTED EN CALIDAD DE TITULAR(ES) DE LA INFORMACIÓN; DE MANERA LIBRE, EXPRESA, VOLUNTARIA E INFORMADA, AUTORIZA A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA O A LA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A QUIÉN ESTE ENCARGUE, A RECOLECTAR,ALMACENAR, UTILIZAR, CIRCULAR, SUPRIMIR Y EN GENERAL, A REALIZAR CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO A LOS DATOS PERSONALES POR USTED SUMINISTRADOS, PARA TODOS AQUELLOS ASPECTOS INHERENTES A LAS ACTIVIDADES COMERCIALES Y PROMOCIONALES, Y CUALQUIER OTRO RELACIONADO CON EL DESARROLLO DEL OBJETO SOCIAL PRINCIPAL DEL REFERIDA SOCIEDAD, LO QUE IMPLICA EL USO DE LOS DATOS EN ACTIVIDADES DE MERCADEO, PROMOCIÓN Y DE SER EL CASO, CUANDO LA ACTIVIDAD COMERCIAL LO REQUIERA, LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN DE LOS MISMOS A UN TERCERO (INCLUYENDO TERCEROS PAÍSES), BAJO LOS PARÁMETROS DE LA LEY 1581 DE 2.012, DECRETO 1074 DE 2015 Y DEMÁS NORMATIVIDAD VIGENTE QUE REGULE LA MATERIA. EN TODO CASO, ASEGURADORA SOLIDARIA GARANTIZA LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD, PRIVACIDAD Y DEMÁS PRINCIPIOS QUE IMPLIQUEN EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ACORDE CON LA LEGISLACIÓN APLICABLE. ESTA AUTORIZACIÓN SE MANTENDRÁ POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DEL VÍNCULO O LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA SOCIEDAD RESPONSABLE, CONFORME LO ESTABLECIDO EN SUS MANUALES Y POLÍTICAS. IGUALMENTE DECLARO QUE HE CONOCIDO LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DISPONIBLE EN_HTTPS://ASEGURADORASOLIDARIA.COM.CO/ENLACES-DE-INTERES/POLITICA-DE-PRIVACIDAD.ASPX

Las condiciones generales de su póliza se pueden descargar de nuestra PáginaWeb www.solidaria.com.co en la opción SEGUROS – TU RESPALDO – SEGUROS PATRIMONIALES.

Aseguradora Solidaria pensando en su tranquilidad, lo invita a verificar la validez de esta póliza ingresando a nuestra Página Web www.solidaria.com.co en la opción SERVICIOS – CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO.

**FIRMA ASEGURADOR** **FIRMA TOMADOR**

(415)7701861000019(8020)000000000007000465045361

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

CADE25780B0AFF785E CLIENTE

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes através del Call Center, por favor tenga en cuenta que será
GRAN CONTRIBUYENTE RES. 2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**CONDICIONES GENERALES GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082DE 2015**

## CAPITULO 1 AMPAROS Y EXCLUSIONES

### 1. AMPAROS

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, A TRAVÉS DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO SIN EXCEDER EL VALOR ASEGURADO, COBERTURA PARA LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARATULA DE LA PRESENTE PÓLIZA, DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 1088 DEL CÓDIGO DE COMERCIO SEGÚN EL CUAL EL CONTRATO DE SEGURO ES DE MERA INDEMNIZACION Y JAMAS PODRÁ SER FUENTE DE ENRIQUECIMIENTO. ESTA PÓLIZA CUBRE LOS PERJUICIOS DIRECTOS CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES DE LA PRESENTE PÓLIZA, EN SU ALCANCE Y CONTENIDO, SEGÚN LAS DEFINICIONES QUE EN ADELANTE SE ESTIPULAN:

LA COBERTURA DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO O SUS ANEXOS NO CONSTITUYE UNA FIANZA, NI ES SOLIDARIA, NI INCONDICIONAL, SU EXIGIBILIDAD ESTÁ CONDICIONADA A LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y LA DEMOSTRACIÓN DE LA CUANTÍA. EL AMPARO ESTA CIRCUNSCRITO A LOS PERJUICIOS CAUSADOS POR EL INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA SIEMPRE QUE EL MISMO SE AJUSTE AL VALOR ASEGURADO, VIGENCIA DE LAS COBERTURAS Y EXCLUSIONES, Y LA RECLAMACIÓN SE EFECTÚE DENTRO DE LOS TÉRMINOS SEÑALADOS EN EL ART. 1081 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

### 1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA

LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUBRIRÁ A LA ENTIDAD ESTATAL POR LA IMPOSICIÓN DE SANCIONES AL PROPONENTE DERIVADAS DEL INCUMPLIMIENTO DE LA OFERTA, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1.1.1 LA NO SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO SIN JUSTA CAUSA POR PARTE DEL ADJUDICATARIO.
1.1.2 LA NO AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE OFERTA CUANDO EL TÉRMINO PREVISTO EN LOS PLIEGOS PARA LA ADJUDICACIÓN O PARA LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO SE PRORROGUE, SIEMPRE Y CUANDO ESAS PRÓRROGAS NO EXCEDAN EL TERMINO DE TRES (3) MESES.
1.1.3 LA FALTA DE OTORGAMIENTO POR PARTE DEL PROPONENTE SELECCIONADO, DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO EXIGIDA POR LA ENTIDAD PARA AMPARAR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATO.
1.1.4 EL RETIRO DE LA OFERTA DESPUÉS DE VENCIDO EL TÉRMINO FIJADO PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS PROPUESTAS.

### 1.2 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO

EL AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE DE LOS PERJUICIOS DIRECTOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DE LAS OBLIGACIONES NACIDAS DEL CONTRATO,ASÍ COMO DE SU CUMPLIMIENTO TARDÍO O DE SU CUMPLIMIENTO DEFECTUOSO, CUANDO ELLOS SON IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO, LOS DAÑOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA POR ENTREGAS PARCIALES DE LA OBRA, CUANDO EL CONTRATO NO PREVÉ ENTREGAS PARCIALES, ADEMÁS DE ESOS RIESGOS, ESTE AMPARO COMPRENDERÁ EL PAGO DEL VALOR DE LAS MULTAS Y DE LA CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA QUE SE HAYAN PACTADO EN EL CONTRATO GARANTIZADO.

### 1.3 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN AL ANTICIPO

EL AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, DE LOS PERJUICIOS SUFRIDOS CON OCASIÓN DE (I) LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO, (II) EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO Y (III) LA APROPIACIÓN INDEBIDA QUE EL CONTRATISTA GARANTIZADO HAGA DE LOS DINEROS O BIENES QUE SE LE HAYAN ENTREGADO EN CALIDAD DE ANTICIPO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO. CUANDO SE TRATE DE BIENES ENTREGADOS COMO ANTICIPO, ÉSTOS DEBERÁN TASARSE EN DINERO EN EL CONTRATO.

LA GARANTIA DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO DEBE ESTAR VIGENTE HASTA LA LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO O HASTA LA AMORTIZACIÓN DEL ANTICIPO, DE ACUERDO CON LO QUE DETERMINE LA ENTIDAD ESTATAL. EL VALOR DE LA GARANTIA COMPRENDERA EL 100% DE LA SUMA ESTABLECIDA COMO ANTICIPO, YA SEA EN DINERO O EN ESPECIE.

### 1.4 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGOS ANTICIPADOS

EL AMPARO DE DEVOLUCIÓN DEL PAGO ANTICIPADO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE DE LOS PERJUICIOS SUFRIDOS POR LA NO DEVOLUCIÓN TOTAL O PARCIAL, POR PARTE DEL CONTRATISTA, DE LOS DINEROS QUE LE FUERON ENTREGADOS A TÍTULO DE PAGO ANTICIPADO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR. LA GARANTIA DE

PAGO ANTICIPADO DEBE ESTAR VIGENTE HASTA LA LIQUIDACION DEL CONTRATO O HASTA QUE LA ENTIDAD ESTATAL VERIFIQUE EL CUMPLIMIENTO DE TODAS LAS ACTIVIDADES O LA ENTREGA DE TODOS LOS BIENES O SERVICIOS ASOCIADOS AL PAGO ANTICIPADO, DE ACUERDO CON LO QUE DETERMINE LA ENTIDAD ESTATAL. EL VALOR DE LA GARANTIA COMPRENDERA EL 100% DEL MONTO PAGADO DE FORMA ANTICIPADA, YA SEA ESTE EN DINEROO EN ESPECIE.

**1.5 AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES**

EL AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES, CUBRIRÁ A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE OCASIONEN COMO CONSECUENCIA DEL INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES LABORALES A QUE ESTE OBLIGADO EL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADAS DE LA CONTRATACION DEL PERSONAL UTILIZADO PARA LA EJECUCION DEL CONTRATO AMPARADO EN EL TERRITORIO NACIONAL.

ESTA GARANTIA NO SE APLICARA PARA LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN FUERA DELTERRITORIO NACIONAL POR PERSONAL CONTRATADO BAJO UN REGIMEN JURIDICO DIFERENTE AL COLOMBIANO.

**1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA**

EL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA, CUBRIRÁ A LA ENTIDAD ESTA TAL CONTRATANTE DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS POR CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, IMPUTABLE AL CONTRATISTA, SUFRIDO POR LA OBRA ENTREGADA A SATISFACCIÓN.

**PARAGRAFO:** LA COBERTURA DEL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA INICIA SU VIGENCIA A PARTIR DEL RECIBO A SATISFACCION DE LA OBRA POR PARTE DE LA ENTIDAD CONTRATANTE.

**1.7 CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADOS**

EL AMPARO DE CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADOS CUBRIRÁ A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE DE LOS PERJUICIOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO, (I) DERIVADOS DE LA MALA CALIDAD O DEFICIENCIAS TÉCNICAS DE LOS BIENES O EQUIPOS POR EL SUMINISTRADOS, DE ACUERDO CON LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO O (II) POR EL INCUMPLIMIENTO DE LOS PARÁMETROS O NORMAS TÉCNICAS ESTABLECIDAS PARA EL RESPECTIVO BIEN O EQUIPO, UNA VEZ SEAN RECIBIDOS POR LAENTIDAD.

**1.8 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO**

EL AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE DE LOS PERJUICIOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO QUE SE DERIVEN DE (I) LA MALA CALIDAD O INSUFICIENCIA DE LOS PRODUCTOS ENTREGADOS CON OCASIÓN DE UN CONTRATO DE CONSULTORÍA, O (II) DE LA MALA CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO, TENIENDO EN CUENTA LAS CONDICIONES PACTADAS EN EL CONTRATO.

**PARAGRAFO PRIMERO.**

EN VIRTUD DE LO SEÑALADO EN 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 O DE LA RESPONSABILIDAD IMPUTABLE A LOS PARTICULARES, DERIVADOS DE UN PROCESO DE RESPONSABILIDAD FISCAL.

**PARÁGRAFO SEGUNDO.**

LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA SERÁN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA NO PODRÁ RECLAMAR O TOMAR EL VALOR DE UN AMPARO PARA CUBRIR O INDEMNIZAR EL VALOR DE OTROS. ESTOS NO SON ACUMULABLES Y SON EXCLUYENTES ENTRE SÍ.

**PARÁGRAFO TERCERO.**

ANTES DEL INICIO DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, SERA RESPONSABILIDAD DE LA ENTIDAD CONTRATANTE APROBAR LA GARANTIA. LA APROBACION COMPRENDERA LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA POLIZA.

**2. EXCLUSIONES**

LOS AMPAROS PREVISTOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO OPERARAN EN LOS SIGUIENTES CASOS:

2.1 CAUSA EXTRAÑA, ESTO ES LA FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO, EL HECHO DE UN TERCERO O LA CULPAEXCLUSIVA DE LA VICTIMA.
2.2 DAÑOS CAUSADOS POR EL CONTRATISTA A LOS BIENES DE LA ENTIDAD NO DESTINADOS AL CONTRATO.
2.3 EL USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A QUE ESTÉ OBLIGADA LAENTIDAD CONTRATANTE.
2.4 EL DEMÉRITO O DETERIORO NORMAL QUE SUFRAN LOS BIENES ENTREGADOS CON OCASIÓN DEL CONTRATO

GARANTIZADO, COMO CONSECUENCIA DEL MERO TRANSCURSO DEL TIEMPO.

**CAPITULO II - DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**

Para efectos de este contrato de seguro las expresiones o vocablos relacionados a continuación, tendrán el siguiente significado.

**2.1 Tomador**

Es la persona natural o jurídica que contrata el seguro y se hace responsable del pago de la prima y quien ha celebrado un contrato con la entidad estatal contratante, cuyas obligaciones se encuentran garantizadas con la presente póliza.

**2.2 Asegurado**

Es la entidad estatal contratante que por tener interés asegurable figura como tal en la carátula de la póliza.

**2.3 Beneficiario**

Es la entidad estatal contratante que ha sufrido un perjuicio amparado, o en el amparo de salarios el trabajador vinculado al contratista mediante contrato de trabajo.

**2.4 Siniestro**

Es la realización del riesgo asegurado por un hecho imputable al contratista, ocurrido durante la vigencia consignada en la carátula de la póliza, que ha causado un perjuicio indemnizable a la entidad estatal contratante.

**2.5 Acto Administrativo**

Es el medio a través del cual la entidad estatal en uso de su función administrativa manifiesta su voluntad encaminada a producir ciertos efectos jurídicos de carácter particular.

**2.6 Acto Administrativo Ejecutoriado**

Es la manifestación de la entidad estatal contratante que puede producir los efectos previstos en el acto, por haber cumplido con los requisitos establecidos del artículo 62 del código contencioso administrativo, y Aseguradora Solidaria de Colombia en calidad de garante ha ejercido su derecho a la defensa.

**CAPITULO III - CONDICIONES APLICABLES A TODO EL CONTRATO**

**1. SUMA ASEGURADA**

LA SUMA ASEGURADA DETERMINADA PARA CADA AMPARO EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA, DELIMITA LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA ASEGURADORA EN CASO DE SINIESTRO.

**2. VIGENCIA**

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA SE HARÁ CONSTAR EN LA CARÁTULA DE LA POLIZA Y/O EN SUS ANEXOS Y/O CERTIFICADOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA.

**3. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA**

DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DEBERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y ACREDITAR LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA, PREVIO AGOTAMIENTO DEL DERECHO DE AUDIENCIA DEL CONTRATISTA Y DEL GARANTE, DE LA SIGUIENTE FORMA:

3.1 EN CASO DE CADUCIDAD, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011 LA ENTIDAD ESTATAL PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL, ADEMÁS DE LA DECLARATORIA DE CADUCIDAD, PROCEDERÁA HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL O A CUANTIFICAR EL MONTO DEL PERJUICIO Y A ORDENAR SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO AL GARANTE. EL ACTO ADMINISTRATIVO DE CADUCIDAD CONSTITUYE SINIESTRO.

3.2 EN CASO DE APLICACIÓN DE MULTAS, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOSDERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011 LA ENTIDAD ESTATAL, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL IMPONDRÁ LA MULTA Y ORDENARÁ SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO AL GARANTE. EL ACTO ADMINISTRATIVO CONSTITUYE SINIESTRO.

3.3 EN LOS DEMÁS CASOS DE INCUMPLIMIENTO, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL DECLARARÁ EL INCUMPLIMIENTO Y CUANTIFICARA EL MONTO DE LA PÉRDIDA Y/O HARA EFECTIVA LA CLÁUSULA

PENAL, SI ELLA ESTÁ PACTADA Y ORDENARA SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO AL GARANTE.

**4. REDUCCIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN**

SI EL ASEGURADO O BENEFICIARIO, AL MOMENTO DE TENER CONOCIMIENTO DEL INCUMPLIMIENTO O CON POSTERIORIDAD A ÉSTE Y ANTERIOR AL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, FUERE DEUDOR DEL CONTRATISTA POR CUALQUIER CONCEPTO, SE APLICARÁ LA COMPENSACIÓN Y LA INDEMNIZACIÓN SE DISMINUIRÁ EN EL MONTO DELAS ACREENCIAS, SEGÚN LA LEY, DE CONFORMIDAD CON LO SEÑALADO EN LOS ARTÍCULOS 1714 Y SUBSIGUIENTESDEL CÓDIGO CIVIL.

IGUALMENTE SE DISMINUIRÁ DEL VALOR DE LA INDEMNIZACIÓN EN EL DE LOS BIENES QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HAYA OBTENIDO DEL CONTRATISTA, JUDICIAL O EXTRAJUDICIALMENTE, EN EJERCICIO DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO CUYO CUMPLIMIENTO SE GARANTIZA CON LA PRESENTE PÓLIZA.

**5. PAGO DEL SINIESTRO**

LA ASEGURADORA PAGARÁ EL VALOR DEL SINIESTRO, ASÍ:

5.1. PARA EL CASO PREVISTO EN EL NUMERAL 3.1., DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE CON TAL FIN HAGA LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE PARA RECLAMAR EL PAGO, ACOMPAÑADA DEL ACTO ADMINISTRATIVO DEBIDAMENTE EJECUTORIADO Y DEL ACTA DE LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO O DE LA RESOLUCIÓN EJECUTORIADA QUE ACOJA LA LIQUIDACIÓN UNILATERAL.

5.2 PARA EL CASO DEL NUMERAL 3.2, DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE HAGA LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, ACOMPAÑADA DEL ACTO ADMINISTRATIVO DEBIDAMENTE EJECUTORIADO, JUNTO CON LA CONSTANCIA DE LA ENTIDAD ESTATAL DE LA NO EXISTENCIA DE SALDOS A FAVOR DEL CONTRATISTA RESPECTO DE LOS CUALES SE PUEDA APLICAR LA COMPENSACIÓN DE QUE TRATA LA CONDICIÓN CUARTA DE ESTE CLAUSULADO O EN LA QUE CONSTE LA DISMINUCIÓN EN EL VALOR A INDEMNIZAR EN VIRTUD DE TAL COMPENSACIÓN.

**PARAGRAFO.**

LA ASEGURADORA PODRÁ OPTAR POR CUMPLIR SU PRESTACIÓN MEDIANTE EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN O CONTINUANDO LA EJECUCIÓN DE LA OBLIGACIÓN GARANTIZADA, DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1102 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

**6. VIGILANCIA SOBRE EL CONTRATISTA EN LA EJECUCION DEL CONTRATO**

LA ASEGURADORA TIENE DERECHO A EJERCER LA VIGILANCIA SOBRE EL CONTRATISTA EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, PARA LO CUAL LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE LE PRESTARÁ LA COLABORACIÓN NECESARIA.

**7. SUBROGACION**

EN VIRTUD DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN LA ASEGURADORA SE SUBROGA HASTA CONCURRENCIA DE SU IMPORTE, EN TODOS LOS DERECHOS QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE TENGA CONTRA EL CONTRATISTA.

LA ENTIDAD ESTATAL NO PUEDE RENUNCIAR EN NINGÚN MOMENTO A SUS DERECHOS CONTRA EL CONTRATISTA Y SI LO HICIERE PERDERÁ EL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN.

EL CONTRATISTA SE OBLIGA A REEMBOLSAR INMEDIATAMENTE A LA ASEGURADORA, LA SUMA QUE ÉSTA LLEGARE A PAGAR A LA ENTIDAD ESTATAL, CON OCASIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, INCREMENTADA CON LOS INTERÉSES MÁXIMOS LEGALES VIGENTES AL MOMENTO DEL REEMBOLSO, CALCULADOS DESDE QUE LA ASEGURADORA EFECTÚE EL PAGO RESPECTIVO, SIN NECESIDAD DE REQUERIMIENTOS PREVIOS.

**8. CESION DEL CONTRATO**

EN EL EVENTO QUE POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA EL ASEGURADOR RESOLVIERA CONTINUAR, COMO CESIONARIO, CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ESTUVIESE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA ACEPTA DESDE AHORA LA CESIÓN DEL CONTRATO A FAVOR DEL ASEGURADOR.

EN TAL EVENTO LAS PARTES SUSCRIBIRÁN EL CONTRATO CORRESPONDIENTE, Y ASEGURADORA SOLIDARIA PRESENTARÁ GARANTÍAS EN LOS TÉRMINOS EXIGIDOS POR LA LICITACIÓN O CONTRATO.

**9. NO EXPIRACION POR FALTA DE PAGO DE PRIMA E IRREVOCABILIDAD**

LA PRESENTE PÓLIZA NO EXPIRARÁ POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NI POR REVOCACIÓN UNILATERAL

.

**10. NOTIFICACIONES Y RECURSOS**

LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE DEBERÁ NOTIFICAR A LA ASEGURADORA LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS ATINENTES A LA EFECTIVIDAD DE LA PÓLIZA, PREVIO AGOTAMIENTO DEL DERECHO DE AUDIENCIA DEL CONTRATISTA Y DEL GARANTE.

**11. PROHIBICION DE LA TRANSFERENCIA**

NO SE PERMITE HACER CESIÓN O TRANSFERENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA SIN EL CONSENTIMIENTO ESCRITO DE LA ASEGURADORA. EN CASO DE INCUMPLIMIENTO DE ESTA DISPOSICIÓN, EL AMPARO TERMINA AUTOMÁTICAMENTE Y LA ASEGURADORA SOLO SERÁ RESPONSABLE POR LOS ACTOS DE INCUMPLIMIENTO QUE HAYAN OCURRIDO CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE LA CESIÓN O TRANSFERENCIA.

**12. COEXISTENCIA DE SEGUROS**

EN CASO DE EXISTIR, AL MOMENTO DEL SINIESTRO, OTRO SEGURO DE CUMPLIMIENTO CON RELACIÓN AL MISMO CONTRATO, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN A QUE HAYA LUGAR, SE DISTRIBUIRÁ ENTRE LOS ASEGURADORES EN PROPORCIÓN A LAS CUANTÍAS DE SUS RESPECTIVOS SEGUROS, SIN QUE EXISTA SOLIDARIDAD ENTRE LAS ASEGURADORAS PARTICIPANTES Y SIN EXCEDER DE LA SUMA ASEGURADA BAJO EL CONTRATO DE SEGURO.

**13. LLAMAMIENTO EN GARANTIA**

CUANDO SE AMPAREN CONTRATOS EN LOS CUALES SE HA SUSCRITO CLAUSULA COMPROMISORIA, DE CONFORMIDAD CON O PREVISTO EN EL ARTÍCULO 37 DE LA LEY 1563 DE 2012, LA ASEGURADORA QUEDARA VINCULADA A LOS EFECTOSDEL MISMO.

**14.** PROCESOS CONCURSALES LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA SE OBLIGA A HACER VALER SUS DERECHOS DENTRO DE CUALQUIER PROCESO CONCURSAL O PRECONCURSAL O LOS PREVISTOS EN LA LEY 550 DE 1999, LEY 1116 Y SUS NORMAS COMPLEMENTARIAS, EN EL QUE LLEGARE A SER ADMITIDO EL CONTRATISTA GARANTIZADO, EN LA FORMA EN QUE DEBERÍA HACERLO SI CARECIESE DE LA GARANTÍA OTORGADA POR LA PRESENTE PÓLIZA, SUS CERTIFICADOS DE APLICACIÓN Y SUS AMPAROS, DANDO AVISO A LA ASEGURADORA DE TAL CONDUCTA.

**15.** PRESCRIPCIÓN LAS ACCIONES DERIVADAS DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, SE SUJETAN A LOS TÉRMINOS DE PRESCRIPCIÓN DISPUESTOS EN EL ARTÍCULO 1081 DEL CÓDIGO DE COMERCIO Y DEMÁS NORMAS QUE LO ADICIONEN Y/O MODIFIQUEN.

**16.** DOMICILIO SIN PERJUICIO DE LAS DISPOSICIONES PROCESALES, PARA LOS EFECTOS RELACIONADOS CON EL PRESENTE CONTRATO SE FIJA EL DOMICILIO EN LA CIUDAD DE BOGOTA EN LA REPÚBLICA DECOLOMBIA.

**TOMADOR**

**ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA**

# RECIBO DE CAJA No. 465029278

| | | | |
|---|---|---|---|
| AGENCIA<br>SEAS ASEGURANDOTE BUCARAMANGA CENTRO | TRANSACCIÓN Nro.<br>465037970 | FECHA DE RECAUDO<br>08/03/2023 | TIPO PAGADOR<br>ASEGURADO |
| NOMBRE PAGADOR<br>BARRAGAN PEREZ CAREM PATRICIA | | | C.C o NIT<br>1098610385 |
| TOMADOR PÓLIZA<br>BARRAGAN PEREZ CAREM PATRICIA | | | |
| DETALLE DE PAGO<br>PAGO POLIZA DE CUMP. ENT. ESTATALES 994000007213 - NRO. ELECTRÓNICO 4650453618 | | | |
| | | | |
| VALOR EN LETRAS (en Pesos)<br>TREINTA Y DOS MIL CIENTO TREINTA PESOS | | | VALOR RECIBO<br>$ 32,130.00 |
| PAGO PÓLIZA DE CUMP. ENT. ESTATALES 994000007213 - ANEXO 0 AGENCIA SEAS ASEGURANDOTE BUCARAMANGA CENTRO, TOMADOR PÓLIZA: CC-1098610385 BARRAGAN PEREZ CAREM PATRICIA. VALOR PAGADO $ 32,130.00 RELACIONADO CON EL NRO. DE RECIBO 465037970 | | | |

FIRMA RECIBIDO PAGO

RECIBO GENERADO POR: BGA CONSULTORES DE SEGUROS LTDA

MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com



# EXAMEN DE OPTOMETRÍA

**DATOS PERSONALES** — Atención N°: 99,186

Fecha: 14/02/2023 Municipio: BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) CC: 1098610385 Nombre: BARRAGAN PEREZ CAREM PATRICIA Edad: 36 AÑOS 1
Genero: FEMENINO Profesión o Cargo: INSTRUCTOR Empresa: SENA
Eps: Tipo Evaluación Medica: EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOM F. Último Examen: HACE 1 AÑO
Lugar del Último Examen: BUCARAMANGA Motivo Consulta: EXAMEN DE INGRESO

**ANTECENDENTES OCULARES**

| | |
|---|---|
| DISMINUCIÓN AV VL | REFIERE |

| AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN | | AV/VL | AV/VP | PH | AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN | AV/VL | AV/VP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| O.D: | NO APLICA | 20/100 | 0.5 | N/A | - | 20/- | - |
| O.I: | NO APLICA | 20/100 | 0.5 | N/A | - | 20/- | - |
| A.O: | NO APLICA | 20/ 100 | 0.5 | N/A | MONOFOCAL | 20/20 | 0.5 |

**RETINOSCOPIA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| O.D: **NEUTRO** | NEUTRO | AV VL 20/ **20** | AV VP 20/ **0.5** |
| O.I: **NEUTRO** | NEUTRO | AV VL 20/ **20** | AV VP 20/ **0.5** |

**TEST**

VISION AL COLOR ISHIHARA: **NORMAL**
ESTEREOPSIS TITMUS: **NORMAL**

**EXÁMEN EXTERNO**

OBSERVACION: **NORMAL**

**EXAMEN MOTOR**

OBSERVACION: **NORMAL**

**OFTALMOSCOPIA**

O.D: **FOAN**
O.I: **FOAN**

| CÓDIGO | DIAGNÓSTICO | OJO | ORIGEN | TIPO |
|---|---|---|---|---|
| H5213 | MIOPIA AO | AMBOS | COMÚN | 1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA |

**DISPOSICION**

CONTROL EN 1 AÑO
CORRECCIÓN OPTICA PARA VL

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:**

EXAMEN NO APLICA PARA FORMULA DE GAFAS. APARNTE NORMALDIAD VISUAL AO

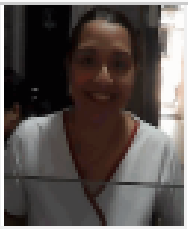
**OPTOMETRA**

Firma:
Nombre: HERRERA CORREA DIEGO FERNANDO
R. M.: 1098644385 L.S.O.:

**PACIENTE**

Firma:
Nombre: BARRAGAN PEREZ CAREM PATRICIA
CC: 1098610385

MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4283732 Email: mtsips@hotmail.com



# AUDIOMETRIA

**DATOS PERSONALES** — Atención N°: 94117

Fecha: 14/02/2023 Ciudad: BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA)
Tipo Exámen: EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Eps:
CC: 1098610385 Nombre: BARRAGAN PEREZ CAREM PATRICIA Edad: 36 AÑOS 11 Genero: FEMENINO
Fecha Nacimiento: 24/02/1986 Empresa: SENA Ocupacion: INSTRUCTOR

**ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES**

| Empresa | Cargo | Tipo de Proteccion | Tolerancia | Años | Meses |
|---|---|---|---|---|---|
| SENA | INSTRUCTOR (INGRESAR) | NINGUNA | NO APLICA | 0 | 0 |

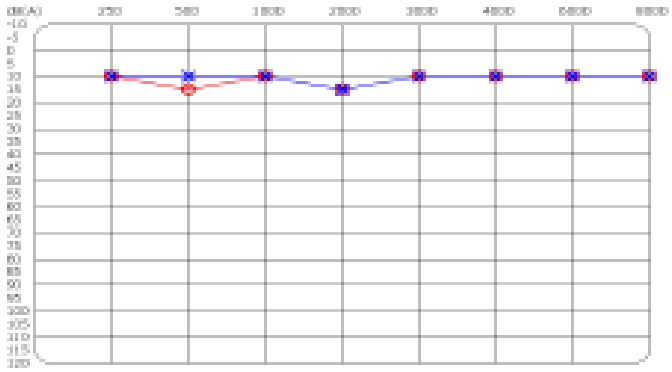
**EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL**

| Antecedente en | Observación | Antecedente en | Observación |
|---|---|---|---|
| TEJO | NO REFIERE | POLÍGONO | NO REFIERE |
| MOTO | NO REFIERE | WALKMAN | SI |
| DISCOTECA | NO REFIERE | OTRO | NO REFIERE |
| SERVICIO MILITAR | NO REFIERE | | |

**CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA**

Descanso auditivo(Horas) : 12 Hora(s) Realizó re test: NO Uso Cabina Sonoamortiguada: SI
Marca y Referencia audiometró utilizado: MAICO MA 42 F. Ultima Calibración: 2022-11-09

○ : Vía aérea del OD × : Vía aérea del OI
< : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI) > : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)




**OTOSCOPIA**

Oído derecho: CAE DESPEJADO MT INT
Oído izquierdo: CAE DESPEJADO MT INT

| dB(A) | 250 | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 | 8000 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VAOD | 10 | 15 | 10 | 15 | 10 | 10 | 10 | 10 |
| VAOI | 10 | 10 | 10 | 15 | 10 | 10 | 10 | 10 |

**SEVERIDAD - CAOHC**

Oído derecho: Normal(0 - 25 dB) Oído izquierdo: Normal(0 - 25 dB)

| Código | Nombre del Diagnóstico | Oído | Origen | Tipo |
|---|---|---|---|---|
| AA233 | AUDICION NORMAL BILATERAL | AMBOS | COMÚN | 1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA |

| RECOMENDACION | OBSERVACION |
|---|---|
| CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO | |
| USE PROTECCIÓN AUDITIVA | |

**Observaciones**

AUDICION DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD BILATERAL

**FONOAUDIÓLOGO**

Firma:
Nombre: BERMUDEZ RUEDA MARCELLA PATRICIA
R. M.: 0300411 L.S.O.: 0000

**TRABAJADOR**

Firma:
Nombre: BARRAGAN PEREZ CAREM PATRICIA
CC 1098610385



[Escriba aquí]

M.T.S.

IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT.900374091-1

## VALORACION FONOADIOLOGICA

**I. DATOS PERSONALES**

Fecha: 14/02/2023

| Nombres y Apellidos | Identificacion | Edad |
|---|---|---|
| Cristian Rafael Barranco Perez | 1098610395 | 36a |

| Tipo de Examen | Empresa |
|---|---|
| Evaluación Fonoaudiologica | SGSA |

**II. EVALUACION**

**HABLA**

**ORGANOS FONOARTICULADORES:**

Labios: N Lengua: N Dientes: N Paladar Duro: N Paladar Blando: N Uvula: N Maxilares: N

**ARTICULACION:** Adecuada: X Inadecuada: ____

**PROCESOS MOTORES BASICOS**

**RESPIRACION:**

Modo: Nasal: X Bucal: ____ Mixto: ____

Tipo: Cervicular: X Abdominal: ____ Costodiafragmatico: ____

Frecuencia: Hombre ( 16-18): ____ Mujer ( 18-20): 19Q

**RESONANCIA:**

Normal: X Hipernasalidad: ____ Hiponasalidad: ____

**FONACION:**

**Intensidad:** Normal: X Aumentada: ____ Disminuida: ____

**Tono:** Normal: ____ Bajo: ____ Alto: ____ Monotono: ____

**Timbre:** Normal: ____ Disfonico: X Nasalizado: ____

**Coordinacion Fonorespiratoria:** Adecuada: X Inadecuada: ____

**Tiempo de Fonacion:** 19Q

**PROSODIA**

**Ritmo:** Normal: X Bradilalico: ____ Taquilalico: ____

**Entonacion y Acentuacion:** Adecuada: X Inadecuada: ____

**AUDICION:** Normal: X Alterada: ____

**OTOSCOPIA:** OD: Limpio OI: ____

**Diagnostico:** Evaluación dentro de parametros de normalidad dentro de las variables de la voz.

**MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD IPS S.A.S.**
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 N° 48-62 Mejoras Públicas
Tel: 6320435 - 316 4263732 Email: mtsips@hotmail.com

M.T.S.

Código de Seguridad
B1H32N161329



**DATOS PERSONALES** — **Laboratorio N°: 161,329**

Municipio: BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Fecha y Hora: martes, 14 de febrero de 2023 09:26:31 a.m.

Nombres y Apellidos: BARRAGAN PEREZ CAREM PATRICIA CC: 1098610385 Género: FEMENINO

F. Nacimiento: 24/02/1986 Edad: 36 AÑOS 11 MESES 20 DÍAS Entidad: PARTICULARES

## RESULTADOS DEL LABORATORIO

### MICROSCOPÍA

**PARCIAL DE ORINA**

| ANALITO | RESULTADO | VALOR REFERENCIA |
|---|---|---|
| ANALISIS FISICO | | |
| COLOR | AMARILLO | |
| ASPECTO | LIGERAMENTE TURBIO | |
| DENSIDAD | 1025 | |
| Ph | 5.0 | |
| ANALISIS QUIMICO | | |
| LEUCOCITOS | NEGATIVO | Leu / uL |
| NITRITOS | NEGATIVO | Positivo/Negativo |
| PROTEINAS | NEGATIVO | mg/dl |
| GLUCOSA | NEGATIVO | mg/dl |
| CETONAS | NEGATIVO | mg/dl |
| UROBILINOGENOS | NORMAL | mg/dl |
| BILIRRUBINAS | NEGATIVO | mg/dl |
| ERITROCITOS | + | mg/dl |
| HEMOGLOBINA | + | mg/dl |
| ANALISIS MICROSCOPICO | | |
| CELULAS EPITELIALES ALTAS | | XCampo |
| CELULAS EPITELIALES BAJAS | 0-8 | XCampo |
| LEUCOCITOS | 2-4 | XCampo |
| HEMATIES | 0-8 | XCampo |
| BACTERIAS | + | XCampo |
| MOCO | + | XCampo |
| LEVADURA | | XCampo |
| PIOCITOS | | XCampo |
| ESPERMATOZOIDES | | XCampo |
| CRISTALES URATOS AMORFOS | | XCampo |
| CRISTALES FOSFATOS AMORFOS | | XCampo |
| CRISTALES OXALATO DE CALCIO | | XCampo |
| CRISTALES FOSFATOS TRIPLE | | XCampo |
| CRISTALES ACIDO URICO | | XCampo |
| OBSERVACION | *MUESTRA CONTAMINADA CON PERIODO | |

**Jose Yohany Salazar Niño**
Bacteriólogo(a) RP.: T.P 02972/08

**MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD**
**IPS S.A.S.**
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com

M.T.S.

Código de Seguridad
J1P32V161330



## DATOS PERSONALES

**Laboratorio N°: 161,330**

Municipio: BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Fecha y Hora: martes, 14 de febrero de 2023 09:26:31 a.m.

Nombres y Apellidos: BARRAGAN PEREZ CAREM PATRICIA CC: 1098610385 Género: FEMENINO

F. Nacimiento: 24/02/1986 Edad: 36 AÑOS 11 MESES 20 DIAS Entidad: PARTICULARES

## RESULTADOS DEL LABORATORIO

### HEMATOLOGÍA

**CUADRO HEMÁTICO**

| CUADRO HEMATICO TIPO IV | VALOR | VALOR REFERENCIA |
|---|---|---|
| RECUENTO GLOBULOS BLANCOS | 5.29 | 5 - 11 10^9/L |
| HEMATOCRITO | 43.56 | 34 – 54 % |
| HEMOGLOBINA | 14.7 | 11.5 – 17.3 g/dl |
| RECUENTO GLOBULOS ROJOS | 5.02 | 3.8 – 5.8 10^12/L |
| VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO | 87 | 84 – 98 fl |
| HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA | 29.2 | 27.5 – 32.4 pg |
| PLAQUETAS | 270 | 156 – 342 10^9/L |
| VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO | 10.2 | 8.3 – 12 fl |
| GRANULOUCITOS % | 56.9 | 43.6 – 73.4 % |
| LINFOCITOS % | 37.4 | 19.1 – 48 % |
| MIXTAS % | 5.7 | 4.5 – 12. 1 % |

**Jose Yohany Salazar Niño**
Bacteriólogo(a) RP: T.P 02972/08

**MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD**
**IPS S.A.S.**
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com

Código de Seguridad
C1I32O161327



**DATOS PERSONALES** — **Laboratorio N°: 161,327**

Municipio: BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Fecha y Hora: martes, 14 de febrero de 2023 09:26:31 a.m.
Nombres y Apellidos: BARRAGAN PEREZ CAREM PATRICIA CC: 1098610385 Género: FEMENINO
F. Nacimiento: 24/02/1986 Edad: 36 AÑOS 11 MESES 20 DÍAS Entidad: PARTICULARES

## RESULTADOS DEL LABORATORIO

### QUÍMICA

**GLICEMIA**

| ANALITO | RESULTADO | VALOR REFERENCIA | METODO |
|---|---|---|---|
| GLICEMIA | 87 | 70 - 110 mg/dl | OXIDASA / PEROXIDASA |

**Jose Yohany Salazar Niño**
Bacteriólogo(a) RP: T.P 02972/08

---

**MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD**
**IPS S.A.S.**
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com

Código de Seguridad
J1P32V161330



**DATOS PERSONALES** — **Laboratorio N°: 161,330**

Municipio: BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Fecha y Hora: martes, 14 de febrero de 2023 09:26:31 a.m.
Nombres y Apellidos: BARRAGAN PEREZ CAREM PATRICIA CC: 1098610385 Género: FEMENINO
F. Nacimiento: 24/02/1986 Edad: 36 AÑOS 11 MESES 20 DÍAS Entidad: PARTICULARES

## RESULTADOS DEL LABORATORIO

### HEMATOLOGÍA

**CUADRO HEMÁTICO**

| CUADRO HEMATICO TIPO IV | VALOR | VALOR REFERENCIA |
|---|---|---|
| RECUENTO GLOBULOS BLANCOS | 6.29 | 5 - 11 10^9/L |
| HEMATOCRITO | 43.56 | 34 – 54 % |
| HEMOGLOBINA | 14.7 | 11.5 – 17.3 g/dl |
| RECUENTO GLOBULOS ROJOS | 5.02 | 3.8 – 5.8 10^12/L |
| VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO | 87 | 84 – 98 fl |
| HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA | 29.2 | 27.5 – 32.4 pg |
| PLAQUETAS | 270 | 156 – 342 10^9/L |
| VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO | 10.2 | 8.3 – 12 fl |
| GRANULOUCITOS % | 56.9 | 43.6 – 73.4 % |
| LINFOCITOS % | 37.4 | 19.1 – 48 % |
| MIXTAS % | 5.7 | 4.5 – 12. 1 % |

**Jose Yohany Salazar Niño**
Bacteriólogo(a) RP: T.P 02972/08



**MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD IPS S.A.S.**
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com

# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 126.571

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 14 DÍA | 02 MES | 2023 AÑO | BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad | EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| PARTICULARES | SENA |
|---|---|
| Nombre de la empresa | Empresa usuaria |

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| BARRAGAN PEREZ CAREM PATRICIA | FEMENINO | 36 AÑOS 11 MESES 20 DÍAS | Tipo: CC | Número: 1098610385 |

Cargo
**INSTRUCTOR**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
**SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA CON SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA**

Observaciones: *NO APLICA*

| | | |
|---|---|---|
| N/A | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) | N/A |

| RESTRICCIONES LABORALES | RECOMENDACIONES |
|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL | CUADRO HEMÁTICO |
| OPTOMETRÍA | PERFIL LIPIDICO |
| AUDIOMETRÍA | PRUEBA PSICOLÓGICA |
| GLICEMIA | EVALUCION FONOAUDIOLOGICO |
| PARCIAL DE ORINA | ---------- |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| ---------- | USO DE EPP | CONTROL DE PESO |
| | ---------- | HACER DEPORTE |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**


| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| ---------- | USO DE EPP | CONTROL DE PESO |
| | ---------- | HACER DEPORTE |


**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

CONDUCTAS OCUPACIONALES PREVENTIVAS: USO DE EPP, PAUSAS ACTIVAS EN EL TRABAJO A DIARIO, ADECUADA POSTURA Y HÁBITOS POSTURALES TANTO EN POSICIÓN DE PIE COMO SENTADO RECOMENDACIONES GENERALES EXTRALABORALES: REALIZAR EJERCICIO DIARIO 30-40MIN COMO TROTE, CAMINATA ENÉRGICA, NATACIÓN, CICLISMO U OTRA ACTIVIDAD DEPORTIVA, ACORDE CON SU ESTADO FÍSICO Y CONDICIÓN DE SALUD, HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE CON DIETA BAJA EN GRASA, HARINAS Y DULCES, CONTROL DE PESO.
ABUNDANTE INGESTA DE LIQUIDOS PARA HIDRATACION, USO DE BLOQUEADOR SOLAR PARA EXPOSICION AL SOL

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico | Aspirante o Trabajador



| | | | |
|---|---|---|---|
| Firma: | | Firma: | |
| Nombre: | RIOS CABRALES CARLOS ANDRES | Nombre: | BARRAGAN PEREZ CAREM PATRICIA |
| R. M.: | 1098780373 L.S.O.: 12821 | CC: | 1098610385 |

**EMPRESA:** SENA

**INFORME CONFIDENCIAL**

**1. Datos Personales**

**Nombres y Apellidos:** BARRAGAN PEREZ CAREM PATRICIA

**Identificación: C. C. N°:** 1098610385 | **Edad:** 36 AÑOS

**Fecha de Evaluación:** FEBRERO 14 DE 2023

**Nivel de Escolaridad:** UNIVERSITARIO

**Sexo:** FEMENINO

**Dirección:** CARRERA 29 # 29 - 87

**2. Informe Psicológico**

El presente informe se realiza con base en la aplicación e interpretación de la prueba psicotécnica - **16PF5:** Prueba Objetiva de Personalidad

Los resultados de las pruebas, permiten predecir cómo podría comportarse un individuo en una variedad de situaciones al momento de aplicar las pruebas. A continuación, se darán a conocer los resultados obtenidos en la prueba, haciendo énfasis en las dimensiones más destacadas.

**2.1 16PF-5**

ÁREA INTELECTUAL

La evaluada muestra inteligencia alta con razonamiento elaborado; posee buen funcionamiento intelectual de planificación y actitudes organizativas. Su estilo intelectual es siempre práctico, de marcados intereses realistas. Tiende a ser convencional, alerta a las necesidades del día a día. Inquieta por intereses y hechos inmediatos.

ASPECTOS DE PERSONALIDAD

Se percibe que en ocasiones controla sus sentimientos y en otras no lo logra. Su tolerancia a la frustración está dentro de lo normal, al igual que su estabilidad emocional. En algunas ocasiones se deja afectar por los sentimientos, logrando en otras el control de los mismos.

## ASPECTOS RELACIONALES

En el área relacional muestra equilibrio entre introversión y extroversión. Valora la cooperación entre pares para el logro de objetivos comunes y el buen clima dentro de un equipo de trabajo.

**3. CONCEPTO**

A partir de los resultados obtenidos en las pruebas aplicadas se concluye lo siguiente: La evaluada tiende a ser adaptable, segura confiada, tradicional y controlada. En sus resultados muestra deseos de realización intelectual y visión objetiva del mundo.

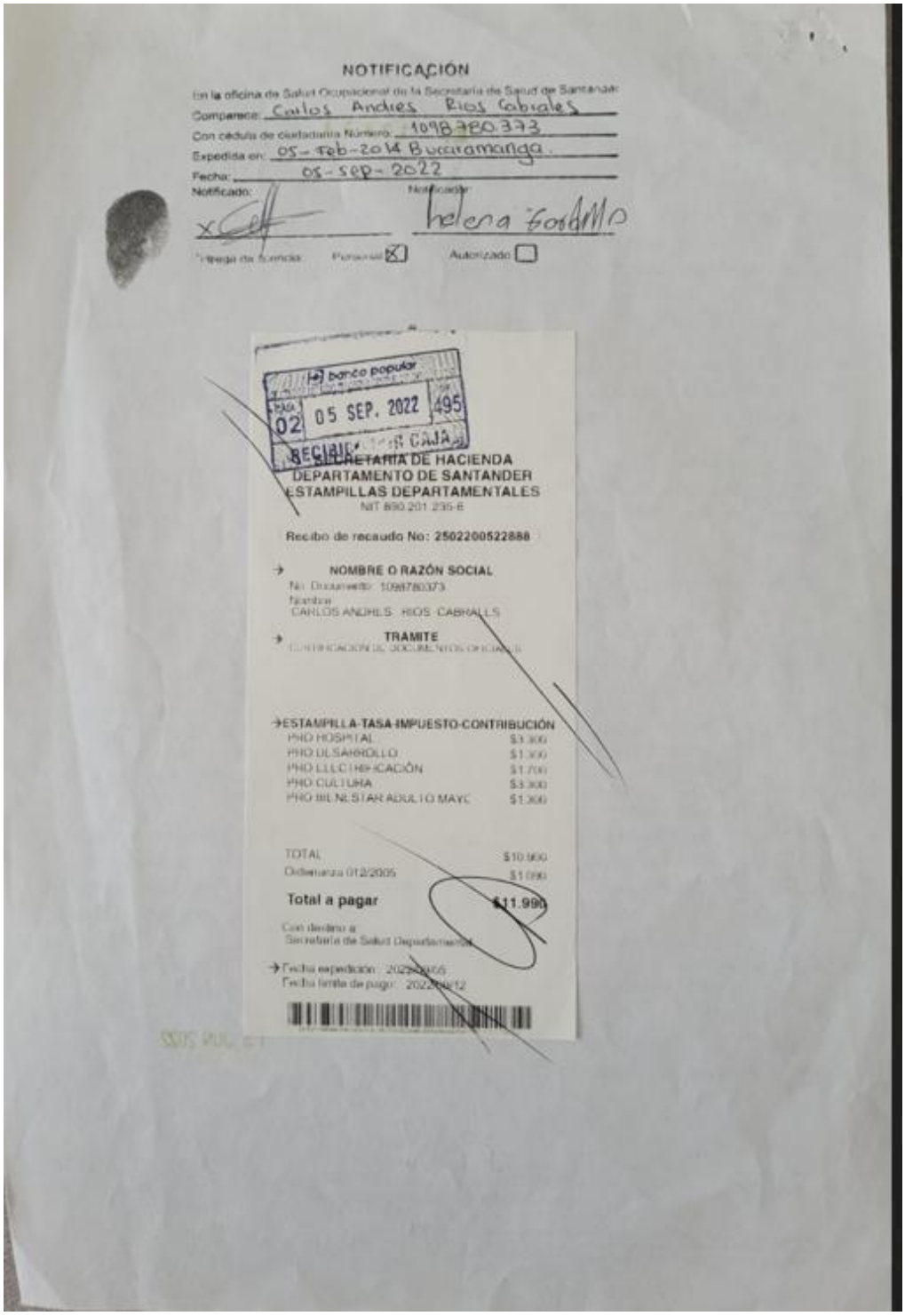
## CUADRO RESUMEN COMPETENCIAS COMPORTAMENTALES

| | EL POLO BAJO DEFINE UNA PERSONA | DECATIPO | | | | | | | | | | EL POLO ALTO DEFINE UNA PERSONA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | |
| A | FRIA, IMPERSONAL, DISTANTE, | | | | X | | | | | | | CALIDA, AFABLE, GENEROSA |
| B | DE PENSAMIENTO CONCRETO | | | | | | | X | | | | DE PENSAMIENTO ABSTRACTO |
| C | REACTIVA EMOCIONALMENTE CAMBIANTE | | | | X | | | | | | | EMOCIONALMENTE ESTABLE, ADAPTADA, MADURA. |
| E | COOPERADORA QUE EVITA CONFLICTOS | | | | | | X | | | | | DOMINANTE, ASERTIVA, COMPETITIVA |
| F | SERIA, REPRIMIDA, CUIDADOSA, PRUDENTE | | | | | | | X | | | | ANIMOSA, ESPONTANEA, ACTIVA, ENTUSIASTA |
| G | DESCUIDADA, FRIVOLA, NEGLIGENTE, INCONSTANTE | | | | | X | | | | | | ATENTA A LAS NORMAS, FORMAL, RESPONSABLE. |
| H | TIMIDA, TEMEROSA, COHIBIDA, RETRAIDA | | | | | | X | | | | | EMPRENDEDORA, ATREVIDA Y SEGURA EN LO SOCIAL |
| I | OBJETIVA, NADA SENTIMENTAL, RACIONAL | | | | | | | X | | | | SENSIBLE, SENTIMENTAL, EMOTIVA |
| L | CONFIADA ADAPTABLE CONCILIADORA | | | X | | | | | | | | VIGILANTE, SUSPICAZ, EXCEPTICA. |
| M | PRACTICA, REALISTA, OBJETIVA | | | | | | X | | | | | ABSTRAIDA, IMAGINATIVA, IDEALISTA |
| N | ABIERTA, GENUINA, NATURAL, SINCERA | | X | | | | | | | | | PRIVADA, CALCULADORA, DISCRETA |
| O | SEGURA, SATISFECHA | | | | X | | | | | | | APRENSIVA, INSEGURA, PREOCUPADA |
| Q1 | TRADICIONAL, CONSERVADORA, | | | | | X | | | | | | ABIERTA AL CAMBIO, EXPERIMENTAL, ANALITICA. |
| Q2 | SE INTEGRA EN EL GRUPO, DEPENDIENTE, BUSCA APOYO | | | | | | | X | | | | AUTOSUFICIENTE, INDIVIDUALISTA |
| Q3 | FLEXIBLE, TOLERANTE | | | | | | X | | | | | PERFECCIONISTA, ORGANIZADA, DISCIPLINADA. |
| Q4 | AUSENCIA DE TENCION, NERVIOSA, RELAJADA | | | | | X | | | | | | TENSA, ENERGICA, IMPACIENTE |

**ELABORADO POR:**

MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 28 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320635 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com

Nombre: EMILCE SANCHEZ GARCIA
Psicólogo Reg.121503
Especialista en Salud ocupacional Licencia 06246 **FIRMA**:



NOTIFICACIÓN

En la oficina de Salud Ocupacional de la Secretaría de Salud de Santander

Comparece: Carlos Andres Rios Cabrales

Con cédula de ciudadanía Número: 1098780373

Expedida en: 05-Feb-2014 Bucaramanga

Fecha: 05-SEP-2022

Notificado: x

Notificador: Helena Gordillo

Huella de Turnicida: Persona [X] Autorizado [ ]

banco popular

PAGA 02 05 SEP. 2022 495

RECIBIÓ CAJA

SECRETARIA DE HACIENDA
DEPARTAMENTO DE SANTANDER
ESTAMPILLAS DEPARTAMENTALES
NIT 890.201.235-6

Recibo de recaudo No: 2502200522888

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL
No. Documento: 1098780373
Nombre
CARLOS ANDRES RIOS CABRALES

TRAMITE
CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

ESTAMPILLA-TASA-IMPUESTO-CONTRIBUCIÓN

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $1.300 |
| PRO ULSAMMDLLO | $1.300 |
| PRO LLLCTHFICACIÓN | $1.700 |
| PRO CULTURA | $3.300 |
| PRO BIENESTAR ADULTO MAYC | $1.300 |
| TOTAL | $10.900 |
| Ordenanza 012/2005 | $1.090 |
| **Total a pagar** | **$11.990** |

Con destino a
Secretaría de Salud Departamental

Fecha expedición: 2022/09/05
Fecha límite de pago: 2022/09/12

| | | | |
|---|---|---|---|
| | RESOLUCIÓN | CÓDIGO | AP-JC-RG-89 |
| | | VERSIÓN | 5 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 22/05/2017 |
| | E. 12821 | PÁGINA | 1 de 1 |

**RESOLUCIÓN NÚMERO DE**

POR LA CUAL SE OTORGA UNA LICENCIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

**EL SUSCRITO SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL**

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en la Ley 1562 de 2012 y la Resolución 04502 de 2012 y,

**CONSIDERANDO**

Que CARLOS ANDRES RIOS CABRALES, identificado (a) con la cédula de Ciudadanía No. 1098780373, ha solicitado licencia para la prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el trabajo ante la Secretaria de Salud Departamental de Santander.

Que de conformidad con el artículo segundo de la Resolución 04502 del 28 de Diciembre de 2012, el peticionario ha presentado la documentación requerida para la expedición de la Licencia en Salud Ocupacional para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el trabajo.

Que por lo antes expuesto, el Secretario de Salud Departamental.

**RESUELVE:**

ARTÍCULO 1: Otórguese LICENCIA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A CARLOS ANDRES RIOS CABRALES, MEDICO Y CIRUJANO - ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO identificado(a) con la cédula de Ciudadanía No. 1098780373, en las áreas de Medicina en Seguridad y Salud en el trabajo, Investigación en área técnica, Investigación del accidente de trabajo, Educación, Capacitación, Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

ARTÍCULO 2: La licencia de que trata el artículo anterior se concede por el término de Diez (10) años contados a partir de la fecha de expedición de la presente Resolución.

ARTÍCULO 3: Cuando se modifique las condiciones por la cual se otorgó esta licencia, en el término máximo de un mes se debe informar a la Secretaria de Salud de Santander para la modificación de la misma.

ARTÍCULO 4: Esta licencia es válida en todo el Territorio Nacional y tendrá carácter personal e intransferible.

ARTÍCULO 5: Contra la presente Resolución procede los recursos legales.

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE.

Dado en Bucaramanga a los 15 JUN 2022

**JAVIER ALONSO VILLAMIZAR SUAREZ**
**Secretario de Salud Departamental**

VoBo: Luis Felipe Tarazona V. - Director Desarrollo Vigilancia y Control
Revisó: Yelitza Hernández G. – Coordinador Grupo de Acreditación en Salud y SOGC
Proyectó: Helena Gordillo O. - Grupo de Acreditación en salud S.O.G.C.

MINISTERIO DEL TRABAJO

# CERTIFICACIÓN CUMPLIMIENTO
# CIRCULAR NO 3-2023-0000014

Certifico que **CAREM PATRICIA BARRAGAN PEREZ** contratista que se identifica con cédula de ciudadanía **1098610385** cumplió con los documentos médicos y de ayudas diagnosticasexigidos para la contratación.

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

Se firma en Bucaramanga el 21 de marzo del 2023

Cordial saludo,



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