SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL ATLÁNTICO**
**CENTRO NACIONAL COLOMBO ALEMAN- ATLÁNTICO**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **8** |
| **Código Centro** | **920710** |
| **Fecha Elaboración** | **Julio de 2023** |
| **Versión** | **ENERO 2023 - 1,23** |
| **ID de Proceso** | **64284-074682** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

**Nombres y apellidos contratista:** MERCEDES DEL CARMEN VANEGAS MANTILL
**Correo electrónico contratista:** mdvanegas873@misena.edu.co
**C.C.** 22.478.378 **IP/Nº de contacto** 52007

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

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

**Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000:** NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 570026670054043

**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:** 5184458/2023 **Nº Compromiso SIIF** 151223

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 18.746.847 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 18.746.847 | **1** | **Del** | **10/07/2023** | **Al** | **31/07/2023** | **$ 2.507.540,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 16.239.307 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

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

R.P-INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL TITULADA Y COMPLEMENTARIA EN EL ÁREA DE SEGUIMIENTO ETAPA PRODUCTIVA DE ACUERDO CON LA PROGRAMACIÓN ACADÉMICA DEL SENA CENTRO NACIONAL COLOMBO ALEMÁN,

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 2.507.540 | | 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** | **$ 2.507.540** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 1.628.130** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | Julio | Junio |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **1055546355** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.160.000 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 145.000 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 185.600 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 6.100 | $ 0 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 626.885 | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466 | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466 | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.241.200 | $ - | |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Dependientes hasta $ 1.357.184 | $ - | |
| Salud hasta $ 678.592 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 2.792.123 | $ 542.710 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | TARIFA |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 1.628.130,00 | |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 2.176.940,00 | |
| Valor base IVA | 0,00 | |
| IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Reteica - 8299 | 21.769,00 | 1,000% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$2.485.771,00** | |

**SON: DOS MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS SETENTA Y UN PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

VISITA DE SEGUIMIENTO A LOS APRENDICES ASIGNADOS EN LAS DIFERENTES EMPRESAS DURANTE LA ETAPA PRODUCTIVA

**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.

**MERCEDES DEL CARMEN VANEGAS MANTILLA**
**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,

**ISABEL CRISTINA NINO CAMACHO**
**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**

**DORIS ESTER DEL TORO RUIZ**

**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)**

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2023-07-19, 01:41: PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 1055546355

**Periodo Cotización:** junio de 2023 **Periodo Servicio:** junio de 2023

## PAGADA 18/07/2023

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | MERCEDES DEL CARMEN VANEGAS MANTILLA | **Nombre Sucursal** | | **Código Sucursal** | |
| **Documento** | CC22478378 | **Dirección** | CRA 44 B # 98 - 48 | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 1 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma** | UNICA | | |
| **Ciudad** | BARRANQUILLA, DISTRITO ESP, INDUSTRIAL Y PORTUARIO | **Departamento** | ATLANTICO | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | CC null | | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | POSITIVA DE SEGUROS | | |

### II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pension | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte Sena | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 22478378 | MERCEDES DEL CARMEN VANEGASMANTILLA | 0 | 59 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | PORVENIR | $1.432.880 | $229.300 | SALUD TOTAL EPS | $1.432.880 | $179.200 | $0 | $1.432.880 | $7.500 | NINGUNA CCF | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $416.000 |

### III. TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAB | Aportes Min Educación | (Incapacidades,licencias,saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

**Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.**

¡El Poder de lo SIMPLE!

# TRANSACCIÓN EXITOSA

## Comprobante de la transacción

**Referencia / PIN**

8863634540

**Periodo de cotización**

202306

**Numero aprobación (CUS)**

53002403

**Banco**

BANCOLOMBIA

**Valor pagado**

$ 416.000

**Fecha de pago**

2023-07-18 09:50:09

**Respuesta**

¡Tu pago fue aprobado!

Descargar Comprobante

VOLVER

NUEVO PAGO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14683221253

(415)7707212489984(8020) 000001468322125 3

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

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 2 2 4 7 8 3 7 8 | 1 9 9 7 0 6 1 1 |

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

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| VANEGAS | MANTILLA | MERCEDES | DEL CARMEN |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 44 B 98 48 BRR MIRAMAR

42. Correo electrónico: merce.vanegas@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 0 1 4 5 9 5 2 7 0 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 | 2 | |
| 7 4 9 0 | 2 0 1 7 0 2 1 5 | 8 5 2 3 | 2 0 1 8 0 7 1 9 | 8 5 5 1 | | |

### Ocupación

| 51. Código | 52. Número establecimientos |
|---|---|
| | |

## 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 | 2 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

## Obligados aduaneros

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | |

| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |

## Exportadores

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

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

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2020 - 02 - 12

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 RONCALLO BETANCUR ERIKA PATRICIA
985. Cargo Gestor I

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

## Hace constar:

Que el Sr(a) MERCEDES DEL CARMEN VANEGAS MANTILLA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 22478378 realizó el día 19/07/2023 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 MERCEDES DEL CARMEN VANEGAS MANTILLA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 22478378 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.

_____
Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

# Hace constar:

Que el Sr(a) MERCEDES DEL CARMEN VANEGAS MANTILLA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 22478378 el día 19/07/2023 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

## POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

## HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **MERCEDES DELCARMEN VANEGAS HERNANDEZ** con **CC** No. **22478378**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

| Datos del Contratante | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| **Contratante:** NI 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA | **Fecha de última cobertura:** 13/07/2023<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 10/07/2023<br>**Fecha fin de Contrato:** 16/12/2023<br>**Clase de Riesgo:** 4<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 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): 202301017354887.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 19 días del mes de julio 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

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

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

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN: | SUCURSAL: | COD. SUC: | NO. PÓLIZA: | ANEXO: |
|---|---|---|---|---|
| BARRANQUILLA | BARRANQUILLA | 85 | 85-46-101035758 | 0 |

| FECHA EXPEDICIÓN: | | | VIGENCIA DESDE: | | | A LAS: | VIGENCIA HASTA: | | | A LAS: | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DÍA: | MES: | AÑO: | DÍA: | MES: | AÑO: | HORAS: | DÍA: | MES: | AÑO: | HORAS: | TIPO MOVIMIENTO: |
| 04 | 07 | 2023 | 10 | 07 | 2023 | 00:00 | 16 | 04 | 2024 | 23:59 | EMISIÓN ORIGINAL |

### DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | | IDENTIFICACIÓN: | |
|---|---|---|---|
| VANEGAS MANTILLA MERCEDES DEL CARMEN | | | C.C. :22,478,378 |
| DIRECCIÓN: CARRERA 44 NRO. 98 -48 | CIUDAD: BARRANQUILLA - ATLANTICO | | TELÉFONO: 3014595270 |

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

| ASEGURADO/BENEFICIARIO: | | IDENTIFICACIÓN: | |
|---|---|---|---|
| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE CENTRO NACIONAL COLOMBO ALEMAN | | | NIT. :899,999,034-1 |
| DIRECCIÓN: CALLE 30 NRO. 3E – 164 | CIUDAD: BARRANQUILLA - ATLANTICO | | TELÉFONO: 3762855 |
| 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.5184458 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL TITULADA Y COMPLEMENTARIA EN EL AREA DE SEGUIMIENTO ETAPA PRODUCTIVA DE ACUERDO CON LA PROGRAMACION ACADEMICA DEL SENA CENTRO NACIONAL COLOMBO ALEMAN.

### AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

| AMPAROS: | VIGENCIA DESDE: | VIGENCIA HASTA: | SUMA ASEG/ACTUAL: |
|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 10/07/2023 | 16/04/2024 | $ 1,874,684.70 |

ACLARACIONES:

| VALOR PRIMA NETA: | GATOS EXPEDICIÓN: | IVA: | TOTAL A PAGAR: | VALOR ASEGURADO TOTAL | PLAN DE PAGO: |
|---|---|---|---|---|---|
| $ 20,000.00 | $ 8,000.00 | $ 5,320.00 | $ 33,320.00 | $ 1,874,684.70 | CONTADO |

| INTERMEDIARIO | | | DISTRIBUCIÓN COASEGURO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: | CLAVE: | % PART: | NOMBRE COMPAÑÍA: | % PART: | VALOR ASEGURADO: |
| AVILA BLANQUICET NELLY | 40830 | 100,00 | | | |

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

PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 58 NO. 70-136 - TELÉFONO: 3681078 - BARRANQUILLA

85-46-101035758
FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

FIRMA TOMADOR



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. 85-46-101035758, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

Lo anterior de conformidad con lo establecido en el decreto 1082 de 2015, el cual regula las garantías ante entidades estatales.

Dado en BARRANQUILLA, a los 4 días del mes de Julio de 2023



FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

# LABORATORIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
# CENTRO INDUSTRIAL Y DE AVIACIÓN
# CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

**Resolucion: 4625 Licencia para prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo.**



## DATOS DEL TRABAJADOR

| | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA:** | Jueves 22 de Diciembre de 2022 | **HORA INICIA:** | 9:00:28 AM |
| **NOMBRES:** | MERCEDES DEL CARMEN VANEGAS MANTILLA | **HORA FINALIZA:** | 10:57:22 |
| **TIPO DOCUMENTO:** | RUT | **RH:** | A positivo |
| **DOCUMENTO:** | 22478378 | **GENERO:** | Femenino |
| **EDAD:** | 45 | **ESTADO CIVIL:** | Soltero |
| **FECHA NACIMIENTO:** | (A/M/D) 1977-08-30 | **ESCOLARIDAD:** | Post Grado |
| **LUGAR NACIMIENTO:** | Barranquilla - Atlantico | **CELULAR:** | 3014595270 |
| **CARGO:** | INSTRUCTORA LIDER | **DIRECCIÓN:** | Carrera 44 B 98 48Barranquilla-Atlantico |




## DATOS DE LA EMPRESA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NOMBRE:** | SENA | **NIT:** | 899999034-1 | **CIUDAD:** | BARRANQUILLA - ATLÁNTICO |
| **ACTIVIDAD:** | EDUCACIÓN | **TELEFONO:** | 3344863 - Ext 52247 | **DIRECCIÓN:** | Calle 30#3E-164 B/quilla |

## EXAMENES REALIZADOS

Colesterol, Glicemia, Triglicéridos, Parcial de orina, Hemograma, Audiometría, Visiometría

## ENFASIS

Osteomuscular, Cardiovascular, Psicosocial

## PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA (Si)

Visual, Auditivo,

## RESTRICCIONES

Ninguna

## RECOMENDACIONES:

TRABAJADOR: 1- Cuidar su salud y protección, cumpliendo con las acciones del SGSST. 2-Hacer pausas activas periódicas. 3-Usar los elementos protección personal adecuados. 4-Dieta balanceada, estilo de vida saludable y manejo del estrés. Valoracion medico y optometria EPS.
EMPLEADOR: 1-Realizar los exámenes médicos ocupacionales anual o según la normatividad vigente, según el caso. 2-Seguimiento y control del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. 3-Realizar pausas activas en sus trabajadores. 4-Seguir recomendaciones, lineamientos y protocolos de prevención Covid-19. 5-Sistema de vigilancia epidemiológico.Valoracion medico y optometria EPS.

## OBSERVACIONES:

Ninguna

## RESULTADO DE APTITUD LABORAL

**Apto con recomendaciones que no intervienen en su cargo**

Firmado digitalmente
Jueves 22 de Diciembre de 2022

**Firma, Licencia: 1180, Doctor(a): LEYDY DIANA CERINZA BARRIOS**

**Nombre o Firma del Trabajador**

**-La presente certificación se expide con base a la información manifestada por el trabajador, por la empresa, por el resultado del examen físico médico ocupacional y los resultados de los exámenes paraclínicos realizados, Dicho certificado tiene carácter confidencial, y es válido solo para el SENA, según la normatividad vigente.**

# LABORATORIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
# CENTRO INDUSTRIAL Y DE AVIACION
## AUDIOMETRIA TAMIZ



**Resolucion: 4625 Licencia para prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo.**

## DATOS DEL TRABAJADOR

| | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA:** | Jueves 22 de Diciembre de 2022 | **HORA INICIA:** | 10:09:15 |
| **NOMBRES:** | MERCEDES DEL CARMEN VANEGAS MANTILLA | **HORA FINALIZA:** | 10:15:41 |
| **TIPO DOCUMENTO:** | RUT | **RH:** | A positivo |
| **DOCUMENTO:** | 22478378 | **GENERO:** | Femenino |
| **EDAD:** | 45 | **ESTADO CIVIL:** | Soltero |
| **FECHA NACIMIENTO:** | (A/M/D) 1977-08-30 | **ESCOLARIDAD:** | Post Grado |
| **LUGAR NACIMIENTO:** | Barranquilla - Atlantico | **CELULAR:** | 3014595270 |
| **CARGO:** | INSTRUCTORA LIDER | **DIRECCIÓN:** | Carrera 44 B 98 48Barranquilla-Atlantico |



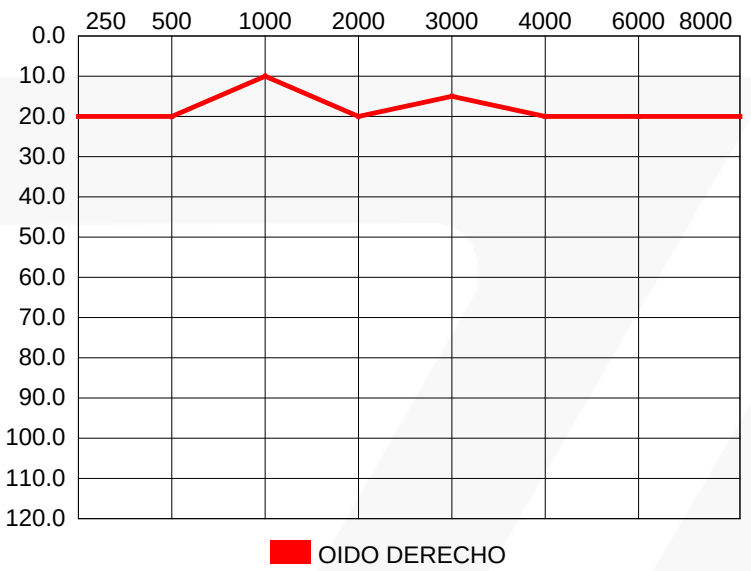

## DATOS DE LA EMPRESA

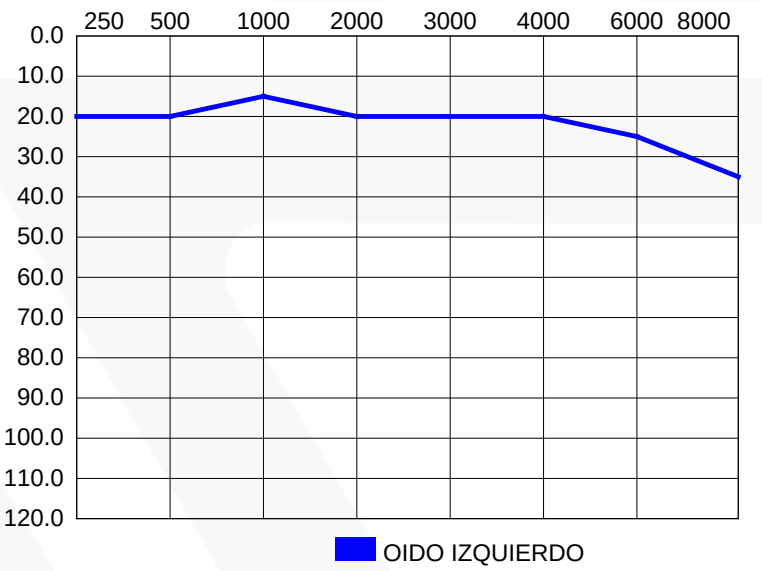
| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NOMBRE:** | SENA | **NIT:** | 899999034-1 | **CIUDAD:** | BARRANQUILLA - ATLÁNTICO |
| **ACTIVIDAD:** | EDUCACIÓN | **TELEFONO:** | 3344863 - Ext 52247 | **DIRECCIÓN:** | Calle 30#3E-164 B/quilla |

## OTOSCOPIA

**Oido derecho:** Normal **Hallazgo:** Ninguno
**Oido izquierdo:** Normal **Hallazgo:** Ninguno

## AUDIOMETRIA TAMIZ




| 250 | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 | 8000 | Promedio |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 20 | 20 | 10 | 20 | 15 | 20 | 20 | 20 | 16.67 |

| 250 | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 | 8000 | Promedio |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 20 | 20 | 15 | 20 | 20 | 20 | 25 | 35 | 18.33 |

## IMPRESION DIAGNOSTICA:

Sensibilidad auditiva periférica normal bilateral con descensos leves en frecuencias agudas para oído izquierdo

## DIAGNOSTICO PRINCIPAL:

H919 Hipoacusia, no especificada

## CONCEPTO:

**Apto con recomendaciones que no intervienen en su cargo**

**AUDIOMETRIA CLINICA:** Si **INTERCONSULTA - OTORRINOLARINGOLOGIA:** Si **CONTROL 1 AÑO:** Si

Firmado digitalmente
Jueves 22 de Diciembre de 2022

**Firma, Licencia: , Fonaudiologo(a): Jine Milena Echeverria**

**Nombre o Firma del Trabajador**

La presente certificación se expide con base en los resultados arrojados por la audiometria tamiz, dicho certificado tiene carácter confidencial, y es valido solo para el SENA, según la normatividad vigente.

# LABORATORIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
# CENTRO INDUSTRIAL Y DE AVIACION
## EXAMEN DE VISIOMETRIA



**Resolucion: 4625 Licencia para prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo.**

## DATOS DEL TRABAJADOR

| | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA:** | Jueves 22 de Diciembre de 2022 | **HORA INICIA:** | 10:38:26 |
| **NOMBRES:** | MERCEDES DEL CARMEN VANEGAS MANTILLA | **HORA FINALIZA:** | 10:45:19 |
| **TIPO DOCUMENTO:** | RUT | **RH:** | A positivo |
| **DOCUMENTO:** | 22478378 | **GENERO:** | Femenino |
| **EDAD:** | 45 | **ESTADO CIVIL:** | Soltero |
| **FECHA NACIMIENTO:** | (A/M/D) 1977-08-30 | **ESCOLARIDAD:** | Post Grado |
| **LUGAR NACIMIENTO:** | Barranquilla - Atlantico | **CELULAR:** | 3014595270 |
| **CARGO:** | INSTRUCTORA LIDER | **DIRECCIÓN:** | Carrera 44 B 98 48Barranquilla-Atlantico |




## DATOS DE LA EMPRESA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NOMBRE:** | SENA | **NIT:** | 899999034-1 | **CIUDAD:** | BARRANQUILLA - ATLÁNTICO |
| **ACTIVIDAD:** | EDUCACIÓN | **TELEFONO:** | 3344863 - Ext 52247 | **DIRECCIÓN:** | Calle 30#3E-164 B/quilla |

## UTILIZA PRESCRIPCION OPTICA:

No

## CAMPO VISUAL:

| OJO | 35° NASAL | 55° TEMPORAL | 70° TEMPORAL | 85° TEMPORAL |
|---|---|---|---|---|
| **Derecho** | X | X | X | X |
| **Izquierdo** | X | X | X | X |

## AGUDEZA VISUAL VISION LEJANA AMBOS OJOS:

Correccion: No

| 20/200 | 20/100 | 20/70 | 20/50 | 20/40 | 20/35 | 20/30 | 20/25 | 20/22 | 20/20 | 20/18 | 20/17 | 20/15 | 20/10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | X | | | | | | |

## AGUDEZA VISUAL VISION LEJANA OJO DERECHO:

Correccion: No

| 20/200 | 20/100 | 20/70 | 20/50 | 20/40 | 20/35 | 20/30 | 20/25 | 20/22 | 20/20 | 20/18 | 20/17 | 20/15 | 20/10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## AGUDEZA VISUAL VISION LEJANA OJO IZQUIERDO:

Correccion: No

| 20/200: | 20/100: | 20/70: | 20/50: | 20/40: | 20/35: | 20/30: | 20/25: | 20/22: | 20/20: | 20/18: | 20/17: | 20/15: | 20/10: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | X | | | | | | |

## AGUDEZA VISUAL VISION PROXIMA AMBOS OJOS:

Correccion: No

| 20/200: | 20/100: | 20/70: | 20/50: | 20/40: | 20/35: | 20/30: | 20/25: | 20/22: | 20/20: | 20/18: | 20/17: | 20/15: | 20/10: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | X | | | | | | |

## AGUDEZA VISUAL VISION PROXIMA OJO DERECHO:

Correccion: No

| 20/200: | 20/100: | 20/70: | 20/50: | 20/40: | 20/35: | 20/30: | 20/25: | 20/22: | 20/20: | 20/18: | 20/17: | 20/15: | 20/10: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## AGUDEZA VISUAL VISION PROXIMA OJO IZQUIERDO:

Correccion: No

| 20/200: | 20/100: | 20/70: | 20/50: | 20/40: | 20/35: | 20/30: | 20/25: | 20/22: | 20/20: | 20/18: | 20/17: | 20/15: | 20/10: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | X | | | | | | |

## PERCEPCION DE PROFUNDIDAD:

| Abajo 400 | Izquierda 200 | Abajo 100 | P. Superior 70 | P. Superior 50 | Izquierda 40 | Derecha 30 | Izquierda 25 | Derecha 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| X | | | | | | | | |

## PERCEPCION DEL COLOR:

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|
| 12 | 5 | 26 | 6 | 16 | Nada |

## FORIA VERTICAL VISION LEJANA:

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | X | | | |

## FORIA HORIZONTAL VISION LEJANA:

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | X | | | | | | | |

## FORIA HORIZONTAL VISION PROXIMA:

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## ALTERACION VISUAL:

Alterado

## DIAGNOSTICO PRINCIPAL:

H530 Ambliopia ex anopsia

## RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES:

Ambliopia por antecedente de toxoplasmosis OD, astigmatismo leve OI sin corregir, requiere corrección uso esfuerzo visual, uso EPV, filtro UV, control Optometría EPS

## CONCEPTO:

**Apto con recomendaciones que no intervienen en su cargo**

Firmado digitalmente
Jueves 22 de Diciembre de 2022

**Firma, Licencia: 13950, Esp: IVONNE ANGELICA BOCANEGRA**

**Nombre o Firma del Trabajador**

La presente certificación se expide con base en los resultados arrojados por el examen de visiometria, dicho certificado tiene carácter confidencial, y es valido solo para el SENA, según la normatividad vigente.

# LABORATORIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
# CENTRO INDUSTRIAL Y DE AVIACION
## ORDEN DE REMISIÓN



**Resolucion: 4625 Licencia para prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo.**

## DATOS DEL TRABAJADOR

| | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA:** | Jueves 22 de Diciembre de 2022 | **GENERO:** | Femenino |
| **NOMBRES:** | MERCEDES DEL CARMEN VANEGAS MANTILLA | **EDAD:** | 45 |
| **TIPO DOCUMENTO:** | RUT | **ESTADO CIVIL:** | Soltero |
| **DOCUMENTO:** | 22478378 | **RH:** | A positivo |
| **FECHA NACIMIENTO:** | (A/M/D) 1977-08-30 | **CELULAR:** | 3014595270 |
| **LUGAR NACIMIENTO:** | Barranquilla - Atlantico | | |

## TIPO DE EXAMEN

Ingreso

## REMITIDO DESDE

Laboratorio de Seguridad y Salud en el Trabajo - SST - Centro Industrial y de Aviacion

## REMITIDO HACIA

EPS SALUD TOTAL

## ESPECIALIDAD

MEDICINA GENERAL, OPTOMETRIA

## MOTIVO

Sensibilidad auditiva periférica normal bilateral con descensos leves en frecuencias agudas para oído izquierdo. uroanalisis: Bact: xxx  Leu:3-6 XC ,Antecedente

Ambliopia por antecedente de toxoplasmosis OD, astigmatismo leve OI sin corregir, requiere corrección uso esfuerzo visual, pendiente  control Optometría EPS

Firmado digitalmente
Jueves 22 de Diciembre de 2022

**Firma, Licencia: 1180, Doctor(a): LEYDY DIANA CERINZA BARRIOS**

**Nombre o Firma del Trabajador**

**-La presente remision se expide con base en la información manifestada por el trabajador, por el resultado del examen físico médico ocupacional y los resultados de los exámenes paraclínicos realizados, si aplican, dicho documento tiene carácter confidencial según la normatividad vigente.**

*Dra. Ana Bornachera*
Bacterióloga U. Metropolitana
Reg. P. 0518
Laboratorio clínico LIONS&PACINI

**Numero de orden: 13** **Fecha de ingreso dic 22 2022**
**PACIENTE:**
**Nombres : MERCEDES DEL CARMEN**
**Apellidos : VANEGAS MANTILLA**
**Identificacion: 22478378**
**Sexo/ edad : FEMENINO/ 45 AÑOS**
**EMPRESA : SENA INDUSTRIAL**
**Exámenes Solicitados: GLICEMIA, COLESTEROL TOTAL TRIGLICERIDOS.HEMOGRAMA P,ORINA**

# INFORME DE LABORATORIOS

| HEMATOLOGIA | | | |
|---|---|---|---|
| CUADRO HEMATICO | RESULTADOS | VR. HOMBRE | VR. MUJER |
| Hematocrito | 40% | 43-50 % | 37-45% |
| Hemoglobina | 13,6 g/dl | 14-16 g/dl | 12-14 g/dl |
| **Leucocitos** | **8000 mmc** | **5.000-11.000/mmc** | |
| **Hematies** | **4,400.000** | **4.000.000 – 5.000.000** | |

| FORMULA DIFERENCIAL | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Porcentaje** | **Seg %** | **Linfo %** | **Eosin %** | **Monc %** | **Basof %** | **Band %** |
| **v. normal** | **55-66** | **21-30** | **2-4** | **4-8** | **0-1** | **0-2** |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Resultado** | 55% | 40% | 5% | | | |

RECUENTO de PLAQUETAS 270.000mmc vn 150.000-450.000

| COAGULOGRAMA | |
|---|---|
| TIEMPO DE PROTOMBINA | |
| | |
| | |
| | |
| TIEMPO PARCIAL DE TOMBOPLASTINA | |
| | |
| | |
| | |

| URIANALISIS | |
|---|---|
| EXAMEN FÍSICO | EXAMEN MICROSCOPICO |
| COLOR AMARILL0 | BACTERIAS XXX |
| ASPECTO TURBIO XX | LEUCOCITOS 3-6/C |
| EXAMEN QUÍMICO | HEMATIES 1-3/C |
| PH 6,5 | CELULAS EPITELIALES XXX |
| DENSIDAD 1030 | ACUMULOS LEUCOCITARIOS NO |
| GLUCOSA | CRISTALES NO |
| PROTEINAS TRAZAS | CILINDROS NO |
| UROBILINÓGENO | OTROS MOCO X |
| BILIRUBINAS | |
| HEMOGLOBINA | |
| NITRITOS | |
| CETONAS | |

| QUÍMICA SANGUÍNEA | | |
|---|---|---|
| **DETERMINACIÓN** | **RESULTADO** | **VALOR NORMAL** |
| **Glicemia A:** | 79mg/dl | **70-105 mg/dl** |
| **Glicemia B** | | |
| **Colesterol total** | **200 mg/dl** | **Hasta 200 mg/dl** |
| **Colesterol HDL** | | **Mayor de 35 mg/dl** |
| **Colesterol L.D.L** | | **Menor de 150 mg /dl** |
| **Colesterol V.L.D.L** | | **0 – 40 mg/dl** |
| **Triglicéridos** | **130 mg/dl** | **30 – 150 mg/dl** |
| **Ácido úrico** | | **2,3-6.0 mg/dl** |
| **Nitrógeno ureico** | | **10-20 mg/dl** |
| **Urea** | | **10 – 50 mg/dl** |
| **Creatinina** | | **0,5 –1,2 mg/dl** |
| **Bilirrubina directa** | | **Hasta 0,25 mg/dl** |
| **Bilirrubina indirecta** | | **Hasta 0,75 mg/dl** |
| **Bilirrubina total** | | **Hasta 1,0 mg/dl** |
| **ANTIGENO ESPECIFICO PROSTATIC** | | **0-4.0 ng/dl** |
| **TGO** | | **0-40 U/ml** |
| **TGP** | | **0.40 U/ml** |
| **SEROLOGIA II** | | |
| **T3 TRIYODOTIRONINA** | | **0,61-1,81 ng/ml** |
| **T4 TIROXINA TOTAL** | | **4,5-10,9ug/dl** |
| **TSH HORMONA ESTIMULANTE DE LA TIROIDES** | | **0,55-4,78 uUI/ml** |
| **HEMOGLOBINA GLICOSILADA** | | **NO DIABETICO :MENOR DE 6% META TERAPEUTICA:6-7% DIABETICO NO CONTROLADO MAYOR DE 7%** |

Dra. Ana Bornachera M.
BACTERIOLOGA
TP 0518
C.C.45.442.370 Cartagena

**Carrera 44 No 47-54  cell 300-6572969**
**Barranquilla- Colombia**

Banco Davivienda S.A.

# CERTIFICADO

**BARRANQUILLA,** **29/06/2023**
**ATLANTICO,**
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora MERCEDES DEL CARMEN VANEGAS MANTILLA** con **Cédula de Ciudadanía** número **22478378**

Posee en el banco Davivienda:

**CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO**

| | |
|---|---|
| Número | **0570026670054043** |
| Fecha de apertura | **05/01/1996** |

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA