SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL QUINDÍO
CENTRO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO-QUINDIO

Código Regional	**63**
Código Centro	**953810**
Fecha Elaboración	**Julio de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**97512-872157**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	LUZ DARY IBARGUEN MOSQUERA	**C.C.**	31.967.128	**IP/Nº de contacto**	62866
Correo electrónico contratista:	ldibarguen@sena.edu.co				

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

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

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 86740369638

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: 5197285/2023 **Nº Compromiso SIIF** **69523**

Valor Total del Contrato	$ 16.068.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 16.068.000	**1**	**Del**	**10/07/2023**	**Al**	**31/07/2023**	**$ 2.163.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 13.905.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR:ORIENTAR FORMACIÃ“N PROFESI INTEG TITULADA COMPLEMENTARIA PRESENC/VIRTUAL 2023-02-261321

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.163.000		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	**$ 2.163.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.369.725**		**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	----------	**9452587641**
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 $ 540.750	$ -	
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	$ 456.575	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.369.725,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
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	0,00	0,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$2.163.000,00**	

SON: DOS MILLONES CIENTO SESENTA Y TRES MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se realizó alistamiento de la formación de acuerdo a la FPI, para la ficha 2472489, 2472565 según cronograma de formación recibido
En el presente mes se registraron las inasistencias en el sistema Sofiaplus, así como también se informa mediante correo electrónico l
Se ejecutó la FPI, conforme al programa de formación, proyecto formativo y planeación pedagógica, para las fichas asignadas 2472489, 2
Se aplica la estrategia de enseñanza, en proceso de elaboración guías e instrumentos de evaluación, para las fichas 2472489, 2472565
Se acatan los lineamientos del SIGSST Manual de discapacidad
Se realizó difusión por redes sociales de la oferta de formación titulada y/o complementaria virtual
En el presente mes el centro de formación, no me requirió para realizar acompañamiento a las actividades del equipo de bienestar
Se cumple con los lineamientos de presentación personal exigido por el SENA.
Se realiza la entrega del informe mensual de ejecución del contrato en las fechas especificadas.

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.

LUZ DARY IBARGUEN MOSQUERA
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,

CARMENZA QUINTERO DE LEON
INSTRUCTOR G19

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

CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La EPS SANITAS en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**,

CERTIFICA

Que **Luz Dary Ibarguen Mosquera** identificado(a) con **CEDULA DE CIUDADANIA** número **31967128,** está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 31967128
NOMBRES Y APELLIDOS	Luz Dary Ibarguen Mosquera
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
PARENTESCO	Conyuge
FECHA DE NACIMIENTO	27/09/1967
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	15/03/2001
FECHA RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	979 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	3012 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	51 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/02/2002
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 31967128 LUZ DARY IBARGUEN MOSQUERA Desde 01/08/2022 - Vigente
CEDULA DE CIUDADANIA 31967128 LUZ DARY IBARGUEN MOSQUERA Desde 01/01/2020 Hasta 31/07/2022

Generado por imzuleta 13/06/2023

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

Colfondos

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) LUZ DARY IBARGUEN MOSQUERA identificado(a) con C.C No. 31.967.128, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

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

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

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

Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

Gestión y Manejo en Salud S.A.S - GEMA
Nit. 901.003.563-7

Cel. 311 680 3353 Tel. 736 2277
Calle 13 Norte No 13 - 57 Barrio La Castellana
Armenia - Quindio - Colombia



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES — **Atención N°: 16397**

Fecha: 11/07/2022 **Ciudad:** ARMENIA (QUINDIO, COLOMBIA)
Tipo Exámen: EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR **Eps:**
CC: 31967128 **Nombre:** IBARGUEN MOSQUERA LUZ DARY **Edad:** 54 AÑOS 9 M **Genero:** FEMENINO
Fecha Nacimiento: 27/09/1967 **Empresa:** SENA **Ocupacion:** INSTRUCTORA

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
NO REPORTA	NO REPORTA	NINGUNA	NO APLICA	0	0

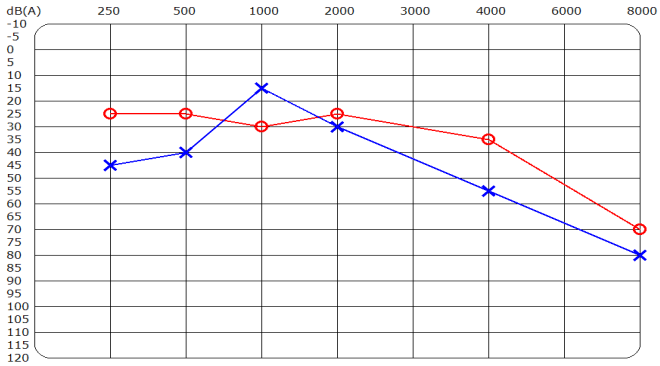
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NIEGA	POLÍGONO	SI
MOTO	SI	AUDÍFONOS	NIEGA
DISCOTECA	NIEGA	OTRO	
SERVICIO MILITAR	SI		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas) : 6 Hora(s) **Realizó re test:** SI **Uso Cabina Sonoamortiguada:** SI
Marca y Referencia audiometró utilizado: AMPLIVOX 260 **F. Ultima Calibración:** 2022-04-29

O : Vía aérea del OD
X : Vía aérea del OI
< : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI)
> : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)



OTOSCOPIA

Oído derecho: NORMAL
Oído izquierdo: NORMAL

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD	25	25	30	25		35		70
VAOI	45	40	15	30		55		80

SEVERIDAD - CAOHC	ELI	LARSEN	SPEECH AVERAGE LOSS
Oído derecho: Leve(25 - 40 dB)	**Oído derecho:** B	**Oído derecho:** GRADO II	**Oído derecho:** B
Oído izquierdo: Leve(25 - 40 dB)	**Oído izquierdo:** D	**Oído izquierdo:** GRADO II	**Oído izquierdo:** B

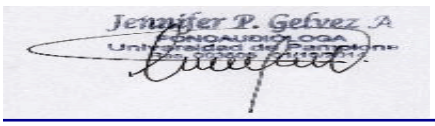
Código	Nombre del Diagnóstico	Oido	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	
AUDIOMETRIA CONFIRMATORIA	
EXAMENES AUDIOLÓGICOS COMPLEMENTARIOS	

Observaciones

DISMINUCION AUDITIVA BILATERAL DE GRADO LEVE CON DESCENSOS EN LAS FR 4000 HZ Y 8000 HZ DE AMBOS OIDOS DE GRADO LEVE A MODERADO

FONOAUDIÓLOGO



Firma:
Nombre: GELVEZ AREVALO JENNIFER PAOLA
R. M.: 1090435299 **L.S.O.:**

TRABAJADOR

Luz Dary Ibargüen

Firma:
Nombre: IBARGUEN MOSQUERA LUZ DARY
CC 31967128

Gestión y Manejo en Salud S.A.S - GEMA
Nit. 901.003.563-7

Cel. 311 680 3353 Tel. 736 2277
Calle 13 Norte No 13 - 57 Barrio La Castellana
Armenia - Quindio - Colombia



EXAMEN DE OPTOMETRÍA

DATOS PERSONALES

Atención Nº: 5,001

Fecha: 11/07/2022 **Municipio:** ARMENIA (QUINDIO, COLOMBIA) **CC:** 31967128 **Nombre:** IBARGUEN MOSQUERA LUZ DARY **Edad:** 54 AÑOS 9
Genero: FEMENINO **Profesión o Cargo:** INSTRUCTORA **Empresa:** SENA
Eps: **Tipo Evaluación Medica:** EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOM **F. Último Examen:** 1 MES
Lugar del Último Examen: OPTICA **Motivo Consulta:** EXAMEN DE INGRESO

ANTECENDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	NO APLICA
TRAE RX	NO
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	
USA ANTEOJOS	NO USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

	AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	N/A	N/A	N/A	+300-100X106	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	N/A	N/A	N/A	+250-100X118	N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	N/A	N/A	N/A	NO APLICA	N/A	N/A

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: **NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

REFLEJOS

OBSERVACIÓN: **PRESENTES Y NORMALES**

COVER TEST

VISIÓN LEJANA: **NORMAL**

VISIÓN PROXIMA: **NORMAL**

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

OFTALMOSCOPÍA

OJO DERECHO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**

QUERATROMETRÍA

OJO IZQUIERDO: **K´ =**

OJO DERECHO: **K´ =**

REFRACCIÓN

OJO DERECHO

OJO IZQUIERDO

RX FINAL

OJO IZQUIERDO	NO SE CAMBIA
OJO DERECHO	NO SE CAMBIA

VISIÓN COLOR

OJO DERECHO: **NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN PRÓXIMA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

DEBE USAR CORRECCION EN VISION PROXIMA

OPTOMETRA

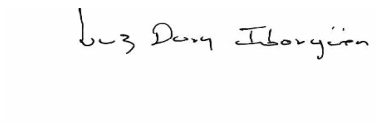


Firma:

Nombre: CORREA SUSANA

R. M.: 1226 CTNPO **L.S.O.:**

PACIENTE



Firma:

Nombre: IBARGUEN MOSQUERA LUZ DARY

CC: 31967128

Gestión y Manejo en Salud S.A.S - GEMA
Nit. 901.003.563-7

Cel. 311 680 3353 Tel. 736 2277
Calle 13 Norte No 13 - 57 Barrio La Castellana
Armenia - Quindio - Colombia



DATOS PERSONALES

Orden de Servicio N°: 70873

Municipio: ARMENIA (QUINDIO, COLOMBIA) **Fecha y Hora:** lunes, 11 de julio de 2022 08:00:35 a.m.

Nombres y Apellidos: IBARGUEN MOSQUERA LUZ DARY **CC:** 31967128 **Género:** FEMENINO

F. Nacimiento: 27/09/1967 **Edad:** 54 AÑOS 9 MESES 13 DÍAS **Entidad:** PARTICULAR **Autorización:** PAGO 149.500

RESULTADOS DEL LABORATORIO

QUÍMICA

PERFIL LIPIDICO.

INMUNOQUÍMICA

ANÁLISIS	RESULTADO		VALORES DE REFERENCIA
PERFIL LIPÍDICO			
TRIGLICERIDOS	75	mg/dl	40 - 200
			Optimo <150 mg/dl
			Moderado 150-199 mg/dl
			Elevado > 200 mg/dl
			Muy elevado >500mg/dl
COLESTEROL TOTAL	197	mg/dl	
			Optimo <200 mg/dl
			Moderado 200-239 mg/dl
			Elevado > 240 mg/dl
COLESTEROL HDL	47	mg/dl	39,3 - 65,5
			Hombres: Riesgo menor >50 mg/dl
			Riesgo normal 35-50 mg/dl
			Riesgo elevado < 35 mg/dl
			Mujeres: Riesgo menor >50 mg/dl
			Riesgo normal 35-50 mg/dl
			Riesgo elevado < 35 mg/dl
INDICE ARTERIAL	4.1		
			0 - 5.71
COLESTEROL VLDL	15	mg/dl	2 - 32
COLESTEROL LDL	135	mg/dl	86 - 143
			Optimo hasta 100 mg/dl
			Casi óptimo 100-129 mg/dl
			Moderado 130-159 mg/dl
			Elevado >160

Nota: El valor de colesterol LDL no es preciso si los trigliceridos son mayores a 400mg/dl
Nota: El valor del colesterol LDL es determinado directamente

Sara Jein Giraldo Naranjo
Bacteriólogo(a) RP: 1053840118

GLICEMIA

QUÍMICA SANGUINEA

ANÁLISIS	RESULTADO		VALORES DE REFERENCIA
GLUCOSA	175	mg/dl	70.00mg/dl -105mg/dl

Método: enzimático colorimétrico

Sara Jein Giraldo Naranjo
Bacteriólogo(a) RP: 1053840118

Susy Lezama V

VALORACIÓN PSICOLÓGICA

INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

Nombres y Apellidos: Luz Dary Ibarguen Mosquera

Cédula: 31.967.128

Celular: 3108334698

Estado civil: Casada

Nivel Educativo: Profesional

Cargo: Instructora de cocina

Empresa: SENA

Fecha de elaboración: 11/07/2022 **Cantidad consulta:** 1

* MOTIVO DE CONSULTA:

Valoración psicológica de ingreso para empezar a trabajar.

* METODO DE EVALUACIÓN:

Entrevista semi – estructurada con el consultante, duración aproximada de 45 minutos.

Susy Lezama V

EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

ANTECEDENTES: - **PSICOLÓGICOS:** NIEGA - **PSIQUIATRICOS:** NIEGA - **MEDICOS:** AFIRMA, hipertensión y diabetes.	**ASPECTO GENERAL:** **Condiciones de Higiene:** Buenas condiciones. **Actitud:** Colaboradora: (**X)** Apática: ( ) Evasiva: () Indiferente: ( ) Tensionado: ( )
EXAMEN MENTAL: Ausencia de conciencia: Si () No (**X**) Sueño: Insomnio () Narcolepsia () Hipersomnia ( ) Ninguno (**X**) **Toma medicamentos:** SI, para la hipertensión y diabetes tipo II.	**CONDUCTA MOTORA Y ESTADO AFECTIVO: ACTIVIDAD Y MOVIMIENTO:** Súbito ( ) Corto: ( ) Ausencia: ( ) Hiperactividad: ( ) Movimientos estereotipados ( ) Movimientos coherentes y con propósito: (**X**)
AFECTO: Voluble: ( ) Expansivo: ( ) Angustiado ( ) Lloroso: ( ) Apropiado: (**X**) Inapropiado: ( ) Embotado: ( ) Reacción Catastrófica: ( )	**ATENCION:** Adecuada (**X**) Dispersa () Puntualizada ( ) **DESCRIPCIÓN:** Actitud colaboradora, lenguaje fluido y coherente, responde de forma coherente a todo lo que se le pregunta.
MEMORIA: **RECUERDO inmediato:** deficiente:() claro: (**X**) ausente () **RECUERDO remoto:** deficiente: () claro: (**X**) ausente: ()	**LATERALIDAD:** Der. (X) Izq. () Ambidiestro ( )

CONCEPTO QUE TIENE DE SÍ MISMO:

SE DESCRIBE COMO UNA PERSONA: sensible, que no le gustan las mentiras, y apasionada servir y ayudar a los demás.

Susy Lezama V

COMPOSICION FAMILIAR: Paciente de 54 años, vive en la ciudad de Armenia, con su esposo y 2 hijas de 20 y 18, con quien describe una buena relación, de dialogo, unión y apoyo.

PERTENECE A GRUPOS RELIGIOSOS, **MOVIMIENTOS CÍVICOS, DEPORTIVOS:** Católico.	**ACTIVIDADES EN SU TIEMPO LIBRE:** Ver programas de recetas, escuchar música y compartir con los demás.
VALORES FAMILIARES:	Amor Respeto Solidaridad Dialogo
CONOCIMIENTO DE LA EMPRESA (QUE SABE DE LA EMPRESA): No aplica	**MEDIO A TRAVES DEL CUAL OBTUVO INFORMACION DE LA EMPRESA:** No aplica

CONCEPTO PSICOLÓGICO:

Durante del proceso de entrevista la paciente denota actitud colaboradora, consciente, alerta, memoria retrograda y anterograda conservadas, responde de manera coherente frente a lo que se le pregunta, su lenguaje es fluido con intensidad de voz adecuada, no evidencia ninguna alteración de acuerdo al ciclo vital y su aspecto e higiene son acordes a su estrato socioeconómico. Se encuentra ubicado en tiempo y espacio y su proceso de pensamiento es lógico y coherente, no presenta alteración en la percepción sin alucinaciones auditivas, visuales ni de otro tipo, sus procesos mentales superiores son acordes con su edad cronológica, psicomotricidad sin alteración y su juicio de realidad es adecuado.

HISTORIA PERSONAL, FAMILIAR Y SOCIAL:

Paciente de 54 años, vive en la ciudad de Armenia, con su esposo y 2 hijas de 20 y 18, con quien describe una buena relación, de dialogo, unión y apoyo; se describe como una persona sensible, que no le gustan las mentiras, y apasionada servir y ayudar a los demás.

Se visiona dentro de 3 años con su familia, viajando y continuar produciendo para alcanzar sus objetivos y creciendo profesionalmente. A nivel laboral cuenta con 2 años de experiencia relacionada al cargo; espera encontrar en la entidad el poder generar sus aportes, ayuda y amor por lo que se hace; la paciente recalca la importancia de velar por su seguridad y salud en el trabajo, demarcando el uso de los elementos de protección personal si en algún caso le sea necesario su implementación, lo que demuestra su preocupación por si mismo, por lo cual se recomienda el implemento y adecuada dotación deinstrumentos de seguridad si su labor lo requiere.

A nivel emocional, la paciente se denota estable y tranquilo con respecto a la labor, sin embargo, se sugiere a la entidad realizar la inducción respectiva al cargo, lo anterior con el fin de no afectar la salud mental del paciente al conocer sus funciones específicas y su nivel de responsabilidad frente al cargo asignado, reporta no encontrarse ingiriendo medicamento médico y no tener alergia a ninguno.

Susy Lozama V

ANTECEDENTES LEGALES:

No reporta antecedentes legales.

No reporta antecedentes legales por consumo de SPA.

HISTORIA DE CONSUMO DE SPA:

No reporta historia de consumo de SPA.

INFORMACION DE SALUD

1. ¿Ha tenido dificultades médicas en el ultimo año? NO
2. ¿Toma algún medicamento actualmente? SI
3. ¿ Es alérgico a algún medicamento? ALCAZERSE Y ASA
4. ¿A sufrido algún accidente o enfermedad laboral? NO
5. ¿Practica o realiza alguna actividad física deportiva? SI ¿Cuál? CAMINAR
6. ¿Ha sufrido alguna lesión por realizar esta actividad física deportiva? NO

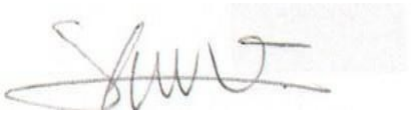
Susy Lezama V

CONCEPTO ENTREVISTA

EVALUADO, EL CUAL A LA FECHA CUENTA CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS ACORDES PARA LA LABOR, LAS CUALES LE PERMITIRAN DESEMPEÑARSE CON ÉXITO Y HACER FRENTE A LOS FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES QUE PUEDAN PRESENTARSE.

SUGIERE INGRESO: SI____X_____NO_____

NOTA: La información aquí registrada es de uso confidencial y exclusivo del personal del área de la salud.



SUSY LEZAMA VELÁSQUEZ PSICOLOGA-
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Tarjeta profesional: 169976 - LIC-73437-18

Gestión y Manejo en Salud S.A.S - GEMA
Nit. 901.003.563-7

Cel. 311 680 3353 Tel. 736 2277
Calle 13 Norte No 13 - 57 Barrio La Castellana
Armenia - Quindio - Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 67.918

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
11 DÍA	07 MES	2022 AÑO	ARMENIA (QUINDIO, COLOMBIA) Ciudad	**EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR**

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

PARTICULAR	**SENA**
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

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

IBARGUEN MOSQUERA LUZ DARY	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	54 AÑOS 9 MESES 13 DÍAS	CC	31967128
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo	Fecha de Ingreso / Egreso	Grupo Sanguineo
INSTRUCTORA		**A +**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CON CONDICIÓN QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA DESARROLLAR EL CARGO ASIGNADO.

Observaciones: *NO APLICA*

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
.	TEMPORAL	CONTINUAR SEGUIMIENTO PERIODICO DE COMORBLIDADES POR EPS, EN JORNADA LABORAL PERMITIR ALIMENTACION FRACCIONADA, BAJA EN CARBOHIDRATOS Y CORRECTA HIDRATACION

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

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	NORMAL	AUDIOMETRIA	NORMAL
OPTOMETRÍA	NORMAL	VALORACION POR PSICOLOGIA OCUPACIONAL	NORMAL
GLICEMIA	ALTERADO	PAQUETE DE INGRESO EXAMEN MEDICO + AUDIOMETRIA + OPTOMETRIA	NORMAL
PERFIL LIPIDICO.	NORMAL	- - - - - - - - - - - - - - - - - - -	

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES, CONTROL DE PESO, HACER DEPORTE, ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, DIETA BALANCEADA, HÁBITOS SALUDABLES

RECOMENDACIONES PERSONALES

HÁBITOS SALUDABLES, HÁBITOS SALUDABLES, CONTROL POR OPTOMETRÍA, PAUSAS ACTIVAS PREDOMINIO EN MIEMBROS SUPERIORES, PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, DEBE BAJAR PESO, USO ESTRICTO DE EPP, HIGIENE POSTURAL, CONTINUAR CONTROLES DE PATOLOGÍA DE ORIGEN COMÚN

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES PATOLOGIAS ORIGEN COMUIN COMPENSADAS, PUEDE INICIAR LABOR CON RECOMENDACIONES, EVITAR CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPRATURA EN MANOS, DEBE BAJAR PESO CONTROL NUTRICION. DEBE MANTENER HIGIENE POSTURAL, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA, CORRECTO USO DE PROTECCION PERSONAL SEGUN LABOR, CUMPLIMIENTO DE NORMAS DE SEGURIDAD EMPRESARIAL; REPORTE OPORTUNO DE ACCIDENTES LABORALES O SINTOMAS GENERALES A SU EMPRESA. MANTENER AUTOCUIDADO, HABITOS SALUDABLES, EJERCICIO REGULAR, NO CONSUMO DE LICOR, CIGARRILLO O DROGAS ILICITAS, PROCURAR BUENA CONDICION MENTAL Y FISICA PARA SU TRABAJO; CONTROL PERIODICO PREVENTIVO POR EPS Y CONTROL PERIODICO POR SALUD OCUPACIONAL EMPRESARIAL, CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD EMPRESARIAL. // CONTINUAR CONTROLES ESPECIALISTAS TRATANTES EPS.
SE SUGIEREN PARACLINICOS PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS
AUDIOMETRIA (OK) OPTOMETRIA (OK) PERFIL LIP (OK) GLICEMIA (ALT) PSCIOLOGIA (OK)

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Luz Dary Ibargüen

Médico

Firma: 

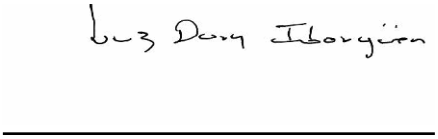
Nombre: LEZAMA VELASQUEZ NESTOR MAURICIO

R. M.: RM 16678/11 **L.S.O.:** 72480/14

Código de Seguridad

Y592E1K67918

Aspirante o Trabajador

Firma: 

Nombre: IBARGUEN MOSQUERA LUZ DARY

CC: 31967128

Gestión y Manejo en Salud S.A.S - GEMA
Nit. 901.003.563-7

Cel. 311 680 3353 Tel. 736 2277
Calle 13 Norte No 13 - 57 Barrio La Castellana
Armenia - Quindio - Colombia

RECOMENDACIONES

Paciente: IBARGUEN MOSQUERA LUZ DARY

Fecha: 11/07/2022

Identificación: CC: 31967128

Fecha Nacimiento: 27/09/1967

Cargo: INSTRUCTORA

Edad: 54 AÑOS 9 MESES 13 DÍAS

Tipo de Sangre: A +

Estado Civil: CASADO(A)

Género: FEMENINO

Ciudad: ARMENIA (QUINDIO, COLOMBIA)

Dirección: CLL 19A 18-67 C 15

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES, CONTROL DE PESO, HACER DEPORTE, ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, DIETA BALANCEADA, HÁBITOS SALUDABLES

RECOMENDACIONES PERSONALES

HÁBITOS SALUDABLES, HÁBITOS SALUDABLES, CONTROL POR OPTOMETRÍA, PAUSAS ACTIVAS PREDOMINIO EN MIEMBROS SUPERIORES, PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, DEBE BAJAR PESO, USO ESTRICTO DE EPP, HIGIENE POSTURAL, CONTINUAR CONTROLES DE PATOLOGÍA DE ORIGEN COMÚN

Hace constar:

Que el Sr(a) LUZ DARY IBARGUEN MOSQUERA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 31967128 realizó el día 30/07/2023 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 LUZ DARY IBARGUEN MOSQUERA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 31967128 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.

Luz Dary Ibargüen M

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) LUZ DARY IBARGUEN MOSQUERA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 31967128 el día 30/07/2023 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

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

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **LUZ DARI IBARGUEN MOSQUERA** con **CC** No. **31967128**, 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:** 10/07/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 10/07/2023 **Fecha fin de Contrato:** 15/12/2023 **Clase de Riesgo:** 1 **Cargo :** INSTRUCTOR **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): 202301017523355.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 30 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

Certificación Bancaria

Bancolombia

Martes, 13 de junio de 2023

Señores:
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **LUZ DARY IBARGUEN MOSQUERA** identificado(a) con cc. **31967128** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
Cuenta de ahorro	867-403696-38	2015/04/06	Activa

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto país 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Dorian Gutiérrez Correa
Gerente Corresponsales Bancarios y Autoservicios

VIGILADO

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:
ARMENIA	ARMENIA	60	60-46-101002646	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
07	07	2023	10	07	2023	00:00	15	04	2024	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL:	IBARGUEN MOSQUERA LUZ DARY			IDENTIFICACIÓN:	C.C. :31,967,128
DIRECCIÓN:	CONJUNTO RESIDENCIAL LOMA LIND	CIUDAD:	ARMENIA - QUINDIO	TELÉFONO:	3108334698

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA			IDENTIFICACIÓN:	NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN:	CRA 18 7-58	CIUDAD:	ARMENIA - QUINDIO	TELÉFONO:	7494999
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.5197285 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA Y/OCOMPLEMENTARIA EN LA MODALIDAD PRESENCIAL Y/O VIRTUAL CONFORME A LOS MODELOSFORMATIVOS ESTABLECIDOS EN EL CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO DEL SENA REGIONALQUINDÍO, ATENDIENDO LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES Y LA NORMATIVA VIGENTE.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	10/07/2023	15/04/2024	$ 1,606,800.00

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	$ 1,606,800.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
ANGELA VIVIANA LLANO MONTOYA	195209	100,00			

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

PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CRA. 14 NO. 14 N - 30 PISO 1 - TELÉFONO: 7358800 - ARMENIA

60-46-101002646
FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

Luz Dary Ibargüen M
FIRMA TOMADOR

USTED PUEDE CONSULTAR ESTAR PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

Oficina Principal: Calle 83 No 19-10 Bogotá D.C. Teléfono: 601-2186977, 601-6019330

41959510

NO EFECTUAR RETENCIÓN EN LA FUENTE POR NINGUN CONCEPTO * RESPONSABLE IVA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

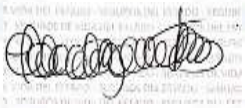
SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

CONSTANCIA DE NO REVOCATORIA NI CANCELACIÓN POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

Hacemos constar, que la póliza No. 60-46-101002646, 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 ARMENIA, a los 7 días del mes de Julio de 2023



FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: **RECIBO DE PAGO N°:** 60461010026460

FECHA	
CONTADO	
RECIBIMOS DE:	IBARGUEN MOSQUERA LUZ DARY — C.C. C.C. :31,967,128
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 60-46-101002646

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
ARMENIA - CU. ESTATAL - 101002646 - 0 - 0	$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00

FORMA DE PAGO

	EFECTIVO:	$ 33,320.00
	CHEQUE:	$ 0.00
	TARJETA:	$ 0.00
	BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO: ANGELA VIVIANA LLANO MONTOYA - 195209	**OTROS:**	$ 0.00
	TOTAL:	$ 33,320.00
	CAJERO: RAPIESTADO	

ORIGINAL

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: **RECIBO DE PAGO N°:** 60461010026460

FECHA	
CONTADO	
RECIBIMOS DE:	IBARGUEN MOSQUERA LUZ DARY — C.C. C.C. :31,967,128
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 60-46-101002646

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
ARMENIA - CU. ESTATAL - 101002646 - 0 - 0	$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00

FORMA DE PAGO

	EFECTIVO:	$ 33,320.00
	CHEQUE:	$ 0.00
	TARJETA:	$ 0.00
	BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO: ANGELA VIVIANA LLANO MONTOYA - 195209	**OTROS:**	$ 0.00
	TOTAL:	$ 33,320.00
	CAJERO: RAPIESTADO	

COPIA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.60-46-101002646

1. AMPAROS.

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ SEGURESTADO OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, HASTA EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO PACTADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA, CUBRIENDO CON ELLOS, SIEMPRE LOS PERJUICIOS DIRECTOS QUE CON SUJECIÓN A LA DEFINICIÓN DE LAS CONDICIONES ADELANTE INDICADAS, LLEGARE A CAUSAR EL GARANTIZADO POR EL INCUMPLIMIENTO QUE, ATRIBUIBLE A SU ACCIÓN U OMISIÓN, PRODUJERE.

LOS AMPAROS QUE SE OTORGAN EN ESTA PÓLIZA SERÁN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. SEGÚN LAS DEFINICIONES QUE A CONTINUACIÓN SE INDICAN:

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

EL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LA SANCIÓN DERIVADA DEL INCUMPLIMIENTO DE LA OFERTA, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1.1.1 LA NO AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUANDO EL PLAZO PARA LA ADJUDICACIÓN O PARA SUSCRIBIR EL CONTRATO ES PRORROGADO, SIEMPRE QUE TAL PRÓRROGA SEA INFERIOR A TRES (3) MESES.

1.1.2 EL RETIRO DE LA OFERTA DESPUÉS DE VENCIDO EL PLAZO FIJADO PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS OFERTAS.

1.1.3 LA NO SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO SIN JUSTA CAUSA POR PARTE DEL ADJUDICATARIO.

1.1.4 LA FALTA DE OTORGAMIENTO POR PARTE DEL PROPONENTE SELECCIONADO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

EL AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE LLEGUEN A CAUSAR, CON OCASIÓN DE (I) LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO, (II) EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO Y (III) LA APROPIACIÓN INDEBIDA DE LOS RECURSOS RECIBIDOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO EN CALIDAD DE ANTICIPO.

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

EL AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE CAUSEN POR LA NO DEVOLUCIÓN TOTAL O PARCIAL, DEL DINERO ENTREGADO AL CONTRATISTA GARANTIZADO A TITULO DE PAGO ANTICIPADO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR.

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

EL AMPARO DE CUMPLIMIENTO, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS DIRECTOS DERIVADOS DE: (A) EL INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (B) EL CUMPLIMIENTO TARDÍO O DEFECTUOSO DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (C) LOS DAÑOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA POR ENTREGAS PARCIALES DE LA OBRA, CUANDO EL CONTRATO NO PREVÉ ENTREGAS PARCIALES; Y (D) EL PAGO DEL VALOR DE LAS MULTAS Y DE LA CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA SIEMPRE QUE SE HUBIEREN PACTADO PREVIAMENTE EN EL CONTRATO GARANTIZADO.

EN VIRTUD DE LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 44 DE LA LEY 610 DE 2000, LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CUBRIRÁ LOS PERJUICIOS CAUSADOS A LA ENTIDAD ESTATAL COMO CONSECUENCIA DE LA CONDUCTA DOLOSA O CULPOSA, IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADOS DE UN PROCESO DE RESPONSABILIDAD FISCAL,SIEMPRE Y CUANDO ESOS PERJUICIOS DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES SURGIDAS DEL CONTRATO AMPARADO POR LA GARANTÍA.

1.5 AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES.

EL AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES DE NATURALEZA LABORAL, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS QUE SE LE OCASIONEN, A RAÍZ DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES A QUE ESTÉ OBLIGADO EL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO AMPARADO EN EL TERRITORIO NACIONAL.

ESTA GARANTÍA NO SE APLICARÁ PARA LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN EN SU TOTALIDAD FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL POR PERSONAL CONTRATADO BAJO UN RÉGIMEN JURÍDICO DISTINTO AL NACIONAL.

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

EL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE GENEREN COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, PRESENTADOS EN LA OBRA ENTREGADA Y RECIBIDA A SATISFACCIÓN DE DICHA ENTIDAD ESTATAL O SUS REPRESENTANTES, CUYA CAUSA SEA IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO.

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

EL AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO, QUE SE OCASIONEN CON POSTERIORIDAD A LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, Y QUE SE DERIVEN DE LA DEFICIENTE CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO.

EN LOS CONTRATOS DE INTERVENTORIA, LA VIGENCIA DE ÉSTE AMPARO DEBE SER IGUAL AL PLAZO DE LA GARANTÍA DE ESTABILIDAD DEL CONTRATO PRINCIPAL EN CUMPLIMIENTO DEL PARAGRAFO DEL ARTÍCULO 85 DE LA LEY 1474 DE 2011.

1.8 CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADOS.

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA, SUFRIDOS POR LA DEFICIENTE CALIDAD E INCORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES QUE RECIBE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO GARANTIZADO.

2. EXCLUSIONES.

LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO OPERARÁN CUANDO LOS DAÑOS A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA SE GENEREN POR:

2.1 CAUSA EXTRAÑA, ESTO ES, LA FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO, EL HECHO DE UN TERCERO O LA CULPA EXCLUSIVA DE LA VÍCTIMA.

2.2. DAÑOS CAUSADOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO, A LOS BIENES DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, NO DESTINADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.

2.3. EL USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A QUE SE ENCUENTRE OBLIGADA LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA.

2.4. EL DETERIORO NORMAL QUE SUFRAN LOS BIENES ENTREGADOS CON OCASIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, COMO CONSECUENCIA DEL TRANSCURSO DEL TIEMPO.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

3. SUMA ASEGURADA.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1079 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO NO ESTARÁ OBLIGADO A RESPONDER SI NO HASTA CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA EN CASO DE SINIESTRO, DETERMINADA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA PARA CADA AMPARO.

4. VIGENCIA.

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, SE HARÁ BAJO LOS LINEAMIENTOS DEL DECRETO 1082 DE 2015 Y CONSTARAN EN LA CARÁTULA DE LA MISMA O EN SUS ANEXOS.

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.
PARA HACER EFECTIVOS CUALQUIERA DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR SEGURESTADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DEBERÁ GARANTIZAR EL DEBIDO PROCESO DE SEGURESTADO Y EL CONTRATISTA, MEDIANTE EL AGOTAMIENTO DEL PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011 O LAS NORMAS QUE LO SUSTITUYAN O MODIFIQUEN.

LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LE CORRESPONDERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y ACREDITAR LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA SI FUERE EL CASO.

EL PROCEDIMIENTO QUE DEBERÁ SEGUIR LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PARA LA EFECTIVIDAD DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR ESTA PÓLIZA, SERÁ:

5.1 RESPECTO DEL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO QUE IMPONGA LA SANCIÓN PREVIAMENTE ESTABLECIDA POR LA OCURRENCIA DE UNO CUALQUIERA DE LOS EVENTOS PREVISTOS EN LA CONDICIÓN 1.1 DE ÉSTA PÓLIZA, Y DISPONGA LA EFECTIVIDAD DE ÉSTE AMPARO A SEGURESTADO.

5.2 EN CASO DE DECRETARSE LA CADUCIDAD, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL, ADEMÁS DE LA DECLARATORIA DE LA MISMA, HARÁ EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL O CUANTIFICARÁ EL MONTO DEL PERJUICIO, ORDENANDO SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO A SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.3 EN EL EVENTO DE IMPOSICIÓN DE MULTAS, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.4 EN LOS DEMÁS EVENTOS DE INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE, EN EL CUAL, ADEMÁS DE DECLARAR EL INCUMPLIMIENTO PROCEDERÁ A CUANTIFICAR EL MONTO DE LA PÉRDIDA O A HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL, ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ES LA RECLAMACIÓN PARA LA COMPAÑÍA DE SEGURO.

LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS EMITIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE QUE SEAN CONSTITUTIVOS O DECLARATIVOS DEL SINIESTRO, DEBERAN ESTAR EJECUTORIADOS Y DEBIDAMENTE NOTIFICADOS, DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 87 DE LA LEY 1437 DE 2011.

6. COMPENSACIÓN.

EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN COMO MEDIO DE EXTINCIÓN DE LAS OBLIGACIONES RECONOCIDA EL ARTÍCULO 17 DE LA LEY 1150 DE 2007, SEGURESTADO TENDRÁ EN CUENTA TODAS LAS SUMAS DE DINERO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE ADEUDE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, POR CUALQUIER CONCEPTO. PARA TALES EFECTOS, SE DEBERÁ TENER EN CUENTA LA LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, EFECTUADA EN LOS TÉRMINOS LEGALES O CONVENCIONALES.

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

LA INDEMNIZACIÓN SERÁ PAGADERA EN DINERO, O MEDIANTE LA REPOSICIÓN, REPARACIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE LA COSA ASEGURADA, A OPCIÓN DE SEGURESTADO, SIN PERJUICIO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN EL EVENTO DE DECLARATORIA DE CADUCIDAD DECIDA CONTINUAR LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRATADO A TRAVÉS DE SEGURESTADO O DE OTRO CONTRATISTA, A QUIEN A SU VEZ SE LE PODRÁ DECLARAR LA CADUCIDAD, SI A ELLO HUBIERE LUGAR.

EN EL EVENTO EN QUE POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, SEGURESTADO RESOLVIERA CONTINUAR, COMO CESIONARIO, CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA ESTUVIESE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA GARANTIZADO ACEPTA DESDE EL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN DE ESTA PÓLIZA, LA CESIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO A FAVOR DE SEGURESTADO.

8. PLAZO PARA EL PAGO.
DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO DEBERÁ EFECTUAR EL PAGO DEL SINIESTRO DENTRO DEL MES SIGUIENTE AL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HAYA ACREDITADO LOS REQUISITOS DEL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, A TRAVÉS DEL ACTO ADMINISTRATIVO A QUE HACE REFERENCIA EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

PARA LOS CASOS EN QUE LA SUMA ASEGURADA DE ESTA PÓLIZA DEBA SER AUMENTADA O DISMINUIDA Y PARA AQUELLOS EN LOS CUALES LAS ESTIPULACIONES DEL CONTRATO GARANTIZADO SEAN MODIFICADAS, SEGURESTADO A SOLICITUD PREVIA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO Y DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA (O EL INTERVENTOR, SUPERVISOR, ETC., EN SU CASO), EXPEDIRÁ UN CERTIFICADO O ANEXO DE MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA, EN EL CUAL CONSTEN LAS MODIFICACIONES CORRESPONDIENTES. PARA TAL EFECTO SE HACE INDISPENSABLE ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD DE MODIFICACIÓN A SEGURESTADO EL DOCUMENTO (OTROSÍ, CLÁUSULA ADICIONAL, ETC.) QUE CONTENGA LAS MODIFICACIONES AL CONTRATO GARANTIZADO.

EL ULTIMO ANEXO O CERTIFICADO DE MODIFICACIÓN, SERÁ EL QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HARÁ EFECTIVO, DE CONFORMIDAD CON EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

SEGURESTADO TENDRÁ LA FACULTAD DE EJERCER LA VIGILANCIA DEL CONTRATO, PARA LO CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE PRESTARÁ LA COLABORACIÓN NECESARIA PARA ELLO. EN LOS CASOS EN LOS CUALES EL CONTRATO GARANTIZADO TENGA POR OBJETO ASUNTOS RELACIONADOS CON EL ORDEN PÚBLICO Y LA SEGURIDAD NACIONAL, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PODRÁ PROHIBIR O LIMITAR ÉSTA FACULTAD.

11. NO CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA E IRREVOCABILIDAD DE ESTE SEGURO.

LA PRESENTE PÓLIZA NO EXPIRARÁ POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NI PODRÁ SER REVOCADA UNILATERALMENTE.

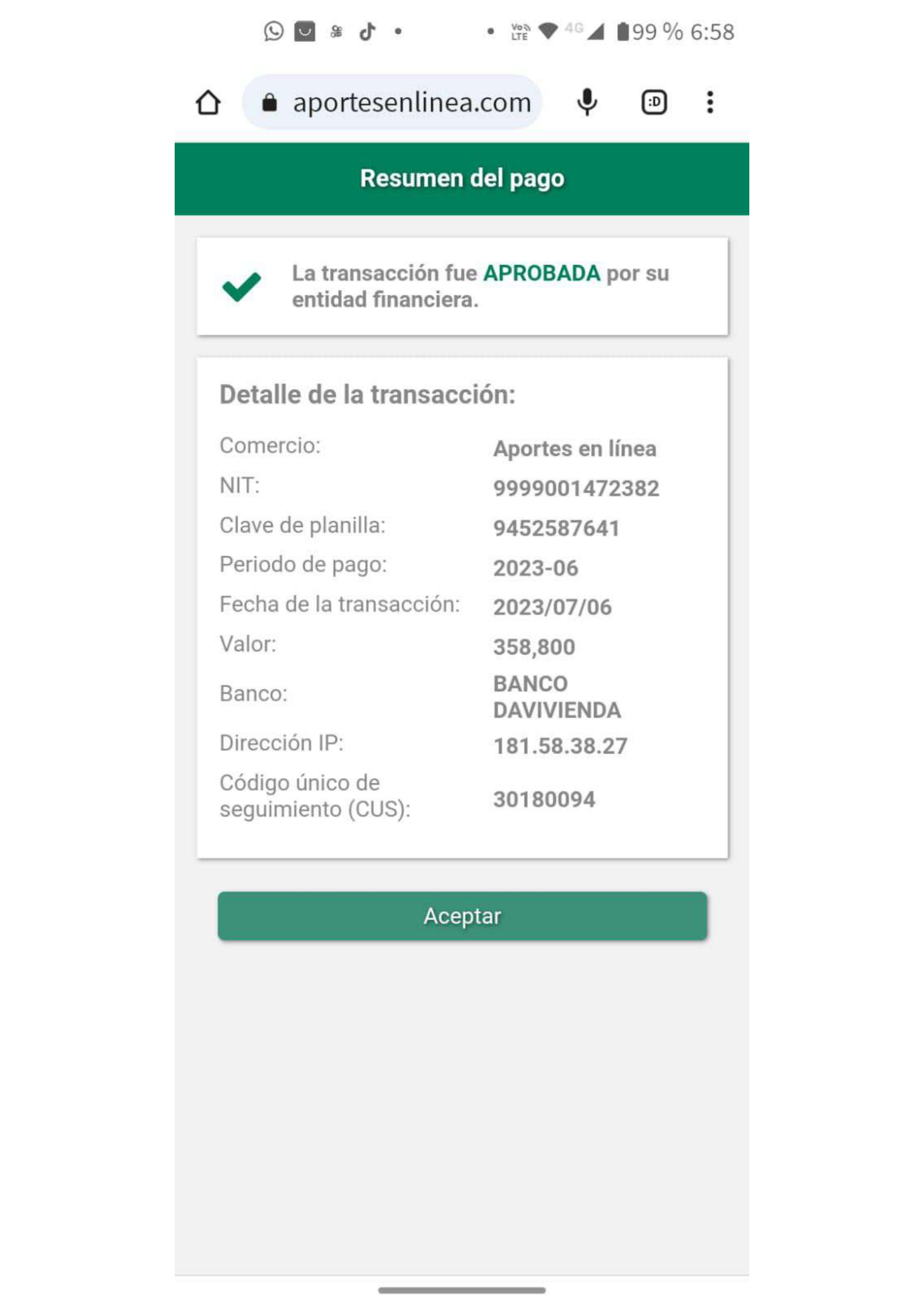
12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

EN CASO DE INCONGRUENCIA PRESENTADA ENTRE LAS CONDICIONES PARTICULARES Y LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTA PÓLIZA, PREVALECERÁN LAS PRIMERAS.

13. COASEGURO

EN CASO DE EXISTIR COASEGURO, ESTO ES LA DISTRIBUCIÓN ENTRE VARIAS ASEGURADORAS DE DETERMINADO RIESGO, AL NO EXISTIR SOLIDARIDAD ENTRE LAS MISMAS, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN SE DISTRIBUIRÁ Y HARÁ EXIGIBLE ENTRE LOS COASEGURADORES, EN PROPORCIÓN A LAS CUANTÍAS DE SU RESPECTIVA PARTICIPACIÓN.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO


99 % 6:58
aportesenlinea.com
Resumen del pago
La transacción fue APROBADA por su entidad financiera.
Detalle de la transacción:
Comercio: Aportes en línea
NIT: 9999001472382
Clave de planilla: 9452587641
Periodo de pago: 2023-06
Fecha de la transacción: 2023/07/06
Valor: 358,800
Banco: BANCO DAVIVIENDA
Dirección IP: 181.58.38.27
Código único de seguimiento (CUS): 30180094
Aceptar

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 31967128		IBARGUEN MOSQUERA LUZ DARY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 19A. 18N 67 CASA 15 LOMA LINDA	ARMENIA-QUINDIO	7347748	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-06	2023-06	30180094	9452587641	I	2023/07/10	2023/07/06	BANCO DAVIVIENDA	0	$358,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	Aporte	Codigo	Días	Aporte	Codigo	Días	Aporte	Codigo	Días	Tarifa	Aporte	Días	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	31967128	IBARGUEN LUZ																		231001	30	$197,800	EPS005	30	$154,500		0	$0	14-23	30	0.522	$6,500	0	$0	No	$358,800
Total	**Afiliados(1)**																						$197,800			$154,500			$0				$6,500		$0		$358,800

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 31967128		IBARGUEN MOSQUERA LUZ DARY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 19A. 18N 67 CASA 15 LOMA LINDA	ARMENIA-QUINDIO	7347748	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-06	2023-06	30180094	9452587641	I	2023/07/10	2023/07/06	BANCO DAVIVIENDA	0	$358,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$197,800	$0	$0	$197,800
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$197,800	$0	$0	$197,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,500	$0	$0	$6,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,500	$0	$0	$6,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$154,500	$0	$0	$154,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$154,500	$0	$0	$154,500
TOTAL				1	$358,800	$0	$0	$358,800

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 13 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14525271650

(415)7707212489984(8020) 000001452527165 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 1 9 6 7 1 2 8	7	Impuestos y Aduanas de Armenia 1	

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	31967128	1985 12 02

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Valle del Cauca 76	Cali 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
IBARGUEN	MOSQUERA	LUZ	DARY

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Quindío 63	Armenia 001

41. Dirección principal: CR 19 A 18 NORTE 67 CONJ RES LOMA LINDA

42. Correo electrónico: luimos1967@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	7347748	3108334698

CLASIFICACIÓN

Actividad económica / Ocupación

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
6810	2014 11 12	8299	2018 05 01				3412	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 2249

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha 2019 - 05 - 22

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO