SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL VALLE
CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE

Código Regional	**76**
Código Centro	**912410**
Fecha Elaboración	**Setiembre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**52421-432745**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: LIZETH STEPHANIA ROJAS MARIN
Correo electrónico contratista: lsrojas@sena.edu.co
C.C. 1.115.077.597 **IP/Nº de contacto** 3172326360

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

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

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 91223973201

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: 5341777/2023 **Nº Compromiso SIIF** 288923

Valor Total del Contrato	$ 12.266.667	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 12.266.667	**1**	**Del**	**01/09/2023**	**Al**	**30/09/2023**	**$ 4.000.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 8.266.667		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL ORIENTANDO FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL COMO INSTRUCTOR SENA DEL PROGRAMA DE ARTICULACIÓN CON LA EDUCACIÓN MEDIA TÉCNICA DEL CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.000.000		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	**$ 4.000.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.645.400**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Setiembre	Agosto
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**0000000000**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.600.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 200.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 256.000	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 16.800	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 1.000.000	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.241.200	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.357.184	$ -	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 881.800	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.645.400,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.000.000,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8523	12.000,00	0,300%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-UCEVA	20.000,00	0,500%
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	**$3.968.000,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y OCHO MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Todas las relacionadas en el informe de ejecucion para el presente mes

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.

LIZETH STEPHANIA ROJAS MARIN
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,

ALBETH MARTINEZ VALENCIA
INSTRUCTOR G16

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

MAURICIO GOMEZ FAJARDO

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

Certificado
Bancario

Viernes, 4 de agosto de 2023

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que LIZETH STEPHANIA ROJAS MARIN identificado(a) con CC 1115077597, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	91223973201	2021/07/22	CXC PENDIENTES

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

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

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

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

SERVICIOS INTEGRALES Y PREVENTIVOS EN SALUD SAS
NIT : 900567464-2
LSST: 0152 del 8 febrero 2023 - Habilitación: 761110891101

Calle 3 # 13-69, Guadalajara De Buga - Valle del Cauca
Teléfono : 2389322
gerencia@sipresalud.com
www.sipresalud.com

HC No. 1115077597 Orden Servicio No. 933598

OPTOMETRÍA OCUPACIONAL

Fecha de Examen	2023-08-28 08:53:48	**Orden Servicio No.**	**933598**
Tipo de Examen	Pre-Ingreso		
Énfasis en	Cardiovascular, Osteomuscular		
Ciudad	GUADALAJARA DE BUGA (Valle del Cauca)		
Empresa Convenio	Persona Natural		
Empresa Usuaria	Persona Natural		

II. IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombres y Apellidos	LIZETH STEPHANIA ROJAS MARIN			**No. Identificación**	CC 1115077597
Sexo	Femenino	**Grupo Étnico**	Ninguna de las anteriores		
Nacionalidad	Colombia	**Fecha Nacimiento**	1992-05-25	**Edad**	31 años
Estado Civil	Unión Libre	**Composición Familiar**	3 personas		
Nivel Educativo	Maestría	**Profesión u Oficio**	ADMINISTRADORA DE EMPRESAS		
Ciudad	GUADALAJARA DE BUGA (Valle del Cauca)				
Dirección Residencia	CARRERA 26 NRO. 18-80 TORRE A APT 406 BARRIO SAN JOSE DE LAS PALMAS			**Estrato**	3
Zona de Residencia	Urbana	**Localidad/Comuna**			
Teléfonos	3172326360				
Correo Electrónico					
Discapacidad	Sin Discapacidad	**Tiene certificado de discapadidad?**	No Aplica		
EPS	Sura	**ARL**	Positiva	**AFP**	Porvenir
Acompañante/Responsable	No Registra				



III. INFORMACIÓN LABORAL ACTUAL

Cargo a desempeñar	DOCENCIA E INSTRUCTOR	**Área de Trabajo**	DOCENCIA
Factores de Riesgo Visual para el cargo a desempeñar	Suministrados por la empresa		
Exposición a Factores Riesgo Visual	Si	**Uso de Elementos de Protección Visual**	No
Pantalla Computador			

IV. ANTECEDENTES OCUPACIONALES DE RIESGO VISUAL

Empresa	Cargo	Tiempo	Expuesto a Riesgo Visual	Uso Elementos Protección Visual
Inter	Docente	7	No	No

V. ANTECEDENTES FAMILIARES

Hipertensión Arterial	Negativo.	**Diabetes**	Negativo.
Trigliceridos	Negativo.	**Tiroides**	Negativo.
Artritis	Negativo.	**Otros**	Negativo.
Observaciones			

VI. ANTECEDENTES PERSONALES

Generales	**HTA**	Negativo	**Diabetes**	Negativo	**Trigliceridos**	Negativo
	Tiroides	Negativo	**Artritis**	Negativo	**Otro**	Positivo
Oculares	**Glaucoma**	Negativo	**Pterigio**	Negativo	**Chalazion**	Negativo
	Catarata	Negativo	**Ciguría Refractiva**	Negativo		
Observaciones						

VII. SINTOMATOLOGÍA ACTUAL

Mala Visión Lejana	Si	**Mala Visión Próxima**	No	**Lagrimeo**	No	**Cansancio Visual**	No
Ardor	No	**Cefaléa**	No	**Prurito**	No	**Secreación**	No
Hiperemia	No	**Fotofobia**	No	**Desviación Ocular**	No	**Resequedad**	No
Observaciones							

VIII. EXAMEN OPTOMÉTRICO

Corrección Habitual	**Fecha Último Control Visual**	Un año				**Usa lentes con fórmula**	Si	
	Tipo de Lentes	Monofocales			**Frecuencia de Uso**	Permanente		
	Lensometría - Ojo Derecho	-175-150*0			**Lensometría - Ojo Izquierdo**	-175-100*0		
Agudeza Visual	**Visión Lejana**	**Sin corrección**	**Ojo Derecho**	20/150	**Ojo Izquierdo**	20/150		
		Con corrección	**Ojo Derecho**	20/25	**Ojo Izquierdo**	20/25		
	Visión Próxima	**Sin corrección**	**Ojo Derecho**	0.50	**Ojo Izquierdo**	0.50		
		Con corrección	**Ojo Derecho**	0.50	**Ojo Izquierdo**	0.50		
Estado Motor	**Visión Lejana**	Exotropia						
	Visión Próxima	Exoforia						
	Punto Próximo de Convergencia	5 centimetros						
Examen Externo	**Ojo Derecho**	Segmento anterior normal						
	Ojo Izquierdo	Segmento anterior normal						
Oftalmoscopia	**Ojo Derecho**	Normal						
	Ojo Izquierdo	Normal						
Retinoscopia	**Ojo Derecho**	-200-150*0			**Ojo Izquierdo**	-175-100*0		
Subjetivo con Fórmula Final	**Ojo Derecho**	-200-150*0	**Visión Lejana**	20/20	**Visión Cercana**	0.50		
	Ojo Izquierdo	-200-100*0	**Visión Lejana**	20/20	**Visión Cercana**	0.50		
Visión Cromática	Normal							
Visión Profundidad	Normal							
Visión Periférica	Normal							

IX. DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Principal CIE-10	H522 - Astigmatismo
Tipo	Impresión Diagnóstica

No.	Ojo	Descripción
1	Derecho	MIOPIA
2	Izquierdo	MIOPIA

X. RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

Recomendaciones	Se recomienda Uso de fórmula de lentes, Control optométrico anual
Observaciones	Se recomienda actualizar fórmula y seguir con uso permanente de rx.

Firma Especialista

Dra. Katerin Bolaños Torres
Registro No.: TP 2477

Firma del Usuario

LIZETH STEPHANIA ROJAS MARIN
CC.: 1115077597

Nombre	**LIZETH STEPHANIA ROJAS MARIN**	*Orden No.*	*569905*
Identificacion	1115077597	*Convenio*	*SIPRESALUD S.A.S.*
Edad	31 Años	*Sede*	*Sede Principal LCC No.1*
		Fecha Recepcion	*28/08/23 07:50:56 AM*
		Fecha impresion	*28/08/23 03:06:30 PM*

	RESULTADO	UNIDADES	VALOR REFERENCIA
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL)			
Resultado obtenido	42	mg/dl	45-60
COLESTEROL VLDL	41.2	mg/dl	20-30
COLESTEROL LDL	78.8	mg/dl	0.0-100
INDICE ARTERIAL	3.9		0.0-4.0
Técnica: ESPECTROFOTOMETRIA			
COLESTEROL TOTAL			
Resultado obtenido	162	mg/dl	0.0-200
Técnica: ESPECTROFOTOMETRIA			
GLUCOSA EN SUERO LCR U OTROS FLUIDOS			
Resultado obtenido	75	mg/dl	60 - 100
Técnica : ESPECTROFOTOMETRIA			
TRIGLICERIDOS			
Resultado obtenido	206	mg/dl	0.0-150.0
Tecnica: ESPECTROFOROMETRIA			

Firmado Electronicamente

Liliana Lombana Sanchez
R.S.S. del Valle No.19817
Fecha validacion 28/08/23 03:04:19 PM

UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA			
FISICO			
Aspecto	LIGERAMENTE TURBIA		
Color	AMARILLA		
Densidad	1.030		
QUIMICO			
PH.	5.0		
Proteinas	NEGATIVO	mg/dl	
Glucosa	NEGATIVO	mg/dl	
Estearasa de Leucocitos	NEGATIVO	Leu/ul	
Cuerpos Cetonicos	NEGATIVO	mg/dl	
Bilirrubinas	NEGATIVO	mg/dl	
Sangre	NEGATIVO		
Nitritos	NEGATIVO		
Urobilinogeno	NORMAL	mg/dl	
MICROSCOPICO			
Celulas epiteliales bajas	10-15	X CAMPO	
Leucocitos	1-4	X CAMPO	
Germenes	+		
Moco	++		
Técnica: MICROSCOPIA			

Firmado Electronicamente

Liliana Lombana Sanchez
R.S.S. del Valle No.19817
Fecha validacion 28/08/23 03:04:48 PM

***** F I N I N F O R M E *****

Los resultados de laboratorio son ayudas diagnosticas y deben ser evaluados por un profesional de la Medicina

Laboratorio Clínico Especializado
nohemy cruz

N. de Orden: 08280163

www.nohemylab.com
Nit 900249465-6

Nombre: **ROJAS MARIN, LIZETH STEPHANIA**

Teléfono:

Historia: **1115077597**

Edad/Sexo: 31 Años / F

Origen: LABORATORIO CLINICO CENTRAL SAS

Fecha de Creación: **28/08/2023**

INFORME DE RESULTADOS

NOMBRE DE ESTUDIOS		RESULTADO	UNIDADES	INTERVALO DE REFERENCIA
HEMOGRAMA AUTOMATIZADO TIPO V				
RECUENTO DE BLANCOS		**7.7**	10 ^3x mm^3	4.3 - 10
NEUTROFILOS%		**52.1**	%	46 - 72
NEUTROFILOS(#)		**4**	10 ^3 x mm^3	2.25 - 8.48
LINFOCITOS%		**36.6**	%	20 - 47
LINFOCITOS(#)		**2.8**	10 ^3 x mm^3	0.9 - 4.52
MONOCITOS%		**8.4**	%	
MONOCITOS(#)		**0.6**	10 ^3 x mm^3	0.2 - 0.7
EOSINOFILOS%	*	**1.6**	%	2 - 4
EOSINOFILOS(#)		**0.1**	10 ^3 x mm^3	0.04 - 0.5
BASOFILOS%	*	**1.2**	%	
BASOFILOS(#)		**0.1**	X 10ª3/ul	
RECUENTO DE ROJOS		**5**	10^6 x mm^3	4.5 - 6
HEMATOCRITO	*	**33.3**	%	37.5 - 51

Laboratorio Clínico Especializado
nohemy cruz

N. de Orden: 08280163

www.nohemylab.com
Nit 900249465-6

Nombre: **ROJAS MARIN, LIZETH STEPHANIA**

Teléfono:

Historia: **1115077597**

Edad/Sexo: 31 Años / F

Origen: LABORATORIO CLINICO CENTRAL SAS

Fecha de Creación: **28/08/2023**

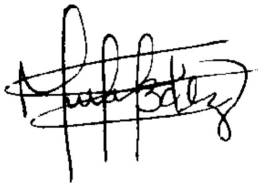
INFORME DE RESULTADOS

NOMBRE DE ESTUDIOS		RESULTADO	UNIDADES	INTERVALO DE REFERENCIA
HEMOGLOBINA	*	**10.1**	g/dl	12.5 - 17
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	*	**67.3**	fL	80 - 94
MCH	*	**20.4**	pg	28 - 33
MCHC	*	**30.4**	%	33 - 36
RDW	*	**18.4**	%	11.5 - 15
PLAQUETAS		**308**	10^3 x mm^3	150 - 450
MPV		**7.6**	fL	7 - 11
OBSERVACIONES		_		

Técnica: Citometria de Flujo.

Responsable: MARIA GABRIELA BERMUDEZ
BACTERIOLOGA RES. 4208474
08/2023 05:56:09 p.

Fin del Reporte



Sede Principal
Av. 5A N. 17N - 98 L. 101
Edificio Núcleo Profesional
Tel: 661 30 23 - 667 83 29
calidad@nohemylab.com

Consultorio 202
CDC / Centro Dermatológico de Cali
Calle 5B3 N. 38 - 44
PBX: 524 01 70 Ext: 202
Tel: 379 98 01
sedecdc@nohemylab.com

Sede Fecundar IPS
Cra. 40 N. 5B-105
Tel: 3797557
fecundar@nohemylab.com

LABORATORIO CLINICO CENTRAL S.A.S
Sede Principal Calle 3 No.13-69 Tel:2388003
Guadalajara de Buga

Nombre	**LIZETH STEPHANIA ROJAS MARIN**	*Orden No.*	*569905*
Identificacion	1115077597	*Convenio*	*SIPRESALUD S.A.S.*
Edad	31 Años	*Sede*	*Sede Principal LCC No.1*
		Fecha Recepcion	*28/08/23 07:50:56 AM*
		Fecha impresion	*29/08/23 11:36:16 AM*

RESULTADO	UNIDADES	VALOR REFERENCIA

CUADRO HEMATICO III

Técnica : CITOMETRIA DE FLUJO

Esta prueba fue realizada en un laboratorio externo seleccionado y evaluado por el Laboratorio Clinico Central S.A.S. como proveedor de servicios

Firmado Electronicamente

Liliana Lombana Sanchez
R.S.S. del Valle No.19817
Fecha validacion 29/08/23 11:35:54 AM

***** F I N I N F O R M E *****

Los resultados de laboratorio son ayudas diagnosticas y deben ser evaluados por un profesional de la Medicina

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL
TIPO EVALUACIÓN: PRE-INGRESO

Fecha Emisión	Realizado en	Tipo Evaluación - Énfasis	Orden Servicio No.
2023-08-29	GUADALAJARA DE BUGA (Valle del Cauca)	Pre-Ingreso	**933598**

Nombres y Apellidos	Identificación	Sexo
LIZETH STEPHANIA ROJAS MARIN	CC 1115077597	Femenino

Fecha Nacimiento	Edad	Tipo Sangre - Rh *	Peso	Talla	Índice Masa Corporal
1992-05-25	31 años	O+	72 kilogramos	165 centimetros	26.45

Dirección Residencia	Teléfonos
CARRERA 26 NRO. 18-80 TORRE A APT 406 BARRIO SAN JOSE DE LAS PALMAS	3172326360

Cargo a desempeñar	Empresa	Empresa Usuaria
DOCENCIA E INSTRUCTOR	Persona Natural	Persona Natural



(*) Valor registrado según documento de identidad suministrado por el usuario

Certificado emitido de acuerdo con la Evaluación Médica Ocupacional realizada el 2023-08-28. Para emitir el concepto médico ocupacional se analizaron los siguientes exámenes complementarios:

Evaluación Psicológica Ocupacional (2023-08-28), Optometría Ocupacional (2023-08-28), Colesterol De Alta Densidad [Hdl] (2023-08-28), Colesterol Total (2023-08-28), Glucosa En Suero, Lcr U Otro Fluido Diferente A Orina (2023-08-28), Hemograma IV Metodo Automatico (2023-08-28), Trigliceridos (2023-08-28), Microalbuminuria Automatizada En Orina Parcial (2023-08-28)

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Pre-Ingreso: Condiciones de salud que no interfieren con la capacidad laboral del trabajador y los requerimientos del perfil del cargo.

RECOMENDACIONES PARA EL ÁREA DE SST

- Realizar periódicamente todos los exámenes definidos según profesiograma de la empresa.
- Inducción y capacitación periódica, acordes a las funciones y riesgos del cargo.
- Capacitación sobre hábitos y estilos de vida saludable.
- Capacitación en higiene postural.
- Capacitar en manejo adecuado de cargas.
- Dotar al trabajador de Elementos de Protección Personal adecuados para el riesgo.
- Socializar protocolo de bioseguridad definido por la empresa para la prevenir el contagio por Covid-19.
- Entregar al trabajador las recomendaciones médicas generadas a partir de la evaluación ocupacional realizada.
- Se recomienda incluir al trabajador en los siguientes **Sistemas de Vigilancia Epidemiológica:** Visual, Cardiovascular.
- Se remite al trabajador para valoración por las siguientes especialidades: EPS. ..

Otras Recomendaciones: Uso de EPP según riesgo de exposición, pausas activas de acuerdo a las normas de la empresa con énfasis en dedos de manos bilateral, alternar actividades con el fin de disminuir posiciones prolongadas y movimientos repetitivos, estilo de vida saludable, alimentación balanceada con énfasis en disminución de niveles de triglicéridos, ejercicio diario mínimo 1 hora, higiene postural, valoración médico ocupacional periódica, valoración por optometría anual, uso de gafas prescritas. Participar en las actividades del SG-SST. Levantamiento adecuado de peso.

Se anexan Recomendaciones Médicas para el trabajador.

Firma Especialista
Dra. Luisa Fernanda Bermudez Pedroza
Registro No.: 76-2583
LSST.: 63848/18

Firma del Usuario
LIZETH STEPHANIA ROJAS MARIN
CC.: 1115077597

Valide este documento en:
https://simeonips.com/validar/cmo/e06px578-9z5z-fm84-8ei8-3ax94yvwrqkm
Fecha Impresión: 2023-08-30 07:35:15 76941

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL
ÉNFASIS: CARDIOVASCULAR

Fecha Emisión	Realizado en	Tipo Evaluación - Énfasis	Orden Servicio No.
2023-08-29	GUADALAJARA DE BUGA (Valle del Cauca)	Cardiovascular	**933598**

Nombres y Apellidos	Identificación	Sexo
LIZETH STEPHANIA ROJAS MARIN	CC 1115077597	Femenino

Fecha Nacimiento	Edad	Tipo Sangre - Rh *	Peso	Talla	Índice Masa Corporal
1992-05-25	31 años	O+	72 kilogramos	165 centimetros	26.45

Dirección Residencia	Teléfonos
CARRERA 26 NRO. 18-80 TORRE A APT 406 BARRIO SAN JOSE DE LAS PALMAS	3172326360

Cargo a desempeñar	Empresa	Empresa Usuaria
DOCENCIA E INSTRUCTOR	Persona Natural	Persona Natural



(*) Valor registrado según documento de identidad suministrado por el usuario

Certificado emitido de acuerdo con la Evaluación Médica Ocupacional realizada el 2023-08-28. Para emitir el concepto médico ocupacional se analizaron los siguientes exámenes complementarios:

Evaluación Psicológica Ocupacional (2023-08-28), Optometría Ocupacional (2023-08-28), Colesterol De Alta Densidad [Hdl] (2023-08-28), Colesterol Total (2023-08-28), Glucosa En Suero, Lcr U Otro Fluido Diferente A Orina (2023-08-28), Hemograma IV Metodo Automatico (2023-08-28), Trigliceridos (2023-08-28), Microalbuminuria Automatizada En Orina Parcial (2023-08-28)

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Cardiovascular: Riesgo Bajo

RECOMENDACIONES PARA EL ÁREA DE SST

- Realizar periódicamente todos los exámenes definidos según profesiograma de la empresa.
- Inducción y capacitación periódica, acordes a las funciones y riesgos del cargo.
- Capacitación sobre hábitos y estilos de vida saludable.
- Capacitación en higiene postural.
- Capacitar en manejo adecuado de cargas.
- Dotar al trabajador de Elementos de Protección Personal adecuados para el riesgo.
- Socializar protocolo de bioseguridad definido por la empresa para la prevenir el contagio por Covid-19.
- Entregar al trabajador las recomendaciones médicas generadas a partir de la evaluación ocupacional realizada.
- Se recomienda incluir al trabajador en los siguientes **Sistemas de Vigilancia Epidemiológica:** Visual, Cardiovascular.
- Se remite al trabajador para valoración por las siguientes especialidades: EPS. ..

Otras Recomendaciones: Uso de EPP según riesgo de exposición, pausas activas de acuerdo a las normas de la empresa con énfasis en dedos de manos bilateral, alternar actividades con el fin de disminuir posiciones prolongadas y movimientos repetitivos, estilo de vida saludable, alimentación balanceada con énfasis en disminución de niveles de triglicéridos, ejercicio diario mínimo 1 hora, higiene postural, valoración médico ocupacional periódica, valoración por optometría anual, uso de gafas prescritas. Participar en las actividades del SG-SST. Levantamiento adecuado de peso.

Se anexan Recomendaciones Médicas para el trabajador.

Firma Especialista

Dra. Luisa Fernanda Bermudez Pedroza
Registro No.: 76-2583
LSST.: 63848/18

Firma del Usuario

LIZETH STEPHANIA ROJAS MARIN
CC.: 1115077597

Valide este documento en:
https://simeonips.com/validar/cmo/e06px578-9z5z-fm84-8ei8-3ax94yvwrqkm
Fecha Impresión: 2023-08-30 07:35:15 76941

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL
ÉNFASIS: OSTEOMUSCULAR

Fecha Emisión	Realizado en	Tipo Evaluación - Énfasis	Orden Servicio No.
2023-08-29	GUADALAJARA DE BUGA (Valle del Cauca)	Osteomuscular	**933598**

Nombres y Apellidos	Identificación	Sexo
LIZETH STEPHANIA ROJAS MARIN	CC 1115077597	Femenino

Fecha Nacimiento	Edad	Tipo Sangre - Rh *	Peso	Talla	Índice Masa Corporal
1992-05-25	31 años	O+	72 kilogramos	165 centimetros	26.45

Dirección Residencia	Teléfonos
CARRERA 26 NRO. 18-80 TORRE A APT 406 BARRIO SAN JOSE DE LAS PALMAS	3172326360

Cargo a desempeñar	Empresa	Empresa Usuaria
DOCENCIA E INSTRUCTOR	Persona Natural	Persona Natural



(*) Valor registrado según documento de identidad suministrado por el usuario

Certificado emitido de acuerdo con la Evaluación Médica Ocupacional realizada el 2023-08-28. Para emitir el concepto médico ocupacional se analizaron los siguientes exámenes complementarios:

Evaluación Psicológica Ocupacional (2023-08-28), Optometría Ocupacional (2023-08-28), Colesterol De Alta Densidad [Hdl] (2023-08-28), Colesterol Total (2023-08-28), Glucosa En Suero, Lcr U Otro Fluido Diferente A Orina (2023-08-28), Hemograma IV Metodo Automatico (2023-08-28), Trigliceridos (2023-08-28), Microalbuminuria Automatizada En Orina Parcial (2023-08-28)

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Osteomuscular: Sin patología osteomuscular aparente

RECOMENDACIONES PARA EL ÁREA DE SST

- Realizar periódicamente todos los exámenes definidos según profesiograma de la empresa.
- Inducción y capacitación periódica, acordes a las funciones y riesgos del cargo.
- Capacitación sobre hábitos y estilos de vida saludable.
- Capacitación en higiene postural.
- Capacitar en manejo adecuado de cargas.
- Dotar al trabajador de Elementos de Protección Personal adecuados para el riesgo.
- Socializar protocolo de bioseguridad definido por la empresa para la prevenir el contagio por Covid-19.
- Entregar al trabajador las recomendaciones médicas generadas a partir de la evaluación ocupacional realizada.
- Se recomienda incluir al trabajador en los siguientes **Sistemas de Vigilancia Epidemiológica:** Visual, Cardiovascular.
- Se remite al trabajador para valoración por las siguientes especialidades: EPS. ..

Otras Recomendaciones: Uso de EPP según riesgo de exposición, pausas activas de acuerdo a las normas de la empresa con énfasis en dedos de manos bilateral, alternar actividades con el fin de disminuir posiciones prolongadas y movimientos repetitivos, estilo de vida saludable, alimentación balanceada con énfasis en disminución de niveles de triglicéridos, ejercicio diario mínimo 1 hora, higiene postural, valoración médico ocupacional periódica, valoración por optometría anual, uso de gafas prescritas. Participar en las actividades del SG-SST. Levantamiento adecuado de peso.

Se anexan Recomendaciones Médicas para el trabajador.

Firma Especialista
Dra. Luisa Fernanda Bermudez Pedroza
Registro No.: 76-2583
LSST.: 63848/18

Firma del Usuario
LIZETH STEPHANIA ROJAS MARIN
CC.: 1115077597

Valide este documento en:
https://simeonips.com/validar/cmo/e06px578-9z5z-fm84-8ei8-3ax94yvwrqkm
Fecha Impresión: 2023-08-30 07:35:16 76941

RECOMENDACIONES MÉDICAS

Fecha Emisión	Realizado en	Tipo Evaluación - Énfasis	Orden Servicio No.
2023-08-29	GUADALAJARA DE BUGA (Valle del Cauca)	Pre-Ingreso, Cardiovascular, Osteomuscular	**933598**

Nombres y Apellidos	Identificación	Sexo
LIZETH STEPHANIA ROJAS MARIN	CC 1115077597	Femenino

Fecha Nacimiento	Edad	Tipo Sangre - Rh *	Peso	Talla	Índice Masa Corporal
1992-05-25	31 años	O+	72 kilogramos	165 centimetros	26.45

EPS	ARL	AFP
Sura	Positiva	Porvenir

Cargo a desempeñar	Empresa	Empresa Usuaria
DOCENCIA E INSTRUCTOR	Persona Natural	Persona Natural



(*) Valor registrado según documento de identidad suministrado por el usuario

Como resultado de la Evaluación Médica Ocupacional, realizada el día 2023-08-28, el médico especialista Dra. Luisa Fernanda Bermudez Pedroza generó las siguientes recomendaciones médicas:

RECOMENDACIONES PARA MEJORAR HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA

- Beber al menos 8 vasos de agua al día.
- Incorporar a la dieta diaria, alimentos de todos los grupos.
- Limitar el consumo de bebidas azucaradas.
- Reducir el consumo de sal, embutidos, enlatados y productos de paquete.
- Evitar alimentos con elevado contenido de grasa.
- Realizar ejercicio, mínimo 3 veces a la semana.
- Bajar de peso.
- Procurar una adecuada higiene del sueño.

RECOMENDACIONES MÉDICAS

- Se remite al trabajador para valoración por las siguientes especialidades:
  EPS. ..

RECOMENDACIONES LABORALES DEL USUARIO

- Reportar oportunamente todo incidente o accidente relacionado con el trabajo.
- Cumplir con las normas de Seguridad y Salud en el trabajo establecidas por la empresa.
- Utilizar los EPI (Elementos de Protección Individual) otorgados por la empresa.
- Higiente Postural.
- Participar en el programa de pausas activas definido por la empresa.
- Reportar oportunamente sintomatología asociada a COVID-19.

La empresa **Persona Natural** hace entrega de las recomendaciones médicas antes mencionadas y agradece el cumplimiento de las mismas para lograr el cuidado integral de su salud.

Si el médico tratante le entregó alguna remisión a especialista, por favor, gestione la cita con su EPS. La empresa realizará seguimiento a este proceso cuando aplique, de acuerdo con lo definido en el SG-SST (Sistema de Gestión y Seguridad en el Trabajo).

Responsable SG-SST

Persona Natural

Firma del Usuario

LIZETH STEPHANIA ROJAS MARIN
CC.: 1115077597
Fecha de recibido:

SERVICIOS INTEGRALES Y PREVENTIVOS EN SALUD SAS
NIT : 900567464-2
LSST: 0152 del 8 febrero 2023 - Habilitación: 761110891101

Calle 3 # 13-69, Guadalajara De Buga - Valle del Cauca
Teléfono : 2389322
gerencia@sipresalud.com
www.sipresalud.com

REMISION

HC No. 1115077597 Orden Servicio No. 933598

Fecha Emisión	2023-08-29 09:00:40 AM	**Ciudad**	GUADALAJARA DE BUGA (Valle del Cauca)
Empresa Convenio	Persona Natural		
Empresa Usuaria	Persona Natural		
Cargo a desempeñar	DOCENCIA E INSTRUCTOR		

Nombres y Apellidos	LIZETH STEPHANIA ROJAS MARIN	**No. Identificación**	CC 1115077597
Fecha Nacimiento	1992-05-25 (31 años)	**Sexo**	Femenino

Remisiones	Se remite al usuario para valoración por las siguientes especialidades: EPS. .
Motivo Remisiones	Realizar seguimiento con la EPS por síntomas referidos.



Firma Especialista

Dra. Luisa Fernanda Bermudez Pedroza
Registro No.: 76-2583 L.S.O.: 63848/18



Firma del Usuario

LIZETH STEPHANIA ROJAS MARIN
CC.: 1115077597

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14935593922

(415)7707212489984(8020) 000001493559392 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 1 5 0 7 7 5 9 7	4	Impuestos y Aduanas de Palmira 1 5	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 1 5 0 7 7 5 9 7	2 0 1 0 0 6 1 1

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Guadalajara de Buga 1 1 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ROJAS	MARIN	LIZETH	STEPHANIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla
CANNABIDOL	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Guadalajara de Buga 1 1 1

41. Dirección principal: CL 15 10 14 BRR SANTA BARBARA

42. Correo electrónico: stepha.rojas25@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 6 0	2 0 1 2 0 1 0 1				2 3 1 1	1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 08 - 31 / 17 : 48: 47

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 ROJAS MARIN LIZETH STEPHANIA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

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

CERTIFICA

Que **LIZETH STEPHANIA ROJAS MARIN** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1115077597** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1115077597
NOMBRES Y APELLIDOS	LIZETH STEPHANIA ROJAS MARIN
TIPO DE AFILIADO	SEGUNDO COTIZANTE
PARENTESCO	COMPAÑERO (A) PERMANENTE
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	05/01/2018
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	250
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	42
EMPLEADOR(ES)	

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **11/09/2023**

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

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LIZETH STEPHANIA ROJAS MARIN, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.115.077.597**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Septiembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto Comprobante

Usuario Solicitante:	MHasaldarr	ANA LUZMILA SALDARRIAGA GARCES
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	36-02-00-076-912410	CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE
Fecha y Hora Sistema:	2023-09-01-2:42 p. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP No: 323 de fecha 2023-01-06. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Número:	288923	**Fecha Registro:**	2023-09-01	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**	36-02-00-076-912410 CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE		
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generado		**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:** 0,00
Valor Inicial:	12.266.667,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00		**Valor Actual:**	12.266.667,00	**Saldo x Obligar:** 12.266.667,00

TERCERO ORIGINAL

Identificación: Cédula de Ciudadanía	1115077597	**Razón Social:**	LIZETH STEPHANIA ROJAS MARIN	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Número:	91223973201	**Banco:**	BANCOLOMBIA S.A.	**Tipo:**	Ahorro	**Estado:**	Registrada

ORDENADOR DEL GASTO

Identificación:	94394545	**Nombre:**	MAURICIO GOMEZ FAJARDO	**Cargo:**	SUBDIRECTOR CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA - VALLE

CAJA MENOR				**VIÁTICOS**				**DOCUMENTO SOPORTE**					
Identificación:		**Fecha de Registro:**		**Genera Viáticos:**	No	**Num. Solicitud de Comisión:**		**Número:**	CO1.PCCNTR.5341777	**Tipo:**	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS - PROFESIONALES	**Fecha:**	2023-09-01

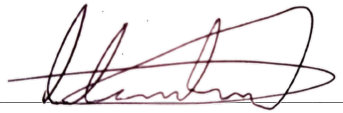
ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACIÓN	VALOR INICIAL	VALOR OPERACIÓN	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
912411 CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-INTEGRACION CON LA MEDIS-VALLE	C-3603-1300-14-0-3603025-02 ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL DEL SENA NACIONAL	Propios	20	CSF		12.266.667,00	0,00		
					Total:	12.266.667,00	0,00	12.266.667,00	12.266.667,00

Objeto:	INSTRUCTOR: Prestación de servicios de carácter temporal orientando formación profesional integral como instructor SENA del programa de articulación con la educación media técnica del Centro Agropecuario de Buga

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		POSICION DEL CATALOGO DE PAC		FECHA	VALOR A PAGAR	SALDO POR OBLIGAR	LINEA DE PAGO
36-02-00-076-912410	CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE	9-1	INVERSION PROPIOS CSF	2023-09-29	4.000.000,00	4.000.000,00	NINGUNO
36-02-00-076-912410	CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE	9-1	INVERSION PROPIOS CSF	2023-10-31	4.000.000,00	4.000.000,00	NINGUNO
36-02-00-076-912410	CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE	9-1	INVERSION PROPIOS CSF	2023-11-30	4.000.000,00	4.000.000,00	NINGUNO
36-02-00-076-912410	CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE	9-1	INVERSION PROPIOS CSF	2023-12-29	266.667,00	266.667,00	NINGUNO



FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

Abdul Shekt Garcia
Coordinador Administrativo CAB

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 31/08/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	899999034	**Cédula Usuario:**	CC 1115076765
Nombre:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA				
Dirección:	CLL 57 8-64				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	ACCIDENTALIDADSST@SENA.EDU.CO				
Teléfono:	5978250		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1855101 FORMACION ACADEMICA NO FORMAL, INCLUYE LA EDUCACION QUE SE OFRECE CON EL OBJETO DE COMPLEMENTAR, ACTUALIZAR, SUPLIR CONOCIMIENTOS Y FORMAR ACADEMICAMENTE A TRAVES DE CURSOS CON PROGRAMAS QUE TIENEN UN CARACTER ORGANIZADO Y CONTINUO, AUNQUE NO ESTEN SUJETOS AL SISTEMA DE NIVELES Y GRADOS ESTABLECIDOS EN LA EDUCACION FORMAL				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1115076765	DIANA YURANI GONZALEZ CACERES

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	483	01/09/2023	CC 1115077597	ROJAS MARIN LIZETH	2	1.044	**Independiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

253628FCCFF2E7C0B1A67942A08840D9 Certificado impreso el día 8/31/2023 11:24:22 AM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 941 541**, en Bogotá (**601**) **6000 811.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

LIZETH STEPHANIA
ROJAS MARIN
1115077597

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
899999034

Este carné es personal e intransferible.

Hace constar:

Que el Sr(a) LIZETH STEPHANIA ROJAS MARIN Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1115077597 realizó el día 14/09/2023 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 LIZETH STEPHANIA ROJAS MARIN Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1115077597 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

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

_____
Firma

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) LIZETH STEPHANIA ROJAS MARIN Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1115077597 el día 14/09/2023 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

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:
TULUA	AGENCIA TULUA	52	52-46-101003577	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
31	08	2023	01	09	2023	00:00	02	04	2024	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	ROJAS MARIN LIZETH STEPHANIA			IDENTIFICACIÓN:	C.C. :1,115,077,597
DIRECCIÓN:	CALLE 15 10-14	CIUDAD:	BUGA - VALLE	TELÉFONO:	3172326360

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:	SENA CENTRO AGROPECUARIO DE GUADALAJARA DE BUGA VALLE DEL CAUCA			IDENTIFICACIÓN:	NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN:	CARRETERA CENTRAL, VARIANTE BUGA, TULUA	CIUDAD:	BUGA - VALLE	TELÉFONO:	2376300
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.5341777 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL ORIENTANDO FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL COMO INSTRUCTOR SENA DEL PROGRAMA DE ARTICULACIÓN CON LA EDUCACIÓN MEDIA TÉCNICA DEL CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	01/09/2023	02/04/2024	$ 1,226,666.70

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	$ 1,226,666.70	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
GLORIA ISABEL SOTO VELASCO	91929	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 CALLE 28 NO. 26-63 - TELÉFONO: 2247827 - TULUA

52-46-101003577
FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

FIRMA TOMADOR

USTED PUEDE CONSULTAR ESTAR PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

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

31203494

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. 52-46-101003577, 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 TULUA, a los 31 días del mes de Agosto 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°:** 52461010035770

FECHA	
CONTADO	
RECIBIMOS DE:	ROJAS MARIN LIZETH STEPHANIA — C.C. C.C. :1,115,077,597
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 52-46-101003577

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
AGENCIA TULUA - CU. ESTATAL - 101003577 - 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: GLORIA ISABEL SOTO VELASCO - 91929	**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°:** 52461010035770

FECHA	
CONTADO	
RECIBIMOS DE:	ROJAS MARIN LIZETH STEPHANIA — C.C. C.C. :1,115,077,597
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 52-46-101003577

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
AGENCIA TULUA - CU. ESTATAL - 101003577 - 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: GLORIA ISABEL SOTO VELASCO - 91929	**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.52-46-101003577

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