SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE TECNOLOGIAS PARA LA CONSTRUCCIÓN Y LA MADERA- BTÁ D.C.

Código Regional	**11**
Código Centro	**920910**
Fecha Elaboración	**Noviembre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**93037-050496**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	SANDRA YASMIN TOVAR RODRIGUEZ	**C.C.**	55.170.072	**IP/Nº de contacto**	3156056241
Correo electrónico contratista:	sytovar2700715@misena.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: BANCO CAJA SOCIAL **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** 24063669747

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: 5545132/2023 **Nº Compromiso SIIF** **797823**

Valor Total del Contrato	$ 4.418.700	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 4.418.700	**1**	**Del**	**14/11/2023**	**Al**	**16/11/2023**	**$ 2.276.300,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 2.142.400		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: CO1.PCCNTR.5545132 PSP-DC-CTCM-084-2023 PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA AUTÓNOMA E INDEPENDIENTE PARA FORMAR EN COMPETENCIAS TÉCNICAS A TRAVÉS DE HERRAMIENTAS PEDAGÓGICAS EN EL PROGRAMA Y MODALIDAD ASIGNADA GARANTIZANDO EL C

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.276.300		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 2.276.300**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.283.978**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Noviembre	Octubre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**71799923**
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 $ 569.075	$ -	
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	$ 227.630	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 427.993	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.283.978,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	1.945.700,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	18.795,00	0,966%
-	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	**$2.257.505,00**	

SON: DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación complementaria virtual en el área de Gestión Organizacional, con las fichas:
2890286 SERVICIO AL CLIENTE;UN RETO PERSONAL
2890287 SERVICIO AL CLIENTE;UN RETO PERSONAL
2891978 LECTURA CRITICA
2891979 LECTURA CRITICA

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.

SANDRA YASMIN TOVAR RODRIGUEZ
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,

ALBA LUCIA OLMOS TRUJILLO
INSTRUCTOR

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

WILLIAM DARIO RIAÑO BARON

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	55170072	SANDRA YASMIN TOVAR RODRIGUEZ	Calle 71 No 25-72	3156056241	sanyas_t@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		HUILA	NEIVA		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-10	2023-10	I	02/11/2023	71799923	$466.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	200.900	0		0		0	0	0	0	200.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	257.100	0	0	0	0	0	0		257.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	8.400				8.400	0	0	8.400			84	8.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	200.900	200.900
Pensión	1	257.100	257.100
Riesgos Laborales	1	8.400	8.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	466.400	466.400

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	55170072	SANDRA YASMIN TOVAR RODRIGUEZ		Calle 71 No 25-72	3156056241	sanyas_t@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			HUILA	NEIVA		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-10	2023-10	I	02/11/2023	71799923	$466.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	55170072	TOVAR RODRIGUEZ SANDRA YASMIN	57	0			N																	25-14	1.606.800	257.100	0	0	0	0	EPS017	1.606.800	200.900	14-23	1.606.800	1	8.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Banco Caja Social
Su banco amigo.

Pago de servicios electrónicos

Resultado de la transacción

Transacción exitosa.
Apreciado cliente. Pago sujeto a aprobación. Para concluir, por favor seleccione la opción “Regresar al comercio” y verifique el estado final de la transacción. Si tiene algún inconveniente, comuníquese con la entidad con la que liquidó su planilla o con el comercio desde el cual está realizando la compra o pago.

FECHA Y HORA
2 noviembre 2023 10:41 am

DIRECCIÓN IP. 167.249.43.43

NÚMERO DE TRANSACCIÓN
APII3306324291652057

NÚMERO DE CONFIRMACIÓN
2057E1Q5

NOMBRE DEL COMERCIO	COMPENSAR-OI
NIT DEL COMERCIO	9998600669427
CÓDIGO DEL SERVICIO	99000
VALOR DE LA TRANSACCIÓN	$466.400,00
VALOR DEL IMPUESTO	$0,00
REFERENCIA DE PAGO	71799923
FECHA DE LA SOLICITUD	2 noviembre 2023
REFERENCIA 1	167.249.43.43
REFERENCIA 2	CC
REFERENCIA 3	55170072
CÓDIGO DE LA TRANSACCIÓN (CUS)	254310205
CICLO DE LA TRANSACCIÓN	3
DESCRIPCIÓN DEL PAGO	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
CUENTA ORIGEN	Cuentamiga *******9747

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) SANDRA YASMIN TOVAR RODRIGUEZ identificado(a) con CC. 55170072 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**2020/09/01**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAFAM-CENTRO DE ATENCIÓN EN SALUD CAFAM NEIVA CENTRO**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 08 días del mes de 11 del año 2023.

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

Powered by CamScanner

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **SANDRA YASMIN TOVAR RODRIGUEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **55170072,** se encuentra afiliado/a desde **01/07/2010** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 08 de noviembre de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14887906450

(415)7707212489984(8020) 000001488790645 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 5 1 7 0 0 7 2	9	Impuestos y Aduanas de Neiva 1 3	

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	5 5 1 7 0 0 7 2	1 9 9 2 0 9 2 5

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Huila 4 1	Neiva 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
TOVAR	RODRIGUEZ	SANDRA	YASMIN

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Huila 4 1	Neiva 0 0 1

41. Dirección principal: CL 71 25 72

42. Correo electrónico: sanyas_t@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 5 6 0 5 6 2 4 1	

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 4 1	2 0 1 6 1 0 0 5	8 5 5 1	2 0 2 2 0 2 0 1	8 5 4 2			

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

Usuarios 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 - 02 - 08 / 15 : 24: 09

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre TOVAR RODRIGUEZ SANDRA YASMIN

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Salud Ocupacional del Huila Limitada - IPS
Prestador: 4100101149
Dirección: Calle 13 #5-34, Neiva - Huila - Colombia.
Teléfono: PBX: (8) 8722063 | (8) 8721353
Email: siau.soh@gmail.com

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR
ÉNFASIS CARDIOVASCULAR



INFORMACIÓN GENERAL

Nombre: sandra yasmin tovar rodriguez
Tipo de documento: Cédula de ciudadanía
Nacimiento: 1974-07-18
Estrato: 4
Rh: O+
Hijos: 0
Estado civil: Unión libre
Direccion: CALLE 71 N25-72
Otros teléfonos:
Cargo: INSTRUCTORA
Fecha: 2022/12/27 **Tipo de evaluación:** Ingreso

Edad: 48 Años
Documento: 55170072
Ciudad o municipio: 001 - HUILA > NEIVA
Sexo: Femenino
Escolaridad: Especialista - 18
Raza: Caucásico
Discapacitado: NO
Teléfono celular: 3156056241
Nombre del responsable:

DATOS DE LA EMPRESA CONTRATANTE

Nombre: PARTICULARES
Direccion: -
Otros teléfonos:

Identificacion: 000000000
Teléfono celular: 3209522184
Actividad:

PRUEBAS DE APOYO DIAGNÓSTICO

P: PARACLÍNICOS

- AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL
- OPTOMETRÍA OCUPACIONAL
- APLICACION DE PRUEBA DE PERSONALIDAD PARA PERSONAL OPERATIVO
- EXAMEN MÉDICO DE INGRESO
  - ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR
  - ÉNFASIS CARDIOVASCULAR

L: LABORATORIO CLÍNICO

- CUADRO HEMÁTICO COMPLETO (HEMOGRAMA TIPO IV)
- COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL)
- COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD (LDL)
- COLESTEROL TOTAL
- GLUCOSA EN SUERO (GLICEMIA EN AYUNAS)
- TRIGLICÉRIDOS

V: VACUNAS

CERTIFICADO DE APTITUD

Concepto ocupacional: APTO **Observación:**
Concepto Énfasis osteomuscular: SIN PATOLOGÍA
Concepto Énfasis cardiovascular: SIN PATOLOGÍA

RECOMENDACIONES GENERALES

✓ USO PERMANENTE CORRECCION OPTICA. USO EPP VISUAL
✓ USO DE LINEAS DE VIDA
✓ ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS

✓ USO DE E,P,P.
✓ USO DE ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD PARA COVID-19
✓ PAUSAS ACTIVAS
✓ NO REFIERE SÍNTOMAS SUGESTIVOS DE COVID-19
✓ HIGIENE POSTURAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR

Yo, **sandra yasmin tovar rodriguez**, identificado con **CC 55170072**, autorizo al médico quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciados en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atenciónd onde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presentó y diligenció el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de SALUD OCUPACIONAL DEL HUILA.

Firma del especialista:

JESSICA MEDINA DIAZ
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Tarjeta prof. # 26586364

Código de verificación
84390-GHOUR

Firma del trabajador:

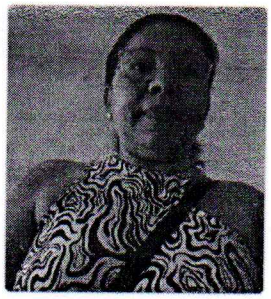
sandra yasmin tovar rodriguez
CC: 55170072

P-AUD-O-011258

HISTORIA CLÍNICA AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL

Salud Ocupacional del Huila ltda.

Fecha de atención: 2022/12/27



DATOS DE LA EMPRESA

Nombre: PARTICULARES
Direccion: -
Otros teléfonos:
Empresa usuaria:
Identificacion: 000000000
Teléfono celular: 3209522184
Actividad:

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre: sandra yasmin tovar rodriguez
Tipo de documento: Cédula de ciudadanía
Nacimiento: 1974-07-18
Estrato: 4
Rh: O+
Hijos: 0
Estado civil: Unión libre
Direccion: CALLE 71 N25-72
Otros teléfonos:
Edad: 48 Años
Documento: 55170072
Ciudad o municipio: 001 - HUILA > NEIVA
Sexo: Femenino
Escolaridad: Especialista - 18
Raza: Caucásico
Discapacitado: NO
Teléfono celular: 3156056241
Nombre del responsable:

DATOS DE LA CITA

ID Orden: 30909
Cargo: INSTRUCTORA
Autorización:
ID Cita: 84394
Tipo de examen: Ingreso - 1
Fecha: 2022-12-27 09:15:00 AM
Personal: MARTHA LILIANA SANTANA LEON
Estado: Completo
Fecha de cierre: 2022-12-27 10:20:19 AM
Producto: P-AUD-O - AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL

DATOS INICIALES

Consume tabaco: No refiere
Hobbies con exposición a ruido: No refiere
Infección de oido: No refiere
Exposición a ruidos: No
Ha prestado servicio militar: No
Exposición a químicos: No refiere
Uso de ototoxicos: No refiere
Tiempo Exp.:

SINTOMAS

Disminución de audición: No refiere
Zumbidos en los oidos: No refiere
Dolor de oidos: No refiere
Mareos: No refiere

EXAMEN

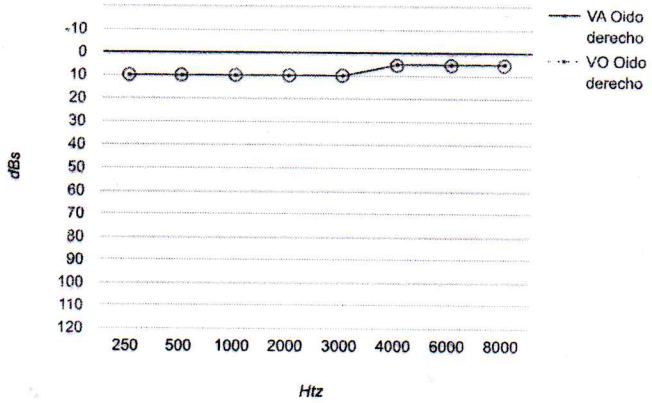
Otoscopia OD: Normal
OI: Normal

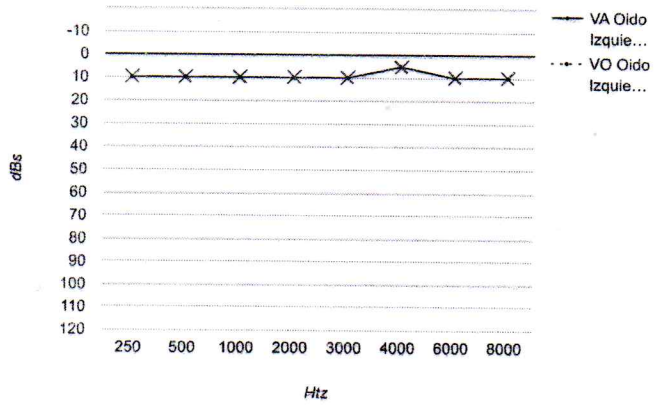
EXPOSICIÓN LABORAL

No refiere

ANTECEDENTES PERSONALES Y/O FAMILIARES

No refiere





AUDIOGRAMA

Frecuencia	Vía aérea OD	OI
250	10	10
500	10	10
1000	10	10
2000	10	10
3000	10	10
4000	5	5
6000	5	10
8000	5	10

OBSERVACIONES

IDX OD: Audición dentro de parámetros de normalidad

Vía aérea promedio OD: 10
Vía aérea enmascarda OD: NO
Porcentaje pérdida auditiva % OD: 0
Promedio áreas del lenguaje [dBsHTL] OD: 0
Examen de vía ósea: NO
Audiometro: Beltone 112

IDX OI: Audición dentro de parámetros de normalidad

Vía aérea promedio OI: 10
Vía aérea enmascarda OI: NO
Porcentaje pérdida auditiva % OI: 0
Promedio áreas del lenguaje [dBsHTL] OI: 0

Calibracion: 30-11-2020

DIAGNÓSTICO

Resultados de la consulta: Normal

DIAGNÓSTICOS ADICIONALES

Otros - Datos complementarios (Privado):

Observaciones:

Recomendaciones personales:

Recomendaciones laborales: • Control Auditivo anual

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR

Yo, **sandra yasmin tovar rodriguez**, identificado con **CC 55170072**, autorizo al médico quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Firma del especialista:

MARTHA LILIANA SANTANA
C.C. 55.167.365 de Neiva

MARTHA LILIANA SANTANA LEON
FONOAUDIOLOGA
Tarjeta prof. # 55167365

Código de verificación
84394-LZWYS

Firma del trabajador:

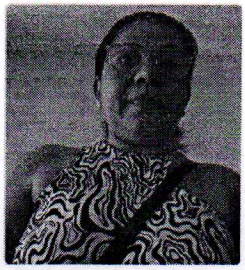
sandra yasmin tovar rodriguez
CC: 55170072

P-OPT-O-010147

HISTORIA CLÍNICA OPTOMETRÍA OCUPACIONAL

Salud Ocupacional del Huila ltda.

Fecha de atención: 2022/12/27



DATOS DE LA EMPRESA

Nombre: PARTICULARES
Direccion: -
Otros teléfonos:
Empresa usuaria:
Identificacion: 000000000
Teléfono celular: 3209522184
Actividad:

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre: sandra yasmin tovar rodriguez
Tipo de documento: Cédula de ciudadanía
Nacimiento: 1974-07-18
Estrato: 4
Rh: O+
Hijos: 0
Estado civil: Unión libre
Direccion: CALLE 71 N25-72
Otros teléfonos:
Edad: 48 Años
Documento: 55170072
Ciudad o municipio: 001 - HUILA > NEIVA
Sexo: Femenino
Escolaridad: Especialista - 18
Raza: Caucásico
Discapacitado: NO
Teléfono celular: 3156056241
Nombre del responsable:

DATOS DE LA CITA

ID Orden: 30909
Cargo: INSTRUCTORA
Autorización:
ID Cita: 84393
Tipo de examen: Ingreso - 1

Fecha: 2022-12-27 09:15:00 AM
Personal: DIEGO ANDRES GARCIA DIAZ
Estado: Completo
Fecha de cierre: 2022-12-27 09:58:28 AM
Producto: P-OPT-O - OPTOMETRÍA OCUPACIONAL

MOTIVO DE LA CONSULTA

Motivo de consulta: EXAMEN DE INGRESO

SINTOMAS

Anteojos: SI
L. Contacto: NO
Tiempo uso:
Tiempo uso:
Forma:
Tipos:

ANTECEDENTES

Ortóptica: NO
Catarata: NO
Pterigio: NO
Toxicos alérgicos: NO
Quirúrgicos: NO
Otros:
Conjuntivitis: NO
Traumas: NO
Glaucoma: NO
Especifique:
Especifique:

PATOLOGÍAS

Hipertensión: NO
Cáncer: NO
Diabetes: NO
VH Glicemia:
Cardiopatía: NO
Artritis: NO
Tiempo DX:

ANTECEDENTES PERSONALES Y/O FAMILIARES

No refiere

FÓRMULA ACTUAL

FÓRMULA	AV LEJOS	ADD	AV CERCA
OD: +1.50 ESF	: 20/20+	: +1.75	: 0.50 M
OI: +2.00 ESF	: 20/20+	: +1.75	: 0.50 M

LENTES

Lentes: Progresivo
Último control: 0 a 6 meses
Tipo:
Complementarios:

BIOMICROSCOPIA

Párpados: Normal
Córnea: Normal
Pupila: Normal
Cam. Anterior: Panda
Conjuntiva: Normal
Iris: Normal
Cristalino: Normal
Otro:

OFTAMOLOGIA

Fijación	Test de Amster	P.I.O.
OD: Central	: No aplica	: No aplica
OI: Central	: No aplica	: No aplica

DESCRIPCION

Descripción:

AGUDEZA VISUAL

Visión lejana	Visión próxima	P.H.
OD: 20/70+	: 2.00 M	: NO APLICA
OI: 20/100	: 2.00 M	: NO APLICA

REFRACCIÓN

Refracción	AV	Subjetivo	AV
OD: +1.50 ESF	: 20/20+	**OD:** +1.50 ESF	: 20/20+
OI: +2.00 ESF	: 20/20+	**OI:** +2.00	: 20/20+
Ciclopegia	**AV**	**Keratometría**	
OD:	: NO APLICA	**OD:**	**OI:**
OI:	: NO APLICA		

RX Final	AV	DP	ADD	VP
OD: +1.50 ESF	: 20/20+	: No refiere	**ADD:** +1.75	**AV Cerca:** 0.50 M
OI: +2.00	: 20/20+	: No refiere		

VALORACIÓN ORTÓPTICA

Test Hirschberg: Normal
P.P.C.: Normal
Test Cover: Normal
Estereopsis: Normal
Vision Cromatica: Normal

TRATAMIENTO

Descripción detallada del tratamiento:

Tratamiento farmacológico:

USO

Permanente: NO
Visión cercana: NO
Visión lejana: NO
Protección solar: NO
Esfuerzo visual: NO

MATERIAL

CR-39: NO
Policarbonato: NO
Fotocromático: NO
Futurex: NO
Otro: NO
Otro:

FILTRO

Filtro U.V.: NO
Filtro A.R.: NO
No: NO

GRADOSOL

Gradosol: Ninguno

COLOR

Color: No aplica
Otro color:

LENTE

Monofocal: NO
Clase:
Bifocales: NO
Altura (mm): 0
Progresivos: NO
DP (mm):

DIAGNÓSTICO

DxPrincipal: H520 - HIPERMETROPIA - #2999
Resultados de la consulta: Normal
TipoDx: Confirmado nuevo
DxRelacionado1: H524 - PRESBICIA - #3003
DxRelacionado2:
DxRelacionado3:
Diagnósticos adicionales (Sin codificación CIE-10):

DIAGNÓSTICOS ADICIONALES

Otros - Datos complementarios (Privado):

Observaciones: • DISMINUCION DE AV AO. CORRECCION OPTICA EN USO ADECUADA

Recomendaciones personales: • Uso de EPP visual • Uso permanente de RX Optica

Recomendaciones laborales: • USO PERMANENTE CORRECCION OPTICA. USO EPP VISUAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR

Yo, **sandra yasmin tovar rodriguez**, identificado con **CC 55170072**, autorizo al médico quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Firma del especialista:

DIEGO ANDRES GARCIA DIAZ
OPTOMETRA
Tarjeta prof. # 79958810

Código de verificación
84393-FZAAD

Firma del trabajador:

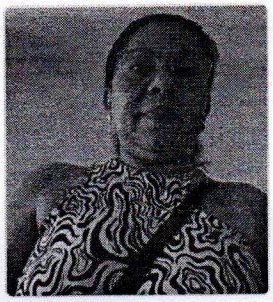
sandra yasmin tovar rodriguez
CC: 55170072

L-LAB-016845

HISTORIA CLÍNICA LABORATORIO

Fecha de atención: 2022/12/27

S+H
Salud Ocupacional del Huila ltda.



DATOS DE LA EMPRESA

Nombre: PARTICULARES
Direccion: -
Otros teléfonos:
Empresa usuaria:
Identificacion: 000000000
Teléfono celular: 3209522184
Actividad:

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre: sandra yasmin tovar rodriguez
Tipo de documento: Cédula de ciudadanía
Nacimiento: 1974-07-18
Estrato: 4
Rh: O+
Hijos: 0
Estado civil: Unión libre
Direccion: CALLE 71 N25-72
Otros teléfonos:
Edad: 48 Años
Documento: 55170072
Ciudad o municipio: 001 - HUILA > NEIVA
Sexo: Femenino
Escolaridad: Especialista - 18
Raza: Caucásico
Discapacitado: NO
Teléfono celular: 3156056241
Nombre del responsable:

DATOS DE LA CITA

ID Orden: 30909
Cargo: INSTRUCTORA
Autorización:
ID Cita: 84392
Tipo de examen: Ingreso - 1
Fecha: 2022-12-27 09:15:00 AM
Personal: GEINER GENDER GUETTE DE LA HOZ
Estado: Completo
Fecha de cierre: 2022-12-27 09:53:30 AM
Producto: L-LAB - LABORATORIO

EXAMEN CUADRO HEMÁTICO COMPLETO (HEMOGRAMA TIPO IV)

Nombre	Resultado	Medida	Minimo Máximo	Observaciones
RECUENTO TOTAL DE GLOBULOS BLANCOS	5.9	mm3	5 - 10	
NEUTROFILOS	51.2	%	30 - 70	
LINFOCITOS	42.2	%	15 - 40	
MONOCITOS	6.6	%	3 - 10	
EOSINOFILOS		%	2 - 5	
BASOFILOS		%	0 - 1	
RECUENTO TOTAL DE GLOBULOS ROJOS	5.68	M/mm3	4.0 - 5.9	
HEMATOCRITO	42.6	%	35 - 54	
HEMOGLOBINA	13.8	g/dl	12 - 18	
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	89.2	fL	83 - 98	
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	28.5	pg	25 - 33	
CONCENTRACION DE HB CORPUSCULAR MEDIA	29.6	g/dl	28 - 36	
RDW	12.9	%	8 -12	
VPM	9.5	fl	6 - 13	
PDW		%	6.0 - 10.0	
PLAQUETAS	263	mm3	150 - 450	
VSG		mm/Hora		

EXAMEN COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL)

Nombre	Resultado	Medida	Minimo Máximo	Observaciones
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL] INMUNOLÓGICO DIRECTO	46	mg/dl		Bajo: Menor de 40 Normal: 40 a 59 Alto: Mayor o igual 60
TECNICA				ESPECTROFOTOMETRIA
REFERENCIA				TOMADO DE ATP III – ADULT TREATMENT PANEL III
OBSERVACIONES				

EXAMEN COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD (LDL)

Nombre	Resultado	Medida	Minimo Máximo	Observaciones
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] INMUNOLÓGICO DIRECTO	101	mg/dl		OPTIMO: Menor de 100 - CERCANO AL OPTIMO: 100-129 - LIMITE ALTO: 130-159 - ALTO: 160-189 - MUY ALTO: Mayor o igual a 190
TÉCNICA				ESPECTROFOTOMETRIA
REFERENCIA				TOMADO DE ATP III – ADULT TREATMENT PANEL III
OBSERVACIONES				

EXAMEN COLESTEROL TOTAL

Nombre	Resultado	Medida	Minimo Máximo	Observaciones
COLESTEROL TOTAL	145	mg/dl		OPTIMO: Menor de 200 - LIMITE ALTO: 200-239 - ALTO: MAYOR A 240
TÉCNICA				ESPECTROFOTOMETRIA
REFERENCIA				TOMADO DE ATP III – ADULT TREATMENT PANEL III
OBSERVACIONES				

EXAMEN GLUCOSA EN SUERO (GLICEMIA EN AYUNAS)

Nombre	Resultado	Medida	Minimo Máximo	Observaciones
GLUCOSA EN SUERO	78	mg/dl	70-115	

TÉCNICA	TÉCNICA: Espectrofotometria
REFERENCIA	ALAD
OBSERVACIONES	

EXAMEN TRIGLICÉRIDOS

Nombre	Resultado	Medida	Minimo	Máximo	Observaciones
TRIGLICÉRIDOS +	**126**	mg/dl			Normal: Menor de 150 - Levemente elevados: 150 a 199 - Elevados: 200 a 499 - Muy Elevados: Mayor a 500
TÉCNICA					ESPECTROFOTOMETRÍA
REFERENCIA					TOMADO DE ATP III – ADULT TREATMENT PANEL III

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR

Yo, **sandra yasmin tovar rodriguez**, identificado con **CC 55170072**, autorizo al médico quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

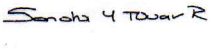
Firma del especialista:



GEINER GENDER GUETTE DE LA HOZ
BACTERIÓLOGO
Tarjeta prof. # 5462

Código de verificación
84392-TK2LP

Firma del trabajador:



sandra yasmin tovar rodriguez
CC: 55170072

P-PSI-PP-O-006051

HISTORIA CLÍNICA APLICACION DE PRUEBA DE PERSONALIDAD PARA PERSONAL OPERATIVO

Salud Ocupacional del Huila ltda.



Fecha de atención: 2022/12/27

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre: PARTICULARES
Direccion: -
Otros teléfonos:
Empresa usuaria:
Identificacion: 000000000
Teléfono celular: 3209522184
Actividad:

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre: sandra yasmin tovar rodriguez
Tipo de documento: Cédula de ciudadanía
Nacimiento: 1974-07-18
Estrato: 4
Rh: O+
Hijos: 0
Estado civil: Unión libre
Direccion: CALLE 71 N25-72
Otros teléfonos:
Edad: 48 Años
Documento: 55170072
Ciudad o municipio: 001 - HUILA > NEIVA
Sexo: Femenino
Escolaridad: Especialista - 18
Raza: Caucásico
Discapacitado: NO
Teléfono celular: 3156056241
Nombre del responsable:

DATOS DE LA CITA

ID Orden: 30909
Cargo: INSTRUCTORA
Autorización:
ID Cita: 84391
Tipo de examen: Ingreso - 1

Fecha: 2022-12-27 09:15:00 AM
Personal: ALBA LUCIA CORTES GORDILLO
Estado: Completo
Fecha de cierre: 2022-12-27 10:21:35 AM
Producto: P-PSI-PP-O - APLICACION DE PRUEBA DE PERSONALIDAD PARA PERSONAL OPERATIVO

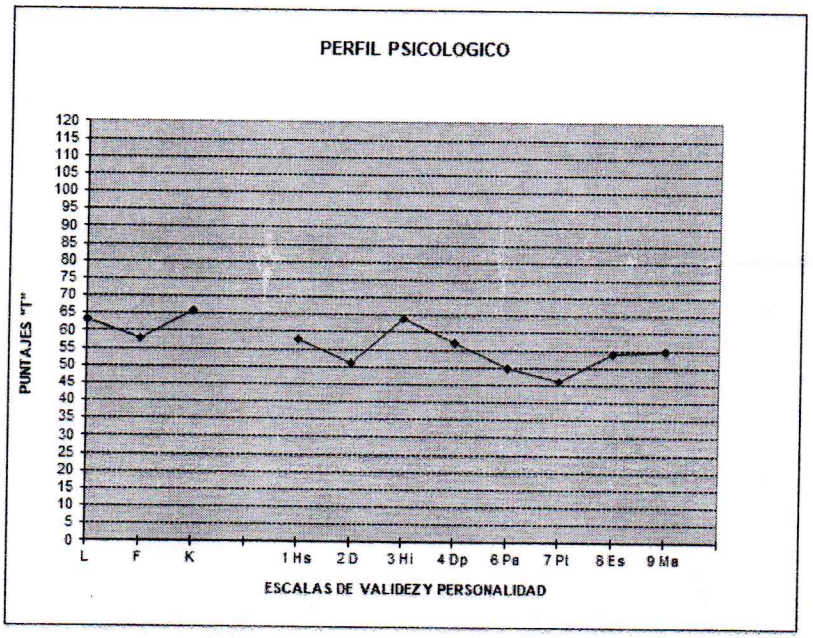
ANTECEDENTES

Hipocondriasis: No
Depresión: No
Histeria: No
Paranoia: No
Desviación psicopatica: No
Psicastenia: No
Esquizofrenia: No
Hipomanía: No

PRUEBAS DE PSICOLOGÍA

Observaciones:
Pruebas realizadas: Minimutl

IMÁGENES ADJUNTAS



DIAGNÓSTICO

Resultados de la consulta: Normal

DIAGNÓSTICOS ADICIONALES

Otros - Datos complementarios (Privado):

Observaciones: • Posee un adecuado nivel de integración y buena cohesión de la estructura de la personalidad lo que le permite actuar adecuadamente ante presiones externas y las tensiones emocionales internas que pudieran desorganizar el equilibrio de sus patrones de conducta. Tiene capacidad para relacionarse con los demás, ganar su aceptación y crear impresiones favorables; utiliza de la mejor forma posible sus potencialidades y puede trabajar en el medio en el que se desenvuelve aprovechado sus circunstancias. Es una persona responsable que acepta las consecuencias de su conducta, demuestra que se puede confiar en ella y que tiene consciencia de sus obligaciones con el grupo, hace su parte, Muestra integridad. • No proyectó ninguna alteración disfuncional en su personalidad, funciona con eficacia en la mayoría de los aspectos de su vida personal. • No muestra ansiedad. • No muestra grados de evitación a situaciones potencialmente fóbicas, por el contrario, evidencia un buen nivel de respuesta clínica ante estas situaciones. • Emocionalmente estable.

Recomendaciones personales:

Recomendaciones laborales:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR

Yo, **sandra yasmin tovar rodriguez**, identificado con **CC 55170072**, autorizo al médico quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Firma del especialista:

ALBA LUCIA CORTES GORDILLO
PSICÓLOGA
Tarjeta prof. # REP 6779 LICENCIA S.O. N°2326

Código de verificación
84391-QLND2

Firma del trabajador:

sandra yasmin tovar rodriguez
CC: 55170072

Hace constar:

Que el Sr(a) SANDRA YASMIN TOVAR RODRIGUEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 55170072 realizó el día 23/11/2023 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 SANDRA YASMIN TOVAR RODRIGUEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 55170072 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.

Sandra T.

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) SANDRA YASMIN TOVAR RODRIGUEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 55170072 el día 23/11/2023 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

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA 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 **SANDRA YASMIN TOVAR RODRIGUEZ** con **CC** No. **55170072**, 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:** 24/11/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 14/11/2023 **Fecha fin de Contrato:** 16/12/2023 **Clase de Riesgo:** 1 **Cargo :** CONTRATISTA **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): 202301021469714.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 24 días del mes de noviembre 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_07

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

SANDRA YASMIN TOVAR RODRIGUEZ Identificado con CC 55170072

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina COLINA CAMPESTRE, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24063669747
Fecha de apertura:	14 de Junio de 2016
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Miércoles, 08 de Noviembre de 2023.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

Powered by CamScanner

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BOGOTA, D.C.	AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	62	62-46-101006765	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
14	11	2023	14	11	2023	00:00	21	04	2024	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
TOVAR RODRIGUEZ, SANDRA YASMIN	CC: 55.170.072

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
CL 144 NRO. 12 - 58	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	8752920

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:	IDENTIFICACIÓN
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA CENTRO DE TECNOLOGIAS PARA LA CONSTRUCCION Y LA MADERA	NIT: 899.999.034-1

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO
AUTOPISTA SUR CRA 4 53 54 CAZUCA	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	5461600

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.5545132 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA AUTÓNOMA E INDEPENDIENTE PARA FORMAR EN COMPETENCIAS TÉCNICAS A TRAVÉS DE HERRAMIENTAS PEDAGÓGICAS EN EL PROGRAMA Y MODALIDAD ASIGNADA GARANTIZANDO EL CUMPLIMIENTO DEL PROCESO EDUCATIVO DE LOS APRENDICES DEL CENTRO DE TECNOLOGÍAS PARA LA CONSTRUCCIÓN Y LA MADERA POR LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS EN LA FORMACIÓN REGULAR

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	14/11/2023	21/04/2024	$441,870.00

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******20,000.00	$ *******8,000.00	$ *******5,320.00	$ ***********33,320.00	$ **********441,870.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
ANDREA MARCELA SARMIENTO MARTINEZ	220528	100.00			

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

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CRA. 11A NO. 93A - 62 OFC. 401 - TELEFONO: 7422342 - BOGOTA, D.C.

62-46-101006765

FIRMA AUTORIZADA: Gabriela A. Zarante B. - Secretaria General

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

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

Hacemos constar, que la póliza Nº 101006765, anexo 0, no expirara 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 BOGOTA, D.C. a los 14 días del mes de NOVIEMBRE de 2023

62-46-101006765

FIRMA AUTORIZADA: Gabriela A. Zarante B. - Secretaria General

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES NO. _____ SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015

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.

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.

PARA CONSTANCIA DE LO EXPUESTO, Y EN SEÑAL DE ASENTIMIENTO Y COMPROMISO CON TODO LO AQUÍ PACTADO SE FIRMA EN _____ A LOS _____ ( ) DÍAS DEL MES DE _____ DEL AÑO _____.

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

77099980211670051381 05

Nit: 860009578-6

SEGUROS DEL ESTADO GENERALES

RECIBO DE PAGO Nº: 30000063306496

CERTIFICAMOS QUE:

FECHA	

RECIBIMOS DE: TOVAR RODRIGUEZ SANDRA YASMIN — CC. 55.170.072

LA SUMA DE: Treinta y tres mil trescientos veinte pesos .**********

POR CONCEPTO DE: PAGO POLIZA NRO.: 101006765

SUC - RAMO - POLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTO	IVA	VALOR
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93-46-101006765-0-1	$0.00		$33,320.00	$33,320.00

FORMA DE PAGO

Efectivo - $ 33,320.00

EFECTIVO:
CHEQUE:
TARJETA:
BD: 33,320.00
OTROS:

TRANSACCION: 0005138105

TOTAL: $33,320.00

CAJERO: PAGUESTADO

11/14/2023 8:08:30PM

172.16.10.23

Banco Caja Social
Su banco amigo.

Pago de servicios electrónicos

Resultado de la transacción

Transacción exitosa.
Apreciado cliente. Pago sujeto a aprobación. Para concluir, por favor seleccione la opción “Regresar al comercio” y verifique el estado final de la transacción. Si tiene algún inconveniente, comuníquese con la entidad con la que liquidó su planilla o con el comercio desde el cual está realizando la compra o pago.

FECHA Y HORA
14 noviembre 2023 7:56 pm

DIRECCIÓN IP. 186.147.140.96

NÚMERO DE TRANSACCIÓN
APII3318321704264166

NÚMERO DE CONFIRMACIÓN
4166ABAB

NOMBRE DEL COMERCIO	SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT DEL COMERCIO	8600095786
CÓDIGO DEL SERVICIO	2010
VALOR DE LA TRANSACCIÓN	$33.320,00
VALOR DEL IMPUESTO	$5.320,00
REFERENCIA DE PAGO	30000063306496
FECHA DE LA SOLICITUD	14 noviembre 2023
REFERENCIA 1	2010
REFERENCIA 2	8600095786
REFERENCIA 3	6511
CÓDIGO DE LA TRANSACCIÓN (CUS)	276576480
CICLO DE LA TRANSACCIÓN	1
DESCRIPCIÓN DEL PAGO	Seguros generales
CUENTA ORIGEN	Cuentamiga *******9747

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 30 de noviembre de 2023

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

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

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

C.C.	**1075790594**	**MARIA ALEJANDRA ROJAS TOVAR**	**HIJO**

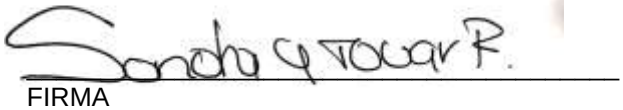
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

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

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

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

Cordialmente,



FIRMA

Nombre: **SANDRA YASMIN TOVAR RODRIGUEZ**

C.C. **55170072**

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.075.790.594**

ROJAS TOVAR

APELLIDOS

MARIA ALEJANDRA

NOMBRES



María Alejandra Rojas Tovar

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-JUL-2004**

NEIVA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

08-AGO-2022 NEIVA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1900150-01320537-F-1075790594-20220927 **00867**69849A 1 8505337777

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NIT: 890.903.938-8
Registro de Operación: [illegible] Formato Predirigenciado Página 1 de 2
RECAUDOS CONVENIOS MASIVOS
Sucursal: 457 - CENTRO COMERCIAL SAN PEDRO
Ciudad: NEIVA
Fecha: 04/07/2023 Hora: [illegible]
Secuencia: 13 Codigo usuario: 011
Recibo Convenio: 40550
Nombre Convenio: 2350 - DERECHOS DE MATRICULA
Tipo Identificación Pagador: Cedula de Ciudadanía
Identificación Pagador: 1075790594
Valor Total: $ 223.444,00 ***
Medio de Pago: EFECTIVO
Valor Efectivo: $ 223.444,00 ***
Valor Cheque: $ 0,00 ***
Costo Transacción: $ 0,00 ***
Referencia 1: 01825780
Referencia 2: 2023 JUL 04
LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN EL PRESENTE
RECIBO CORRESPONDE A LA OPERACIÓN
VALOR: 357 [illegible]
RECIBIDO Nº 011

REGISTRO Y CONTROL

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
NIT 891.180.084-2 ♦ Vigilada Mineducación
LIQUIDACIÓN DE DERECHOS DE MATRICULA

No. 1825780	Cuota 1 de 2
PERIODO 2023 - 2	

PROGRAMA : 411 - CIENCIA POLITICA - NEIVA
ESTUDIANTE : 20222209204 - MARIA ALEJANDRA ROJAS TOVAR
REFERENCIA : 01825780
IDENTIFICACION : C.C. No. 1075790594

CONCEPTOS		
Cod.	**Concepto**	**Valor**
72	MATRICULA PREGRADO	$698.055
73	DERECHOS COMPLEMENTARIOS PREG	$139.611
74	SEGURO	$5.000
77	CONSEJO ESTUDIANTIL	$1.500
78	FORTALEC. CONECTIV. PREGRADO	$77.333
Total Conceptos		$921.499

DESCUENTOS		
Cod.	**Descripción**	**Valor**
104	LEY 815 DE 2003	$69.806
921	FONDO SOLIDARIO PARA LA EDUCACION DESCUENTO	$628.249
Total Descuentos		$698.055

>>Valor a Pagar<<		Paguese Hasta
Matricula Ordinaria	$223.444	2023-07-07

Bancos habilitados para pago:
OCCIDENTE
BANCOLOMBIA

ESTUDIANTE

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
NIT 891.180.084-2 ♦ Vigilada Mineducación
LIQUIDACIÓN DE DERECHOS DE MATRICULA

No. 1825780	Cuota 1 de 2
PERIODO 2023 - 2	

PROGRAMA : 411 - CIENCIA POLITICA - NEIVA
ESTUDIANTE : 20222209204 - MARIA ALEJANDRA ROJAS TOVAR
REFERENCIA : 01825780
IDENTIFICACION : C.C. No. : 1075790594

>>Valor a Pagar<<		Paguese Hasta
Matricula Ordinaria	$223.444	2023-07-07

Bancos habilitados para pago:
OCCIDENTE
BANCOLOMBIA

Powered by CamScanner