

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL ATLÁNTICO CENTRO ATENCIÓN SECTOR AGROPECUARIO- ATLÁNTICO			Código Regional	8
				Código Centro	910310
				Fecha Elaboración	Enero de 2024
				Versión	ENERO 2024 - 1,24
			ID de Proceso	67980-000811	
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos contratista:		KELLY MARIA GUTIERREZ VIVIUS kgutierrezv@sena.edu.co		C.C.	22.668.459
Correo electrónico contratista:				IP/N° de contacto	52028
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación?	NO
				Es declarante de renta?	SI
				Es Pensionado?	NO
Banco al cual consignar:		BANCO COLPATRIA		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
				N° Cuenta	6272088835
				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					
N° del contrato:		5772225/2024		N° Compromiso SIIF	2524
Valor Total del Contrato		\$ 59.808.232		N° Pago	1
Saldo Anterior del Contrato		\$ 59.808.232		Periodo objeto de pago	
Nuevo Saldo del Contrato		\$ 58.177.098		Del	22/01/2024
				Al	31/01/2024
				Legalización comisiones del periodo	\$ 0,00
OBJETO CONTRACTUAL:		SERVICIOS PERSONALES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN LA LÍNEA PROGRAMÁTICA DE EXTENSIONISMO TECNOLÓGICO DEL GRUPO INTERNO DE GESTIÓN DE LA INVESTIGACIÓN, EL DESARROLLO Y LA INNOVACIÓN TECNOLÓGICA Y FORMATIVA SEGUN RADICADO 08-9-2024-001628			
(Descripción del servicio prestado)					
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios		\$ 1.631.134		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo	\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 1.631.134		Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 827.876		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		Enero		Diciembre	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.300.000		\$ 0	Base retención en la fuente a titulo de RENTA 827.876,00 TARIFA
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 162.500		\$ 0	Base retención en la fuente a titulo de ICA 1.260.634,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 208.000		\$ 0	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%
ARL		\$ 6.800		\$ 0	Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ 9.805.208		\$ -	Menos Retencion IVA 0,00 15%
\$ 407.783		\$ -		\$ -	Reteica - 8299 0,00 1,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ 14.903.916		\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ 14.903.916		\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ 4.706.500		\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		\$ -	Descuentos de Libranza 0,00
Dependientes hasta		\$ 1.506.080		\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
Salud hasta		\$ 753.040		\$ 150.000	
Renta Exenta 25%		\$ 3.098.445		\$ 275.959	
Retención en la Fuente Contingente		\$ -		\$ -	VALOR A PAGAR \$1.631.134,00
SON: UN MILLÓN SEISCIENTOS TREINTA Y UN MIL CIENTO TREINTA Y CUATRO PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Reunión con los responsable de agrosena. Para conformar base de datos de asociaciones campesinas Selección de asociaciones que se van atender en el primer cuatrimestre de 2024. Participar activamente en las acciones de Extensionismo tecnológico Y del Grupo Interno de Gestión de la Investigación Generar estrategias que fomenten el crecimiento y mejora del proceso de consultoría en las regiones asignadas					
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.				 KELLY MARIA GUTIERREZ VIVIUS 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, VICTOR MANUEL CERA SARMIENTO PROFESIONAL G02	
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 JACQUELINE ROJAS SOLANO SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)					

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 22668459		GUTIERREZ VIVIUS KELLY MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 65 NUMERO 85 90 BLOQUE 22 APTO 202	BARRANQUILLA-ATLANTICO	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2023-12	2023-12	372686214	9460988163	I	2024/01/16	2024/01/02	SCOTIABANK COLPATRIA	\$613,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,111,500	\$337,900			\$2,111,500	\$264,000			\$0	\$0			\$2,111,500	\$11,100	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,111,500	\$337,900			\$2,111,500	\$264,000			\$0	\$0			\$2,111,500	\$11,100	
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					\$2,111,500	\$337,900			\$2,111,500	\$264,000			\$0	\$0			\$2,111,500	\$11,100	
1	CC 22668459	GUTIERREZ KELLY	25-14	30	\$2,111,500	\$337,900	EPS005	30	\$2,111,500	\$264,000		0	\$0	\$0	14-23	30	\$2,111,500	\$11,100	0
Total Afiliados(1)					\$2,111,500	\$337,900			\$2,111,500	\$264,000			\$0	\$0			\$2,111,500	\$11,100	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 22668459		GUTIERREZ VIVIUS KELLY MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 65 NUMERO 85 90 BLOQUE 22 APTO 202	BARRANQUILLA-ATLANTICO	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2023-12	2023-12	372686214	9460988163	I	2024/01/16	2024/01/02	SCOTIABANK COLPATRIA	\$613,000

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$337,900	\$0	\$0	\$337,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$337,900	\$0	\$0	\$337,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$11,100	\$0	\$0	\$11,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$11,100	\$0	\$0	\$11,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$264,000	\$0	\$0	\$264,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$264,000	\$0	\$0	\$264,000
TOTAL				1	\$613,000	\$0	\$0	\$613,000

CE-006 - 0000000100 – 2024

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 22668459
NOMBRES Y APELLIDOS	Gutierrez Vivius,Kelly Maria
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/01/2019
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Gutierrez Vivius,Kelly Maria, a los 17 días del mes de enero del año 2024.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.



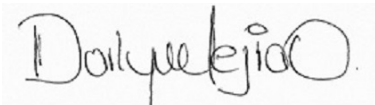
Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **KELLY MARIA GUTIERREZ VIVIUS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **22668459**, se encuentra afiliado/a desde **01/09/2015** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 17 de enero de 2024.



Darlynne Amalia Mejía Olmos
Dirección de Afiliaciones (A)

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

		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 0 2 Actualización				4. Número de formulario 14708451667			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 2 2 6 6 8 4 5 9				6. DV 4		12. Dirección seccional Impuestos de Barranquilla	
						14. Buzón electrónico 2	
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía		26. Número de Identificación 2 2 6 6 8 4 5 9		27. Fecha expedición 2 0 0 0, 0 5, 2 4	
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA		29. Departamento Atlántico		30. Ciudad/Municipio Barranquilla		0 0 1	
31. Primer apellido GUTIERREZ		32. Segundo apellido VIVIUS		33. Primer nombre KELLY		34. Otros nombres MARIA	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA		39. Departamento Atlántico		40. Ciudad/Municipio Barranquilla		0 0 1	
41. Dirección principal CR 65 85 90 TO 22 AP 202							
42. Correo electrónico kellyvivius@hotmail.com							
43. Código postal				44. Teléfono 1 3 0 1 4 3 7 4 7 7 6		45. Teléfono 2	
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código 7 4 9 0	47. Fecha inicio actividad 2 0 1 3, 0 2, 1 8	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código		
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 5 4 9							
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario							
49 - No responsable de IVA							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20				55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3 57. Modo 58. CPC			
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación							
Para uso exclusivo de la DIAN							
59. Anexos SI NO X				60. No. de Folios: 0		61. Fecha 2020 - 09 - 04 / 16 : 39: 30	
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.				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.			
Firma del solicitante:				Firma autorizada:			
				984. Nombre GUTIERREZ VIVIUS KELLY MARIA			
				985. Cargo CONTRIBUYENTE			

NIT. 800033723

CALLE 70 N 48 -56 3857980

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL - No CUENTA: 985291

EMPRESA: CLIENTE PARTICULAR

TIPO CERTIFICACION

1. PREINGRESO [X]	2. PERIÓDICO PROGRAMADA []	3. RETIRO []	4. CONTROL []	5. POST INCAPACIDAD []
6. REUBICACIÓN []	7. CASO OCUPACIONAL []	8. TRAB. EN ALTURAS []	9. ESPACIOS CONFINADOS []	10. MANIPULACION DE ALIMENTOS []

DATOS DEL PACIENTE

FECHA: 16/01/2024	EMPRESA EN MISION: PARTICULARES 50		
NOMBRE: KELLY MARIA GUTIERREZ VIVIUS		DOC. IDENTIDAD: CC 22668459	
CARGO: CONSULTOR EMPRESARIAL		EDAD: 41 AÑOS	
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A)	FECHA DE NACIMIENTO: 1982-05-21		EPS: SANITAS
DIRECCIÓN: CRA 65 85 90		TELEFONO: 3176357171	
PESO: 61 Kg	TALLA: 163 Cm	P.ABDOMINAL: 0 Cm	IMC: 22.96



SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS

1) AUDIOMETRIA 2) EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

EXAMEN DE PREINGRESO

CONCEPTO

CONCEPTO	SI	NO
1. EXISTEN RESTRICCIONES PARA LA OCUPACION	[]	[X]

CONCEPTOS GENERALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

1. VISUAL []	2. AUDITIVO []	3. RESPIRATORIO []	4. CARDIOVASCULAR []	5. PSICOSOCIAL []	6. ERGONOMICO []	7. OTROS []
---------------	-----------------	---------------------	-----------------------	--------------------	-------------------	--------------

REMISIONES SI [] NO [X]	ARL SI [] NO [X]	EPS SI [] NO [X]
----------------------------	---------------------	---------------------

RECOMENDACIONES Y/O CONDICIONES A ADOPTAR PARA QUE EL TRABAJADOR PUEDA DESEMPEÑAR LA LABOR

-SE RECOMIENDA DIETA SANA BAJA EN GRASAS Y CARBOHIDRATOS, ACTIVIDAD FISICA REGULAR, SE RECOMIENDA ESTILO DE VIDA Y TRABAJO SALUDABLE
-EJERCICIOS O ACTIVIDADES FISICAS AEROBICAS DE FORMA REGULAR ENTRE 150-300 MINUTOS POR SEMANA (OMS) PARA INCREMENTAR LA HABILIDAD DE UTILIZAR OXIGENO PARA EL RENDIMIENTO EN EL TRABAJO Y PARA MANTENER UN PESO ADECUADO A SU TALLA (IMC).
-PAUSAS ACTIVAS
-MEDIDAS ERGONOMICAS E HIGIENE POSTURAL
-IMPLEMENTAR MEDIDAS DE AUTOREPORTE
-USOS DE ELEMENTOS PROTECCION PERSONAL ACORDES A LA EXPOSICION A FACTORES DE RIESGO LABORAL.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CERTIFICO Y MANIFIESTO QUE HE SIDO INFORMADO(A) SOBRE LO CONCERNIENTE AL PROPÓSITO Y BENEFICIO DEL EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL Y/O EXAMENES COMPLEMENTARIOS QUE SE ME VAN A REALIZAR, COMPRENDO QUE EL OBJETIVO DE LOS MISMOS ES IDENTIFICAR CONDICIONES DE SALUD Y REALIZAR DIAGNOSTICOS PRESUNTIVOS DE ENFERMEDAD LABORAL ASÍ COMO LOS BENEFICIOS Y SU IMPORTANCIA PARA EL DESARROLLO, EJECUCION Y CUMPLIMIENTO DEL SUBSISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA AL IGUAL QUE SUS RIESGOS, MOTIVO POR EL CUAL AUTORIZO EN FORMA LIBRE, ESPONTANEA Y VOLUNTARIA MI CONSENTIMIENTO PARA SU REALIZACION DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO CON LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE. PARA LA CUSTODIA Y ENTREGA DE LOS RESULTADOS, FACULTO Y DELEGO AL PROFESIONAL EN MEDICINA ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS SAS, Y/O MEDICINA LABORAL DE LA EMPRESA, QUIEN TENDRA A SU CARGO DICHOS DOCUMENTOS SIENDO EL RESPONSABLE DE GARANTIZAR SU CONFIDENCIALIDAD. PODRAN ENTREGAR COPIA DE MI HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL FOLIADA, PREVIA AUTORIZACION DE MI PARTE O CUANDO MEDE MANDATO JUDICIAL. A SOLICITUD DE LAS ENTIDADES DE LA SEGURIDAD SOCIAL, EN CONCORDANCIA CON LAS RESOLUCIONES NO. 2348 DE 2007 Y 1915 DE 2009 Y DECRETO 1072 DE 2015. TODA INFORMACION DE SALUD GOZARA DE LA CONFIDENCIALIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE (DECRETO 3380 DE 1981, RESOLUCION 2463 DE 2009 Y LOS QUE LOS MODIFIQUEN) Y SÓLO SERA USADA PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD Y TRABAJO. DE IGUAL MANERA, DOY MI AUTORIZACION EXPRESA PARA QUE SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS SAS, RECOLECTA Y DE CUALQUIER MANERA TRATE MIS DATOS PERSONALES PARA FINALIDADES DE COMUNICACION EFECTIVA, CALIDAD DE SERVICIO, MANEJO DE DATOS CLINICOS Y OTRAS QUE APLIQUEN SEGUN LA NORMATIVIDAD VIGENTE. DECLARO QUE LA INFORMACION QUE SUMINISTRO ES VERDADERA Y NO OMITO NINGUN ANTECEDENTE, DE ACUERDO A LO QUE ME OBLIGA EL ARTICULO 22 DEL DECRETO 1391 DE 1994.

Brigitt Dayanna Hernandez Echeverria
1045708326

BRIGITT DAYANNA HERNANDEZ ECHEVERRIA
CC 1045708326
MEDICO OCUPACIONAL
TP. 1045708326
RS. 1045708326

Kelly Gutierrez

KELLY MARIA GUTIERREZ VIVIUS
CC 22668459
DECLARO QUE TODOS LOS DATOS REGISTRADOS
CORRESPONDEN A LA VERDAD



CAPTURA BIOMETRICA

SALUD OCUPACIONAL BARRANQUILLA
CALLE 70 # 48- 56

Fecha de Impresión: 16/01/2024 - 10:43

Impnmó: HERNAN ENRIQUE RIVERA FRANCO

SOFTWARE: SIIS SIIS v 2.0- Tel: +57 310 4674735

KELLY MARIA GUTIERREZ VIVIUS Edad: 41 años, 7 meses, 26 días
Responsable: CLIENTE PARTICULAR - PARTICULARES SO

VOLVER **CERRAR**

HISTORIA CLINICA
• CALIFICACION DEL PACIENTE
• APOYOS OCUPACIONALES
ADICIONALES

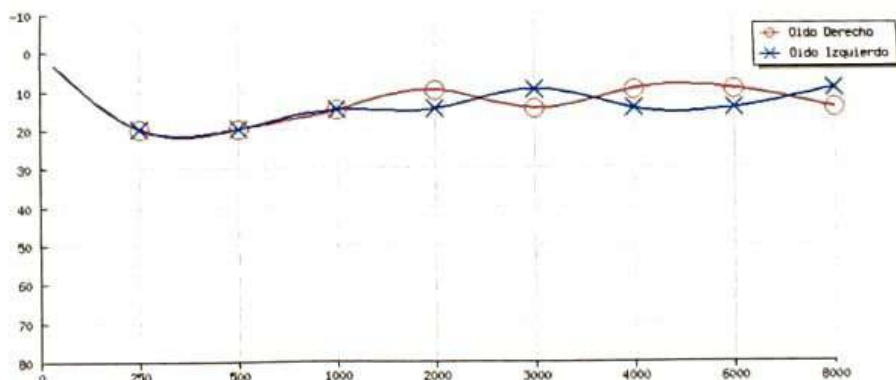
APOYOS DIAGNOSTICOS

HISTORIAL

Cerrar X

HISTORIAL FONOAUDIOLOGIA - #EVOLUCION: 1332723								
TIPO DE ATENCION:	SALUD OCUPACIONAL							
FRECUENCIA	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
OIDO DERECHO	20	20	15	10	15	10	10	15
OIDO IZQUIERDO	20	20	15	15	10	15	15	10
CUADRO CLASIFICACION								
	OIDO DERECHO				OIDO IZQUIERDO			
PTA: 500Hz 1000Hz 2000Hz 3000Hz	15				15			
UMBRAL: 4000Hz	10				15			
ELI	Bueno				Bueno			
SAL					Limites Normales			
FRECUENCIAS CONVERSACIONALES					15% Normal			
	NIOSH-1998							
NORMAL	☒				☒			
HIPOACUSIA LEVE								
HIPOACUSIA MODERADA								
HIPOACUSIA MODERADA A SEVERA								
HIPOACUSIA SEVERA								
HIPOACUSIA PROFUNDA								
	ANSI-96(PTA)							
NORMAL	☒				☒			
HIPOACUSIA MINIMA								
HIPOACUSIA LEVE								
HIPOACUSIA MODERADA								
HIPOACUSIA MODERADA A SEVERA								
HIPOACUSIA SEVERA								
HIPOACUSIA PROFUNDA								
	OBSERVACIONES							
SIN ANTECEDENTES AUDITIVOS RELEVANTES								
OTOSCOPIA NORMAL, BILATERAL								
AUDICION NORMAL, BILATERAL								
CONTROL ANUAL								

AUDIOGRAMA



TIME EXEC: 0.120

hc

Erika M. Cardoza B.
ERIKA M. CARDOZA BARRIOS
FONOAUDIOLOGA TP. 166
U. METROPOLITANA
ESPECIALISTA SST. RES. 2610
U. LIBRE

HISTORIA CLINICA OPTOMETRIA

Paciente: GUTIERREZ VIVIUS KELLY MARIA		Telefono Fijo: 3176357171		Celular: 3176357171	
Identificación: 22688459		Dirección: CRA 65 # 85-90			
Edad: 41 AÑOS		Fecha Consulta: 2024-01-04 11:05			

AGUDEZA VISUAL						
AGUDEZA VISUAL HABITUAL						
Corrección	Tipo de corrección	Otros	Optotipo	Plantilla Vision Proxima	Ojo Dominante	Mano Dominante
Sin corrección	Anteojos		Letras	Texto		Mano Derecha
AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCION OJO DERECHO						
Visión lejana OD		Estenopeico OD		Visión próxima OD		
20/30				Título		
AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCION OJO IZQUIERDO						
Visión lejana OI		Estenopeico OI		Visión próxima OI		
20/30				Título		
AGUDEZA VISUAL CON CORRECCION OJO DERECHO						
Visión lejana OD		Estenopeico OD		Visión próxima OD		
AGUDEZA VISUAL CON CORRECCION OJO IZQUIERDO						
Visión lejana OI		Estenopeico OI		Visión próxima OI		
1. LENTES EN USO OJO DERECHO						
Esfera OD	Cilindro OD	Eje OD	Adición OD			
+0.75	-0.50	90	+0.75			
1. LENTES EN USO OJO IZQUIERDO						
Esfera OI	Cilindro OI	Eje OI	Adición OI			
+0.50	-0.25	90	+0.75			
NA						
REFRACCION						
Refracción						
Retinoscopia Estatica sin ciclo						
REFRACCIÓN OJO DERECHO						
Esfera OD	Cilindro OD	Eje OD	Observación			
+1.75	-0.50	90	NORMAL			
REFRACCION OJO IZQUIERDO						
Esfera OI	Cilindro OI	Eje OI	Observación			
+1.50	-0.50	90	NORMAL			
SUBJETIVO OJO DERECHO						
Esfera OD	Cilindro OD	Eje OD	Adición OD	A.V. Lejos OD	Visión próxima OD	
+0.75	-0.50	90	+1.25	20/20	0.50 m	
SUBJETIVO OJO IZQUIERDO						
Esfera OI	Cilindro OI	Eje OI	Adición OI	A.V. Lejos OI	Visión próxima OI	
+0.75	-0.25	90	+1.25	20/20	0.50 m	
SE REALIZA PRUEBA SATISFATORIA						
FORMULA FINAL						
	ESF	CIL	EJE	ADD	AV	V.P
OD	+0.75	-0.50	90	+1.25	20/20	0.50 m
OI	+0.75	-0.25	90	+1.25	20/20	0.50 m
RX (EN USO) PROGRESIVO AR BLUE, LUBRICANTE OCULAR NO POS Y PAUSAS VISUALES ACTIVAS CTRL ANUAL						
Distancia interpupilar (mm)		Distancia Nasopupilar OD (mm)		Distancia Nasopupilar OI (mm)		
65						
Filtros	Forma sugerencia de corrección		Tipo de Multifocal		Plan tratamiento	
SI			Progresivos		RX	
SEGUNDA FORMULA						
	ESF	CIL	EJE	ADD	AV	V.P
OD						
OI						

MOTIVO CONSULTA			
PTE REFIERE* EL AÑO PASADO LAS GAFAS LAS ESTABA USANDO PUNTUALMENTE PARA CIERTAS COSAS, PERO AHORA YA DEPENDE MUCHO DE ELLAS, SOBRETUDO DE CERCA Y ANTES PODIA VER EL CELULAR SIN LAS GAFAS, YA NO*			
EXAMEN EXTERNO			
EXAMEN EXTERNO	OBSERVACIONES		
ANORMAL	RESEQUEDADA O HIPEREMIA CONJUNTIVAL LEVE AO		
EXAMEN MOTOR			
COVER TEST			
LEJOS		CERCA	
ORTHO		ORTHO	
DUCCIONES		OBSERVACIONES	
ANORMAL		NA	
VERSIONES		OBSERVACIONES	
ANORMAL		NA	
TEST DE HIRSCHBERG		OBSERVACIONES	
CENTRADO		NA	
OFTALMOSCOPIA			
OJO DERECHO		OBSERVACIONES	
ANORMAL		MEDIOS TRANSPARENTES A DISTANCIA	
OJO IZQUIERDO		OBSERVACIONES	
ANORMAL		MEDIOS TRANSPARENTES A DISTANCIA	
ESTEREOPSIS			
SEGUNDOS DE ARCO		OBSERVACIONES	
No Aplica		NA	
VISIÓN CROMÁTICA			
TEST ISHIHARA		OBSERVACIONES	
ANORMAL		NA	
QUERATOMETRIA			
QUERATOMETRIA OJO DERECHO			
Meridiano mas plano OD	Meridiano mas curvo OD	Eje OD	Observación Queratometría OD
43	43.5	90	NA
QUERATOMETRIA OJO IZQUIERDO			
Meridiano mas plano OI	Meridiano mas curvo OI	Eje OI	Observación Queratometría OI
43	43.5	90	NA
DIAGNOSTICO			
PRESBICIA CIE10: H524			
Evento adverso después de los diagnósticos			
NO APLICA			
Víctimas de abuso			
NO APLICA			
CONDUCTA A SEGUIR			
CORRECCION OPTICA			
SI			
REMISION			
REMISION		CUAL	
NO			



Profesional: DOMINGUEZ ESCORCIA IRIS ROCIO



12710235

Petición No 12710235
Paciente GUTIERREZ VIVIUS KELLY MARIA
Documento Id CC 22668459
Fecha de nacimiento 21-May-1982
Edad 40 Años **Sexo** F
Dirección CR 65 85 90
Teléfono 3176357171

Fecha de ingreso 27-Jan-2023 9:27 am
Fecha de impresión 28-Jan-2023 11:02 am
Sede LABORATORIO NUEVO HORIZONTE BARRANQUILLA
Servicio CONSULTA EXTERNA
Empresa EPS SANITAS S.A.
Médico UNIDAD DE URGENCIAS ALTO PRADO BARRANQUILLA

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia	
<u>QUIMICA</u>				
COLESTEROL TOTAL	157.20	mg/dl		
Método: Colorimétrico Enzimático				
** VALORES DE REFERENCIA SEGUN LA NCEP ATP III - 2001				
Optimo : Menor de 200 mg/dl				
Intermedio Alto : Entre 200 - 239 mg/dl				
Alto : Mayor o igual a 240 mg/dl				
Fecha Validación: 27-Jan-2023 5:00 pm				
COLESTEROL LDL - NO CALCULADO	84.20	mg/dl		
Método: Colorimétrico Enzimático				
** VALORES DE REFERENCIA SEGÚN LA NCEP ATP III - 2001				
Optimo : Menor de 100 mg/dl				
Casi Optimo : Entre 100 - 129 mg/dl				
Intermedio Alto : Entre 130 - 159 mg/dl				
Alto : Entre 160 - 189 mg/dl				
Muy Alto : Mayor o igual a 190 mg/dl				
Fecha Validación: 28-Jan-2023 9:58 am				
TRIGLICERIDOS	84.00	mg/dl		
Método: Colorimétrico Enzimático				
** VALORES DE REFERENCIA SEGÚN LA NCEP ATP III - 2001				
Normal : Menor de 150 mg/dl				
Intermedio Alto : Entre 150 - 199 mg/dl				
Alto : Entre 200 - 499 mg/dl				
Muy Alto : Mayor o igual a 500 mg/dl				
Fecha Validación: 27-Jan-2023 5:00 pm				
ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALAT - TGP)	13.30	U/l	0.00	31.00
Fecha Validación: 27-Jan-2023 5:00 pm				
ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (ASAT - TGO)	15.10	U/l	0.00	32.00
Fecha Validación: 27-Jan-2023 5:00 pm				

Firma Responsable


María del Pilar Suarez

SEDE DE PROCESAMIENTO: CLINICA IBEROAMERICA.

RAZÓN SOCIAL: SOCIEDAD CLINICA IBEROAMERICA S.A.S



83014635

Petición No 83014635
Paciente GUTIERREZ VIVIUS KELLY MARIA
Documento Id CC 22668459
Fecha de nacimiento 21-May-1982
Edad 41 Años Sexo F
Dirección CR 65 85 90
Teléfono 3176357171

Fecha de ingreso 30-Aug-2023 11:04 am
Fecha de impresión 04-Sep-2023 9:52 am
Sede LABORATORIO NUEVO HORIZONTE BARRANQUILLA
Servicio CONSULTA EXTERNA
Empresa EPS SANITAS S.A.
Médico UNIDAD DE URGENCIAS ALTO PRADO BARRANQUILLA

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia	
--------	-----------	----------	-----------------------	--

QUIMICA

FACTOR REUMATOIDEO <10 UI/mL 0.00 14.00

Método: Inmunoturbidimetria

Fecha Validación: 30-Aug-2023 4:43 pm

Firma Responsable



Digna Margarita Perez Arias
CC.33223086
Bacterióloga

SEDE DE PROCESAMIENTO: CLINICA IBEROAMERICA
RAZÓN SOCIAL: CLINICA COLSANITAS S.A.

PROTEINA C REACTIVA ULTRASENSIBLE 0.28 mg/L 0.1 5.0

Método: Inmunoturbidimetria Ultrasensible

**

Límite de detección de la técnica: 0,03 mg/L

Fecha Validación: 31-Aug-2023 9:32 am

Firma Responsable



María del Pilar Suarez

SEDE DE PROCESAMIENTO: CLINICA COLSANITAS S.A.
RAZÓN SOCIAL: CLINICA COLSANITAS S.A.

HEMATOLOGIA

CUADRO HEMATICO SIMPLE

RECuento GLOBULOS ROJOS	* 4.02	x 10^6/uI	4.10	5.40
HEMATOCRITO	38.90	%	35.00	47.00
HEMOGLOBINA	13.10	g/dl	12.30	15.30
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO.	96.80	fl	80.00	100.00
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA.	32.60	pg	28.00	33.00
CONCENTRACION DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA.	33.70	g/dl	33.00	36.00
RDW-ANCHO DISTRIBUCION ERITROCITOS	12.90	%	11.50	14.50
RECuento TOTAL DE LEUCOCITOS	6.11	x 10^3/uI	4.50	11.30
NEUTROFILOS	3.98	x 10^3/uI	2.25	8.48
LINFOCITOS	1.31	x 10^3/uI	0.90	4.52
MONOCITOS	0.57	x 10^3/uI	0.00	1.24
EOSINOFILOS	0.20	x 10^3/uI	0.09	0.45
BASOFILOS	0.03	x 10^3/uI	0.00	0.11
% NEUTROFILOS	65.20	%	50.00	75.00
% LINFOCITOS	21.40	%	20.00	40.00
LINFOCITOS ATIPICOS	0.00	%		
%MONOCITOS	9.30	%	0.00	11.00
% EOSINOFILOS	3.30	%	2.00	4.00
% BASOFILOS	0.50	%	0.00	1.00
CAYADOS	0.00	%		
METAMIELOCITOS	0.00	%		
MIELOCITOS	0.00	%		
PROMIELOCITOS	0.00	%		
BLASTOS	0.00	%		
RECuento DE PLAQUETAS	227	x 10^3/uI	150	450
VOLUMEN PLAQUETARIO.	10.20	fl	7.00	11.00



Petición No 83014635

Paciente GUTIERREZ VIVIUS KELLY MARIA

Documento Id CC 22668459

Fecha de nacimiento 21-May-1982

Edad 41 Años

Dirección CR 65 85 90

Teléfono 3176357171

Sexo F

Fecha de ingreso 30-Aug-2023 11:04 am

Fecha de impresión 04-Sep-2023 9:52 am

Sede LABORATORIO NUEVO HORIZONTE BARRANQUILLA

Servicio CONSULTA EXTERNA

Empresa EPS SANITAS S.A.

Médico UNIDAD DE URGENCIAS ALTO PRADO BARRANQUILLA

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
IG PORCENTAJE	0.30		
IG ABSOLUTO	0.02		
NORMOBLASTOS	0.00	x 10 ³ /ul	
% DE NORMOBLASTOS	0.00	%	

Fecha Validación: 30-Aug-2023 2:26 pm

Firma Responsable



SEDE DE PROCESAMIENTO: CLINICA COLSANITAS S.A.
RAZÓN SOCIAL: CLINICA COLSANITAS S.A.

UROANALISIS

UROANALISIS AUTOMATIZADO.

QUIMICA URINARIA	*		
Método: Fotometría de Reflectancia y Refractometria			
COLOR ...	AMARILLO		
VALORES DE REFERENCIA			
Amarillo			
TURBIDEZ.	LIMPIDO		
VALORES DE REFERENCIA			
Limpido			
DENSIDAD.	1.013	SG	
VALORES DE REFERENCIA			
1005 a 1030 SG			
PH .	6.0		
VALORES DE REFERENCIA			
4.5 A 8			
LEUCOCITOS .	NEGATIVO	cel/ul	
VALORES DE REFERENCIA			
0 a 24 cel/ul			
NITRITOS.	NEGATIVO		
VALORES DE REFERENCIA			
Negativo			
PROTEINAS .	NEGATIVO	mg/dl	
VALORES DE REFERENCIA			
Menor de 15 mg/dl			
GLUCOSA .	NORMAL	mg/dl	
VALORES DE REFERENCIA			
Menor de 20 mg/dl			
CUERPOS CETONICOS.	NEGATIVO	mg/dl	
VALORES DE REFERENCIA			
Menor de 10 mg/dl			
UROBILINOGENO.	NORMAL	mg/dl	
VALORES DE REFERENCIA			
Menor de 2 mg/dl			
BILIRRUBINAS.	NEGATIVO	mg/dl	
VALORES DE REFERENCIA			
Menor de 0.5 mg/dl			
HEMOGLOBINA. (Hemoglobina Libre)	NEGATIVO	mg/dl	
VALORES DE REFERENCIA			
0 a 0.03 mg/dl			
SEDIMENTO .	MANUAL		
CELULAS EPITELIALES .	0.5	HPF	
VALORES DE REFERENCIA			
Menor de 6 HPF			
CELULAS EPITELIALES ESCAMOSAS	0.3	HPF	
VALORES DE REFERENCIA			



83014635

Petición No 83014635
Paciente GUTIERREZ VIVIUS KELLY MARIA
Documento Id CC 22668459
Fecha de nacimiento 21-May-1982
Edad 41 Años Sexo F
Dirección CR 65 85 90
Teléfono 3176357171

Fecha de ingreso 30-Aug-2023 11:04 am
Fecha de impresión 04-Sep-2023 9:52 am
Sede LABORATORIO NUEVO HORIZONTE BARRANQUILLA
Servicio CONSULTA EXTERNA
Empresa EPS SANITAS S.A.
Médico UNIDAD DE URGENCIAS ALTO PRADO BARRANQUILLA

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
Menor de 6 HPF			
CELULAS EPITELIALES NO ESCAMOSAS	0.1	HPF	
VALORES DE REFERENCIA			
Menor de 1 HPF			
CELULAS DEL EPITELIO TRANSICIONAL-Tran EC	0.0	HPF	
VALORES DE REFERENCIA			
Menor de 1 HPF			
CELULAS DEL EPITELIO TUBULAR RENAL RTEC	0.1	HPF	
VALORES DE REFERENCIA			
Menor de 1 HPF			
LEUCOCITOS .	0.8	HPF	
VALORES DE REFERENCIA			
Menor de 1 HPF			
ERITROCITOS	0.3	HPF	
VALORES DE REFERENCIA			
Menor de 4 HPF			
BACTERIAS .	ESCASAS		
VALORES DE REFERENCIA			
Escasas			
MOCO .	NEGATIVO		
VALORES DE REFERENCIA			
Negativo			
CILINDROS .	0	HPF	
VALORES DE REFERENCIA			
Ausentes			
CILINDROS HIALINOS	0	HPF	
VALORES DE REFERENCIA			
Ausentes			
CILINDROS PATOLOGICOS	0	HPF	
VALORES DE REFERENCIA			
Ausentes			

Fecha Validación: 30-Aug-2023 2:57 pm

Firma Responsable

Rocío María Terán Padron
CC.32689033
Bacterióloga

SEDE DE PROCESAMIENTO: CLINICA IBEROAMERICA.
RAZÓN SOCIAL: SOCIEDAD CLINICA IBEROAMERICA S.A.S

INMUNOLOGIA I

ANTICUERPOS ANTICITRULINICOS	<8.0	U/ml	0.00	16.90
Método: Electroquimioluminiscencia				
Fecha Validación: 01-Sep-2023 11:51 am				

Firma Responsable

Diana Carolina Montenegro Sierra
Bacterióloga

SEDE DE PROCESAMIENTO: CENTRAL DE REFERENCIA- CLINICA COLSANITAS
RAZÓN SOCIAL: CLINICA COLSANITAS S.A.

INMUNOLOGIA III

ENAS - ANTIGENOS NUCLEARES EXTRACTABLES

ANTI LA/SSB - ANTICUERPOS	0.00	UA/mL
Método: Quimioluminiscencia		
** VALORES DE REFERENCIA		
Negativo: Menor de 10 UA/ml		
Positivo: Igual o mayor de 10 UA/ml		
A partir del 26 de septiembre de 2019, la prueba es procesada en plataforma IDS-Isys Multi-discipline Automated System		



83014635

Petición No 83014635
Paciente GUTIERREZ VIVIUS KELLY MARIA
Documento Id CC 22668459
Fecha de nacimiento 21-May-1982
Edad 41 Años **Sexo** F
Dirección CR 65 85 90
Teléfono 3176357171

Fecha de ingreso 30-Aug-2023 11:04 am
Fecha de impresión 04-Sep-2023 9:52 am
Sede LABORATORIO NUEVO HORIZONTE BARRANQUILLA
Servicio CONSULTA EXTERNA
Empresa EPS SANITAS S.A.
Médico UNIDAD DE URGENCIAS ALTO PRADO BARRANQUILLA

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
con metodología Quimioluminiscencia (CLIA). Se debe tener en cuenta que los valores de referencia son diferentes a los procesados en la anterior plataforma (ELISA).			
ANTI RNP - ANTICUERPOS	0.00	UA/mL	
Método: Quimioluminiscencia ** VALORES DE REFERENCIA Negativo: Menor de 10 UA/ml Positivo: Igual o mayor de 10 UA/ml A partir del 26 de septiembre de 2019, la prueba es procesada en plataforma IDS-Isys Multi-discipline Automated System con metodología Quimioluminiscencia (CLIA). Se debe tener en cuenta que los valores de referencia son diferentes a los procesados en la anterior plataforma (ELISA).			
ANTI RO/SSA - ANTICUERPOS	8.10	UA/mL	
Método: Quimioluminiscencia ** VALORES DE REFERENCIA Negativo: Menor de 10 UA/ml Positivo: Igual o mayor de 10 UA/ml A partir del 26 de septiembre de 2019, la prueba es procesada en plataforma IDS-Isys Multi-discipline Automated System con metodología Quimioluminiscencia (CLIA). Se debe tener en cuenta que los valores de referencia son diferentes a los procesados en la anterior plataforma (ELISA).			
ANTI SM - ANTICUERPOS	0.00	UA/mL	
Método: Quimioluminiscencia ** VALORES DE REFERENCIA Negativo: Menor de 10 UA/ml Positivo: Igual o mayor de 10 UA/ml A partir del 26 de septiembre de 2019, la prueba es procesada en plataforma IDS-Isys Multi-discipline Automated System con metodología Quimioluminiscencia (CLIA). Se debe tener en cuenta que los valores de referencia son diferentes a los procesados en la anterior plataforma (ELISA).			

Fecha Validación: 01-Sep-2023 8:26 am

Firma Responsable

Yamile Inés Bernal Gonzalez
Bacterióloga

SEDE DE PROCESAMIENTO: CENTRAL DE REFERENCIA- CLINICA COLSANITAS
RAZÓN SOCIAL: CLINICA COLSANITAS S.A.

INMUNOLOGIA IV

ANTICUERPOS ANTI NUCLEARES

NEGATIVO

A partir del 30-sept-2021 se actualiza el reporte de la prueba según nomenclatura ICAP. Ref: www.anapatterns.org

Método: Inmunofluorescencia Indirecta (IFI)
Sustrato: Células HEP - 2
Marca Reactivo: AESKU
Título significativo a partir de 1/160.
Bibliografía: Agmon-Levin N, International recommendations for the assessment of autoantibodies to cellular antigens referred to as anti-nuclear antibodies. 2013
Fecha Validación: 04-Sep-2023 8:51 am

Firma Responsable

GLADYS ROMERO CAMARGO
CC.51.956.919
MARTHA LULLIANA LAGOS
CC.30.746.185

SEDE DE PROCESAMIENTO: CENTRAL DE REFERENCIA- CLINICA COLSANITAS
RAZÓN SOCIAL: CLINICA COLSANITAS S.A.



Hace constar:

Que el Sr(a) KELLY MARIA GUTIERREZ VIVIUS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 22668459 realizó el día 23/01/2024 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, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo KELLY MARIA GUTIERREZ VIVIUS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 22668459 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
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



Hace constar:

Que el Sr(a) KELLY MARIA GUTIERREZ VIVIUS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 22668459 realizó el día 23/01/2024 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

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



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



Hace constar:

Que el Sr(a) KELLY MARIA GUTIERREZ VIVIUS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 22668459 realizó el día 23/01/2024 la Capacitación Módulo 2 - Riesgos en el puesto de trabajo y medidas de prevención de la entidad y aprobó la

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

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



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



Hace constar:

Que el Sr(a) KELLY MARIA GUTIERREZ VIVIUS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 22668459 realizó el día 23/01/2024 la Capacitación de protocolos de bioseguridad.

De acuerdo a lo establecido en la Resolución 666 de 2020 del ministerio de salud y protección y social, la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del SENA, mediante la cual se establece el protocolo de medidas generales y de bioseguridad para prevenir y mitigar la propagación del COVID-19, Circular 01-03-2020-000156 del 02 de septiembre del 2020 del Sena, mediante el cual se establece el alcance a la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del

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

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



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública
DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) KELLY MARIA GUTIERREZ VIVIUS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 22668459 el día 23/01/2024 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



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 se evidenció que, **KELLY MARIA GUTIERREZ VIVIUS** identificado con **CC No. 22668459**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 8999999034	Fecha de afiliación: 26/09/2014 Fecha de inicio de cobertura: 24/01/2024 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 22/01/2024 Fecha fin de Contrato: 21/12/2024 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 1 Cargo : PROFESIONAL ESPECIALIZADO

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): 202401011497687.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 24 días del mes de enero de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

SCOTIABANK COLPATRIA S.A.
NIT. 860.034.594-1

CERTIFICA QUE:

La cuenta de ahorros No. 6272088835 , con fecha de apertura 8 de Abril de 2013 , de la cual es titular:

El (la) señor(a): KELLY MARIA GUTIERREZ VIVIUS
Identificado(a) con tipo de documento C No. 22.668.459

La cuenta en mención ha sido manejada de acuerdo a las normas establecidas por la entidad.

Damos esta información con la acostumbrada reserva bancaria.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 17 días del mes de Enero de 2024 .

Cordialmente,



Servicio al Cliente

Scotiabank Colpatría S.A.
www.scotiabankcolpatria.com


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

CIUDAD DE EXPEDICIÓN:						SUCURSAL:				COD. SUC:		NO. PÓLIZA:		ANEXO:	
BARRANQUILLA						BARRANQUILLA				85		85-46-101038094		0	
FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:		VIGENCIA HASTA:		A LAS:		TIPO MOVIMIENTO: EMISIÓN ORIGINAL			
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:					
19	01	2024	22	01	2024	00:00	21	04	2025	23:59					

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO											
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: GUTIERREZ VIVIUS KELLY MARIA										IDENTIFICACIÓN: C.C. :22,668,459	
DIRECCIÓN: CR 65 85 90 TO 22 AP 202						CIUDAD: BARRANQUILLA - ATLANTICO				TELÉFONO: 3176357171	

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO			
ASEGURADO/BENEFICIARIO:		CENTRO PARA EL DESARROLLO AGROECOLOGICO Y AGROINDUSTRIAL	IDENTIFICACIÓN: NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN:	CALLE 9 19 120	CIUDAD:	SABANALARGA - ATLANTICO
ADICIONAL:		TELÉFONO: 6057273882	

OBJETO DEL SEGURO											
CON SUJECCIÓN 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.5772225 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN LA LÍNEA PROGRAMÁTICA DEEXTENSIONISMO TECNOLÓGICO DEL GRUPO INTERNO DE GESTIÓN DELA INVESTIGACIÓN, EL DESARROLLO Y LA INNOVACIÓN TECNOLÓGICA YFORMATIVA PARA IMPLEMENTAR DESDE EL CENTRO PARA ELDESARROLLO AGROECOLÓGICO Y AGROINDUSTRIAL DE LA REGIONALATLÁNTICO LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA CONSULTORÍAESPECIALIZADA A LAS MICRO Y PEQUEÑAS EMPRESAS MYPES,UNIDADES ECONÓMICAS POPULARES, ORGANIZACIONESAGROPECUARIAS O CAMPESINAS SIN ANIMO DE LUCRO Y CAMPESINAS											

AMPAROS				
RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS				
AMPAROS:		VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO		22/01/2024	21/04/2025	\$ 5,980,823.20
ACLARACIONES:				

VALOR PRIMA NETA:	GASTOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
\$ 29,822.19	\$ 8,000.00	\$ 7,186.22	\$ 45,008.41	\$ 5,980,823.20	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
ZAMORA SCHETTINI JENNI	20358	100,00			

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

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





85-46-101038094

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

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

32699895

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

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

Hacemos constar, que la póliza No. 85-46-101038094, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

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

Dado en BARRANQUILLA, a los 19 días del mes de Enero de 2024


Firma autorizada de Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

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

FECHA				
CONTADO				
RECIBIMOS DE:	GUTIERREZ VIVIUS KELLY MARIA		C.C. C.C. :22,668,459	
LA SUMA DE:	CUARENTA Y CINCO MIL OCHO CON CUARENTA Y UN CENTAVOS PESOS M/CTE			
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 85-46-101038094			
SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA		PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA VALOR
BARRANQUILLA - CU. ESTATAL - 101038094 - 0 - 0		\$ 29,822.19	\$ 8,000.00	\$ 7,186.22 \$ 45,008.41
FORMA DE PAGO				
INTERMEDIARIO: ZAMORA SCHETTINI JENNI - 20358			EFFECTIVO:	\$ 45,008.41
			CHEQUE:	\$ 0.00
			TARJETA:	\$ 0.00
			BD:	\$ 0.00
			OTROS:	\$ 0.00
			TOTAL:	\$ 45,008.41
			CAJERO: RAPIESTADO	

ORIGINAL

FECHA				
CONTADO				
RECIBIMOS DE:	GUTIERREZ VIVIUS KELLY MARIA		C.C. C.C. :22,668,459	
LA SUMA DE:	CUARENTA Y CINCO MIL OCHO CON CUARENTA Y UN CENTAVOS PESOS M/CTE			
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 85-46-101038094			
SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA		PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA VALOR
BARRANQUILLA - CU. ESTATAL - 101038094 - 0 - 0		\$ 29,822.19	\$ 8,000.00	\$ 7,186.22 \$ 45,008.41
FORMA DE PAGO				
INTERMEDIARIO: ZAMORA SCHETTINI JENNI - 20358			EFFECTIVO:	\$ 45,008.41
			CHEQUE:	\$ 0.00
			TARJETA:	\$ 0.00
			BD:	\$ 0.00
			OTROS:	\$ 0.00
			TOTAL:	\$ 45,008.41
			CAJERO: RAPIESTADO	

COPIA

**PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.85-46-101038094**

1. AMPAROS.

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ SEGUROESTADO 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 SUJECCIÓN 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 TÍTULO 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 TRANSURSO 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 ÚLTIMO 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, PREVALECEÁN 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.