SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL VALLE

CENTRO NAUTICO Y PESQUERO DE BUENAVENTURA-VALLE

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	**76**
Código Centro	**912610**
Fecha Elaboración	**Junio de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**79618-024464**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	RUTH LUCENA GAMBOA CORTÉS	**Banco a consignar:**	BANCO FINANDINA S A O FINA
Cédula de Ciudadanía	52.085.215	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	rlgamboa@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	9120004236
IP/Nº de contacto:	0	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	SI
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2023**	SI

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a $59.377.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a $188.260.000 (debe registrarse como responsable del IVA)	NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	6366339/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**80824**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	6

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR FORMACION TITULADA Y COMPLEMENTARIA DE ECONOMIA POPULAR DE LOS CUPOS ASIGNADOS AL CENTRO PARA LA VIGENCIA TENIENDO EN CUENTA LA TRIMESTRALIZACION.

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**27/05/2024**	**Al**	**31/05/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 21.046.667
Número de pago	**1**			**Valor Total del Contrato:**	$ 21.046.667
Valor Bruto Pago:			**$ 546.667,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 20.500.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 546.667	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 546.667**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 297.161**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Mayo	Abril			
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA	297.161,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**30176532 - 3018**	Base retención en la fuente a titulo de ICA	497.167,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 173.333	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 21.700	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 27.800	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL	II	$ 1.900	$ 0	Reteica - 8551 - BUENAVENTURA	1.989,00	0,400%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ 164.000		Pro-UCEVA	2.733,00	0,500%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -		Universidad del Pacífico	0,00	0,500%
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -		Pro-Hospital	0,00	1,000%
Dependientes hasta		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 753.040	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 18.590.675	$ 83.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0					
				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$541.945,00**	

SON: QUINIENTOS CUARENTA Y UN MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Elaboración de Proyecto Formativo del Programa Auxiliar en Información Turística.

Convocatoria entre la comunidad para apertura de programas complementarios en Turismo y Servicio al Cliente

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

RUTH LUCENA GAMBOA CORTÉS
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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,

LESSI SOCORRO SALAZAR VALENCIA
INSTRUCTOR G13

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:

EL ORDENADOR DEL PAGO
MAURICIO GOMEZ BETANCOURTH
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	RUTH LUCENA GAMBOA CORTES
IDENTIFICACIÓN:	CC-52085215
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-06-14
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-06-07
FECHA DE PAGO:	2024-06-17
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE BOGOTA
PERÍODO PENSIÓN:	2024-05
PERÍODO SALUD:	2024-05
NÚMERO PLANILLA:	30176532
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	30176532
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
CCFC33	901543761	FAMILIAR DE COLOMBIA	1	$ 173.334	$ 0	$ 0	$ 200	$ 21.700	$ 21.900
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 173.334	$ 0	$ 0	$ 300	$ 27.800	$ 28.100
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 173.334	$ 0	$ 0	$ 100	$ 1.000	$ 1.100
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 600	$ 50.500	$ 51.100

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	05/07/2024

RAZÓN SOCIAL :	RUTH LUCENA GAMBOA CORTES
IDENTIFICACIÓN:	CC-52085215
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2024-06-17
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-06-07
FECHA DE PAGO:	2024-06-18
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO FINANDINA S.A
PERÍODO PENSIÓN:	2024-05
PERÍODO SALUD:	2024-05
NÚMERO PLANILLA:	30188918
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	30188918
TIPO DE PLANILLA:	N

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 0	$ 0	$ 100	$ 900	$ 1.000
Subtotal ARL		1	1	$ 0	$ 0	$ 100	$ 900	$ 1.000
			Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 100	$ 900	$ 1.000

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	05/07/2024

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141041260136

(415)7707212489984(8020) 000014104126013 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 0 8 5 2 1 5	0	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	5 2 0 8 5 2 1 5	1 9 9 2 0 6 2 5

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GAMBOA	CORTES	RUTH	LUCENA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 109 70 90

42. Correo electrónico: rlgcom@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 3 2 0 2 3 9 1 9	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 5 1	2 0 2 4 0 5 2 0	0 0 9 0	2 0 1 7 0 1 0 2				3 4 1 3	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

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

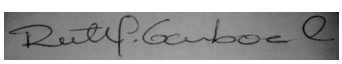
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 05 - 20 / 03 : 59: 45

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 GAMBOA CORTES RUTH LUCENA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

RUTH LUCENA GAMBOA CORTES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **52.085.215**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Mayo del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

EPS FAMILIAR DE COLOMBIA S.A.S

CERTIFICA

Que, el Cotizante RUTH LUCENA GAMBOA CORTES, identificado(a) con CC - 52085215, en el Plan de Beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud "SGSSS" del Régimen Contributivo de nuestra entidad presenta la siguiente información:

Información del Cotizante:

Nombre:	**RUTH LUCENA GAMBOA CORTES**		
Tipo Identificación:	CC	Estado Actual:	Afiliado Activo
Número Identificación:	52085215	Causal Estado:	
Fecha de Radicación:	2024/05/15	Fecha Retiro:	
IPS Primaria	HOSPITAL LUIS ABLANQUE DE LA PLATA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		
IPS Odontológica			

Información Relación Laboral:

Documento Aportante	Razón Social Aportante		Fecha Inicio	Fecha Fin
52085215	RUTH LUCENA GAMBOA CORTES	Vigente	2024/05/27	

INFORMACIÓN NO VÁLIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACIÓN

En constancia se firma y expide en la ciudad de Barranquilla (Atlantico) a los 18 días del mes de Junio de 2024, a solicitud del interesado.

Atentamente,

Juan Fernando Rueda Beltrán
Líder de Aseguramiento
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA S.A.S

(Usuario:keily.vergara - Ubicación:Barranquilla - Atlantico)

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 se evidenció que, **RUTH LUCENA GAMBOA CORTES** identificado con **CC** No. **52085215**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 28/05/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 28/05/2024 **Fecha fin de Contrato:** 30/10/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1

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): 2024010163852.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 1 días del mes de junio de 2024.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit: 860.011.153-6 · **Línea gratuita nacional:** 01-8000-111-170 **Teléfono:** (601) 330-7000
Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo Rincón · defensordelcliente@positiva.gov.co
Carrera 11A No 96 - 51 Oficina 206 Bogotá. Teléfono: (601) 610 8164

CERT 248177-2024

BANCO FINANDINA S.A. NIT. 860.051.894-6

CERTIFICA

Que el señor(a) RUTH LUCENA GAMBOA CORTES ,identificado(a) con cédula, No. 52085215 , se encuentra vinculado(a) con el Banco Finandina mediante el siguiente producto.

Producto	Tipo de Cuenta	Número de Producto	Fecha de apertura
Ahorro_Puro	Cuenta Ahorro	9120004236	12/11/2013

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 14 días del mes de Junio del año 2024

Cordialmente,

Camila Andrea Navarro Montañez
Directora de Atención al Cliente

Descarga nuestra app:

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA

PARTICULAR

NO. CERTIFICADO	1.244.763				
CIUDAD	BOGOTÁ - MEDICINA LABORAL S.A.S				
FECHA	30/06/2023	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 52.085.215	**EDAD**	49	**GENERO**	F
NOMBRES Y APELLIDOS:	GAMBOA CORTES RUTH LUCENA				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	INSTRUCTORA		

EXÁMENES REALIZADOS

AUDIOMETRÍA - CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA TIPO III) - ENFASIS CARDIOVASCULAR - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - VISIOMETRÍA

CONCEPTO DE APTITUD	OTROS CONCEPTOS
Apto con restricciones para el cargo **Vigencia de las restricciones:** 6 Meses	NA

RESTRICCIONES

USO DE GUANTES SEGUN EXPOSICION DE FORMA ESTRICTA, ADECUADA HIGIENE E HIDRATACION DE PIEL Y ADECUADO USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ENFASIS RESPIRATORIO Y DERMATOLOGICO

OBSERVACIONES

REQUIERE VALORACION DERMATOLOGIA EPS Y CONTROLES ESTRICTOS. PROXIMA VALORACION OCUPACIONAL CON HISTORIA CLINICA COMPLETA ACTUALIZADA

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - CONTINUAR REALIZANDO EXÁMENES MÉDICOS PERIÓDICOS - CONTINUAR EL USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO - CONTINUAR CAPACITACIONES

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

CHEQUEO ANUAL MEDICINA GENERAL EPS - SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - EVITAR EXPOSICIÓN A SUSTANCIAS ALERGÉNICAS DERMATOLÓGICAS - CUIDADOS GENERALES DE LA PIEL CON HIDRATACIÓN TÓPICA FRECUENTE - HACER USO DE MEDIAS CON GRADIENTE DE PRESIÓN INDICADA POR MEDICO TRATANTE - CAMBIAR DE POSICIÓN DURANTE LA JORNADA, REALIZANDO MOVIMIENTOS DINÁMICOS FRECUENTES DE LOS PIES Y PIERNAS - ACTUALIZAR CORRECCION OPTICA - USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA Y/U OFTALMOLOGÍA - POR ALTERACION EN PARACLINICO SE DIRECCIONA A CHEQUEO ANUAL MEDICINA GENERAL EPS

RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA

CONTROL EN UN AÑO - CONTROL SALUD OCUPACIONAL - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - REPOSO AUDITIVO POST JORNADA, NO USO DE AUDÍFONOS DE MÚSICA, ALTERNAR TELÉFONO EN AMBOS OÍDOS, VOLUMEN MODERADO DE TELEVISOR, MÚSICA Y TELÉFONO NO USO DE HISOPOS DENTRO DEL CONDUCTO

RECOMENDACIONES VISIOMETRIA

CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES DURANTE LA JORNADA SIGUIENDO LA REGLA 20-20-20 - REMISION VALORACION OPTOMETRIA ACTUALIZAR CORRECCION EN USO

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo

EMPRESA

PARTICULAR



NO. CERTIFICADO	1.244.763				
CIUDAD	BOGOTÁ - MEDICINA LABORAL S.A.S				
FECHA	30/06/2023	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 52.085.215	**EDAD**	49	**GENERO**	F
NOMBRES Y APELLIDOS:	GAMBOA CORTES RUTH LUCENA				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	INSTRUCTORA		

Consentimiento informado del aspirante o trabajador

Yo GAMBOA CORTES RUTH LUCENA identificado con CC No. 52.085.215. Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Medicina Laboral S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiologica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Profesional

Tatiana Martin C.
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M 85526/2015
LIC.S.O. 35594/2015

DRA. LADY TATIANA MARTIN CARDOSO

Aspirante o trabajador

CC. 52.085.215

SEÑOR(A):
GAMBOA CORTES RUTH LUCENA
CC.: 52085215

REF. RECOMENDACIONES EMITIDAS EN EL CONCEPTO MÉDICO DE LA IPS.

CORDIAL SALUDO,
EL DÍA 30 DE JUNIO DE 2023 FUE RECIBIDO POR LA EMPRESA EL CONCEPTO MÉDICO DE SU EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL EN EL CUAL NOS INFORMAN LAS SIGUIENTES:

RECOMENDACIONES:

· CHEQUEO ANUAL MEDICINA GENERAL EPS - SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - EVITAR EXPOSICIÓN A SUSTANCIAS ALERGÉNICAS DERMATOLÓGICAS - CUIDADOS GENERALES DE LA PIEL CON HIDRATACIÓN TÓPICA FRECUENTE - HACER USO DE MEDIAS CON GRADIENTE DE PRESIÓN INDICADA POR MEDICO TRATANTE - CAMBIAR DE POSICIÓN DURANTE LA JORNADA, REALIZANDO MOVIMIENTOS DINÁMICOS FRECUENTES DE LOS PIES Y PIERNAS - ACTUALIZAR CORRECCION OPTICA - USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA Y/U OFTALMOLOGÍA - POR ALTERACION EN PARACLINICO SE DIRECCIONA A CHEQUEO ANUAL MEDICINA GENERAL EPS

· CONTROL EN UN AÑO - CONTROL SALUD OCUPACIONAL - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - REPOSO AUDITIVO POST JORNADA, NO USO DE AUDÍFONOS DE MÚSICA, ALTERNAR TELÉFONO EN AMBOS OÍDOS, VOLUMEN MODERADO DE TELEVISOR, MÚSICA Y TELÉFONO NO USO DE HISOPOS DENTRO DEL CONDUCTO

· CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES DURANTE LA JORNADA SIGUIENDO LA REGLA 20-20-20 - REMISION VALORACION OPTOMETRIA ACTUALIZAR CORRECCION EN USO

· REQUIERE VALORACION DERMATOLOGIA EPS Y CONTROLES ESTRICTOS. PROXIMA VALORACION OCUPACIONAL CON HISTORIA CLINICA COMPLETA ACTUALIZADA

POR LO ANTERIOR; SOLICITAMOS QUE TRAMITE UNA CITA CON SU MÉDICO TRATANTE DE LA EPS PARA QUE PUEDA HACER EL SEGUIMIENTO A LAS RECOMENDACIONES, A FAVOR DEL CUMPLIMIENTO DE LO ESTABLECIDO EN EL DECRETO 1072 DE 2015, LA RESOLUCIÓN 0312 DE 2019 Y EL SEGUIMIENTO DE NUESTRO SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

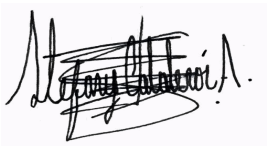
ACEPTO Y RECIBO INFORMACIÓN,

GAMBOA CORTES RUTH LUCENA
CC.: 52085215

Reporte de laboratorio

NO. LABORATORIO: 1.244.763
CIUDAD: BOGOTÁ D.C. CUNDINAMARCA - MEDICINA LABORAL S.A.S
FECHA: 30 de junio de 2023
NO. DOCUMENTO: CC. 52085215 **GENERO:** F **EDAD:** 49
NOMBRES Y APELLIDOS: GAMBOA CORTES RUTH LUCENA

ANÁLISIS	RESULTADO	REFERENCIA
	HEMATOLOGIA	
CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA TIPO III)		
RECUENTO DE LEUCOCITOS	4.2 X 10^3/UL	5.0 -10.0 X 10^3/UL
NEUTROFILOS	67.3 %	42% - 73%
LINFOCITOS	23.3 %	18% - 47%
EOSINOFILOS	2 %	0% - 3%
MONOCITOS	7.4 %	4% - 11%
HEMOGLOBINA	12.7 G/DL	12 - 16 G/DL
HEMATOCRITO	40.9 %	38% - 50%
RECUENTO DE PLAQUETAS	237 X 10^3/UL	150.0 - 450.0 X 10^3/UL



CALDERON ALONSO STEFANY

HISTORIA CLÍNICA MEDILABORAL



EMPRESA PARTICULAR
SEDE CALLE 26
NOMBRES GAMBOA CORTES RUTH LUCENA
FECHA 30/06/2023

DATOS PERSONALES

DOCUMENTO: CC.52085215 **FEC. NACIMIENTO:** 20/04/1974 **EDAD:** 49 **SEXO:** F **PER. A CARGO:** 0
ESTADO CIVIL: SOLTERO **ESCOLARIDAD:** TÉCNICO **ESTRATO:** 2 **TELEFONO:** 3132023919
L. NACIMIENTO: BOGOTA **DOMICILIO:** CRA 109 # 70 - 90
CORREO: RLGCOM@HOTMAIL.COM

DATOS GENERALES

EMPRESA EN MISIÓN: N/A
TIPO DE EXAMEN: PRE-INGRESO
EPS: SALUD TOTAL **ARL:** NO **PENSIONES:** PORVENIR

INFORMACIÓN OCUPACIONAL

TIPO DE CARGO: OPERATIVO
OTRO: NO REFIERE
CARGO A DESEMPEÑAR: INSTRUCTORA
TURNO: DIURNO **ANTIGUEDAD:** NO REFIERE
DESCRIPCION DEL CARGO: INSTRUCTORA TURISMO

AUDIOMETRIA

FECHA ÚLTIMO EXAMEN: 10/10/2020 **ANTIGUEDAD EN EL OFICIO:** Años: 8 - Meses: 0
¿EXPOSICIÓN RUIDO LABORAL?: NO
¿USO DE EPA?: NO
¿CALL CENTER?: NO

ANTECEDENTES OTOLÓGICOS:

Evento	¿Oido D?	¿Oido I?	Observaciones
Oye en conversación co	SI	SI	AMBOS OIDOS NORMALIDAD
Tiene reposo auditivo	SI	SI	16 HORAS

ANTECEDENTES EXTRALABORALES:

Hábitos	Observaciones
Audífonos	de recreacion diario/ 8 horas/ volumen 6/10/ responde llamdas alternando oidos

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

Enfermedad	¿Personal	¿Familiar?	Detalle
Diabetes	NO	SI	PADRE

OTROS ANTECEDENTES:

Hábitos	Observaciones
Alguien de su familia presenta dificultades auditivas	madre con presbiacusia

EXAMEN AUDIOMETRICO:

OBSERVACIONES OI: PABELLON: NORMAL. CONDUCTO AUDITIVO VASCULARIZADO, LIBRE DE CERUMEN, MEMBRANA TIMPANICA, VISIBLE E INTEGRA.	**OBSERVACIONES OD:** PABELLON: NORMAL. CONDUCTO AUDITIVO LIBRE DE CERUMEN, MEMBRANA TIMPANICA, VISIBLE E INTEGRA.

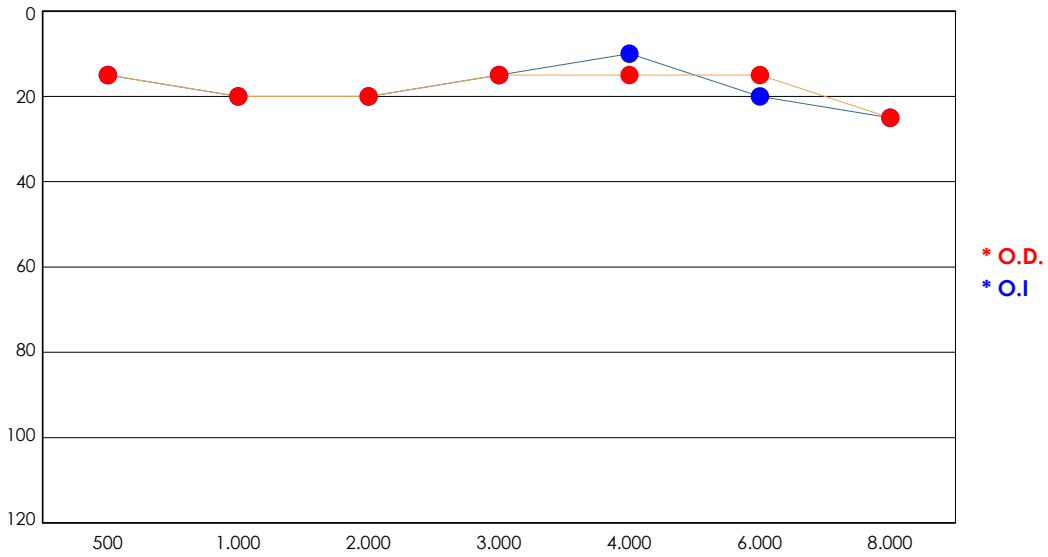
HZ	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	PTA
OIDO DERECHO	15	20	20	15	15	15	25	17,50
OIDO IZQUIERDO	15	20	20	15	10	20	25	16,25

MEDILABORAL

HISTORIA CLÍNICA MEDILABORAL

EMPRESA PARTICULAR
SEDE CALLE 26
NOMBRES GAMBOA CORTES RUTH LUCENA
FECHA 30/06/2023





IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

Código	Descripción
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION

OBSERVACIONES AUDIOMETRIA:

SE REALIZA ATENCIÓN CON TODAS LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFERICA DENTRO DE LOS PARAMETROS DE NORMALIDAD BILATERAL

RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA:

CONTROL EN UN AÑO - CONTROL SALUD OCUPACIONAL - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - REPOSO AUDITIVO POST JORNADA, NO USO DE AUDÍFONOS DE MÚSICA, ALTERNAR TELÉFONO EN AMBOS OÍDOS, VOLUMEN MODERADO DE TELEVISOR, MÚSICA Y TELÉFONO NO USO DE HISOPOS DENTRO DEL CONDUCTO

Consentimiento informado

Yo GAMBOA CORTES RUTH LUCENA identificado con CC.52085215. Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Medicina Laboral S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiologica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Profesional



Dra. natalia andrea lopez arias lic. 0143 29/11/2021

Aspirante o trabajador



CC.52085215

HISTORIA CLÍNICA MEDILABORAL



EMPRESA PARTICULAR
SEDE CALLE 26
NOMBRES GAMBOA CORTES RUTH LUCENA
FECHA 30/06/2023

DATOS PERSONALES

DOCUMENTO: CC.52085215 **FEC. NACIMIENTO:** 20/04/1974 **EDAD:** 49 **SEXO:** F **PER. A CARGO:** 0
ESTADO CIVIL: SOLTERO **ESCOLARIDAD:** TÉCNICO **ESTRATO:** 2 **TELEFONO:** 3132023919
L. NACIMIENTO: BOGOTA **DOMICILIO:** CRA 109 # 70 - 90
CORREO: RLGCOM@HOTMAIL.COM

DATOS GENERALES

EMPRESA EN MISIÓN: N/A
TIPO DE EXAMEN: PRE-INGRESO
EPS: SALUD TOTAL **ARL:** NO **PENSIONES:** PORVENIR

INFORMACIÓN OCUPACIONAL

TIPO DE CARGO: OPERATIVO
OTRO: NO REFIERE
CARGO A DESEMPEÑAR: INSTRUCTORA
TURNO: DIURNO **ANTIGUEDAD:** NO REFIERE
DESCRIPCION DEL CARGO: INSTRUCTORA TURISMO

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

GENERALES: NO REPORTA

FAMILIARES: MADRE HTA Y PADRE DIABETES

OCULARES: UTILIZA GAFAS

OTROS:
PACIENTE ATENDIDO BAJO PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD POR COVID -19

VISIOMETRIA

OCUPACIÓN: INSTRUCTORA **TIEMPO EN EL OFICIO:** Años: 8 - Meses: 0
¿UTILIZA ALGUNA PROTECCIÓN?: NO
¿LE HAN PRACTICADO ALGUNA VISIOMETRÍA ANTERIORMENTE?: SI **FECHA ÚLTIMO EXAMEN:** 15/02/2022
¿TIENE LENTES FORMULADOS?: SI **¿HACE CUÁNTO?:** Años: 40 - Meses: 0
FECHA ÚLTIMO CAMBIO DE LENTES: 15/02/2022 **¿USA LENTES ACTUALMENTE?:** SI
TIPO DE CORRECIÓN: PROGRESIVO **¿LOS PRESENTA AL EXAMEN?:** SI
FORMA DE USO:
PERMANENTES (SI) OCASIONALES (NO) PARA VER DE CERCA (NO) PARA VER DE LEJOS (NO) OTROS (NO)
¿CIRUGÍA OCULAR?: SI **TIEMPO CIRUGIA:** 33 AÑOS - 0 MESES
¿CUÁL?: CORRECCION ESTRABISMO
OBSERVACIONES: CX ESTRABISMO EN AO Y HACE 4 AÑOS CX ESTRABISMO EN OI

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

Sintoma	Observaciones
Asintomatico	NO REFIERE SINTOMAS CON LA CORRECCION

LENSOMETRIA O.D - O.I.: N-0.75*0	**TIPO DE LENTE OD - OI:** PROGRESIVO	**ADD O.D - O.I:** +1.50

MEDILABORAL

HISTORIA CLÍNICA MEDILABORAL

EMPRESA PARTICULAR
SEDE CALLE 26
NOMBRES GAMBOA CORTES RUTH LUCENA
FECHA 30/06/2023



AGUDEZA VISUAL:

VISIÓN LEJANA				VISIÓN CERCANA			
OD		OI		OD		OI	
Sin corrección	*Con corrección*	*Sin corrección*	*Con corrección*	*Sin corrección*	*Con corrección*	*Sin corrección*	*Con corrección*
20/25	20/20	20/100	20/30	20/200	20/20	20/200	20/30

VISIÓN LEJANA AMBOS OJOS		VISIÓN CERCANA AMBOS OJOS	
Sin corrección	*Con corrección*	*Sin corrección*	*Con corrección*
20/20	20/	20/20	20/

EXAMEN EXTERNO

OD: NORMAL	**OI:** NORMAL

COVER TEST

LEJOS: *[ANORMAL]* ETI	**CERCA:** *[ANORMAL]* ETI

PPC: NA

OFTALMOSCOPIA

OD: *[NORMAL]*	**OI:** *[NORMAL]*

PIN HOLE

OD: 20/20	**OI:** 20/30

TIPO DE TEST: ISHIHARA **VISIÓN CROMÁTICA:** [NORMAL] **INTERPRETACIÓN:** N/A **NÚMERO:** N/A **TEXTO:** N/A **OBSERVACIONES:** N/A	**ESTEREOPSIS:** *[ANORMAL]* ESTEREOTEST **SEGUNDOS/ARCO:** 60

INTERPRETACIÓN	AMETROPIA CORREGIDA CON DISMINUCION VISUAL EN OI , PIN HOLE 20/30

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Código	Descripción
H522	ASTIGMATISMO

RECOMENDACIONES	CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES DURANTE LA JORNADA SIGUIENDO LA REGLA 20-20-20 - REMISION VALORACION OPTOMETRIA ACTUALIZAR CORRECCION EN USO

OTRA RECOMENDACIÓN	

REMITIDO A:	CONTROL OPTOMETRIA	**CAUSA REMISIÓN:**	ACTUALIZAR CORRECCION EN USO

MEDILABORAL

HISTORIA CLÍNICA MEDILABORAL

EMPRESA PARTICULAR
SEDE CALLE 26
NOMBRES GAMBOA CORTES RUTH LUCENA
FECHA 30/06/2023



Consentimiento informado

Yo GAMBOA CORTES RUTH LUCENA identificado con CC.52085215. Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Medicina Laboral S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiologica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Profesional

Dra. Viviana A. Olaya
Optometra Univ. La Salle
Esp. Cuidado Primario Ocular
Esp. Salud Ocupacional
Reg. 52.148.980 Res. 1142

VIVIANA ANDREA OLAYA ALVAREZ

Aspirante o trabajador

CC.52085215

REYVELT
MEDICINA ESPECIALIZADA
CuidamosDeTuSaludLaboral!

Valoración para Conductores

Nombre: Ruth Lucena Gamboa Cortes

Cc: 52.085.215

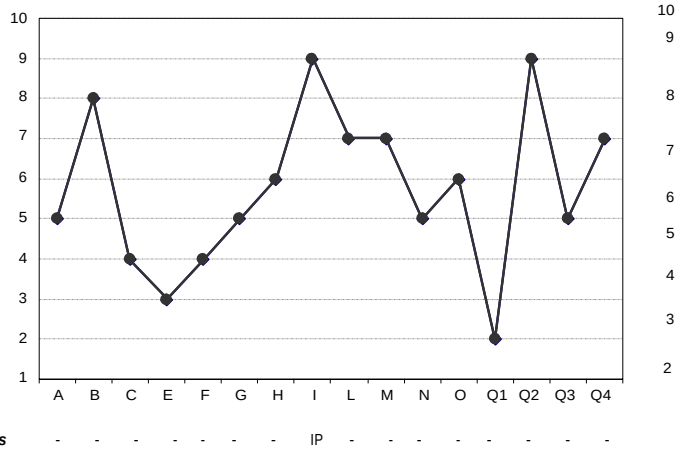
Fecha de evaluación: 05 de julio de 2023

Proceso realizado: Aplicación prueba psicotécnica proyectiva que permite conocer algunos aspectos de la personalidad del candidato, así como su posición frente al mundo, las relaciones interpersonales, estados de ánimo y preferencias y el cuestionario 16 PF: instrumento de medida de la personalidad a partir de criterios factoriales, este instrumento de evaluación tiene como principal función estudiar y valorar los rasgos de personalidad a partir de diversos factores (dieciséis principales y cinco secundarios o globales en la última versión). Dichos factores son bipolares, es decir, van en un continuó que va de un extremo del rasgo al otro, situándose la puntuación de la persona evaluada en algún punto de dicho continuo, si uno de los factores es la dominancia, uno de los polos refleja a una persona autoritaria, competitiva e independiente mientras que el otro indicaría una persona sumisa, conformista y dependiente de los demás, estando la mayor parte de la población en una situación intermedia.

Adicional se han aplicado test de aptitudes para apreciación de la capacidad intelectual, aptitud espacial, y precisión y rapidez perceptiva, además de una prueba diagnóstico de somnolencia para conductores.

11	A	Reservado/Abierto	5
11	B	Rto.Concreto/Abstracto	8
15	C	Inestabilidad/Estabilidad emocional	4
8	E	Sumiso/Dominante	3
12	F	Prudente/Impulsivo	4
16	G	Despreocupado/Escrupuloso	5
19	H	Timido/Espontáneo	6
16	I	Racional/Emocional	9
11	L	Confiado/Suspicaz	7
14	M	Practico/Soñador	7
10	N	Sencillo/Astuto	5
10	O	Seguro/Inseguro	6
5	Q1	Tradicionalista/Innovador	2
14	Q2	Dependencia Del Grupo/Autosuficiencia	9
14	Q3	Desinhibido/Controlado	5
10	Q4	Tranquilo/Tensionado	7

P.Directos ***Decatipos***



IP= Indicador a profundizar

Conclusión: Ruth Lucena Gamboa Cortes mostro disposición para colaborar siendo cortes. Su estado mental se ajusta al desempeño de sus funciones.

Además, se realizó un análisis de capacidad intelectual a través de elementos como la comprensión, razonamiento verbal, aptitudes numéricas, espaciales y de razonamiento Numérico en el Candidato, se evidencian dentro de los parámetros de normalidad.

En cuanto a alteración de la energía vital (sueño) o padecimiento de somnolencia, NO presenta alteración, lo que quiere decir podría generar en él, tolerancia a la monotonía de la actividad laboral que se desarrolla.

CONSIDERACIONES: El informe anterior es un resumen. Este informe está diseñado para asistir en los procesos de selección, evaluación, desarrollo o formación, y asesoramiento. El informe no debería nunca utilizarse por sí solo, si no siempre en conjunción tanto con una entrevista, como con un proceso de evaluación de la experiencia, educación, cualificaciones, competencia y formación de la persona.



Profesional Responsable
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo, y Riesgos Laborales

Hace constar:

Que el Sr(a) RUTH LUCENA GAMBOA CORTÉS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52085215 realizó el día 14/06/2024 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, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

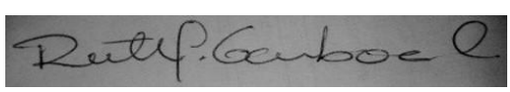
Yo RUTH LUCENA GAMBOA CORTÉS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52085215 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

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.



Firma

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) RUTH LUCENA GAMBOA CORTÉS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52085215 realizó el día 17/06/2024 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 SENA – Lineamientos SENA para el "aislamiento selectivo inteligente".

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

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) RUTH LUCENA GAMBOA CORTÉS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52085215 el día 14/06/2024 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

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

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN:	SUCURSAL:	COD. SUC:	NO. PÓLIZA:	ANEXO:
CALI	CALI	45	45-46-101025140	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
27	05	2024	27	05	2024	00:00	01	03	2025	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	GAMBOA CORTES RUTH LUCENA			IDENTIFICACIÓN:	C.C. :52,085,215
DIRECCIÓN:	KR 104 NRO. 13 D - 77 CASA 23	CIUDAD:	BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO:	3132023919

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA CENTRO NAUTICO PESQUERO DE BUENAVENTURA			IDENTIFICACIÓN:	NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN:	CALLE 6 NO 10-42	CIUDAD:	BUENAVENTURA - VALLE	TELÉFONO:	2428180
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.6366339 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: CONTRATACIÓN DE INSTRUCTORES PARA LA FORMACIÓN TITULADA Y COMPLEMENTARIA DE ECONOMÍA POPULAR DE LOS CUPOS ASIGNADOS AL CENTRO PARA LA VIGENCIA, TENIENDO EN CUENTA LA TRIMESTRALIZACIÓN

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	27/05/2024	01/03/2025	$ 2,104,666.70

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	$ 2,104,666.70	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
JC ASESORES DE SEGUROS LTDA	164219	100,00			

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

PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45 - TELÉFONO: 6672954 - CALI



45-46-101025140

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

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

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

Hacemos constar, que la póliza No. 45-46-101025140, 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 CALI, a los 27 días del mes de Mayo de 2024



FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.45-46-101025140

1. AMPAROS.

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

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

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

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

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

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

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

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

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

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

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

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

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

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

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

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

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

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

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

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

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

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

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

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

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

2. EXCLUSIONES.

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

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

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

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

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

3. SUMA ASEGURADA.

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

4. VIGENCIA.

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

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

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

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

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

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

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

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

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

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

6. COMPENSACIÓN.

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

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

8. PLAZO PARA EL PAGO.

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

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

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

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

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

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

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

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

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

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

13. COASEGURO

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860009578-6
RECIBO DE CAJA Nº 31466535

Expedido en	Sucursal	Código Sucursal	Fecha de Pago	Clave	Intermediario
BOGOTA, D.C.	OFICINA PRINCIPAL	1	27/05/2024	164219	JC ASESORES DE SEGUROS LTDA

Tomador:	RUTH LUCENA GAMBOA CORTES	**NIT/CC** 52085215
Suma de:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE.******	
Pagador:	RUTH GAMBOA	**NIT/CC** 52085215
Por concepto de:	APLICACION PORTAL DE RECAUDOS #959104251	

Suc-Ramo-Póliza-Endoso-Cuota	Prima	Gasto	IVA	Runt	Valor
45-CALI-46-CU. ENTIDAD.EST.ONL-101025140-0-1	$20.000,00	$8.000,00	$5.320,00	$0,00	$33.320,00

Otros conceptos de pago	Valor
CUENTA PUENTE INTERSUCURSALES	$33.320,00

Forma de pago		
AHORRO	**Ahorro:**	$33.320,00
	Corriente:	$0,00
	Tarjeta:	$0,00
	Otro:	$0,00
Transacción: 16332166	**Total:**	**$33.320,00**
	Cajero:	PAGUESTADO