SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL VALLE
CENTRO DE ELECTRICIDAD Y AUTOMATIZACION INDUSTRIAL -CEAI- VALLE- B

Código Regional	**76**
Código Centro	**922710**
Fecha Elaboración	**21 de febrero de 2020**
Versión	**MARZO 2020 - 3,20**
ID de Proceso	**92882-466057**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	LEDY ADRIANA RODRIGUEZ SOLARTE	**C.C.**	1.115.063.549	**IP/Nº de contacto**	3137759698
Correo electrónico contratista:	ladrodriguez@sena.edu.co				

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

Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000 NO **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Banco al cual consignar: BANCO CAJA SOCIAL **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 24046446420

Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato? NO **Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los $ 117.503.000** NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 1340930/2020 **Nº Compromiso SIIF** **17220**

Valor Total del Contrato	$ 33.986.461	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 33.986.461	**1**	**Del**	**10/02/2020**	**Al**	**29/02/2020**	**$ 2.332.404,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 31.654.057		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.332.404		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	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	**$ 2.332.404**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.549.803**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Febrero	Enero			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**decreto 1273 de**	Valor Base retención en la fuente	1.549.803,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 932.962	$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	2.066.404,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 116.700	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 149.300	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL I	$ 4.900	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	0,00	0,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -		-	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Pro-UCEVA	11.662,00	0,500%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Universidad del Pacífico	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 516.601		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 2.320.742,00**	

SON: DOS MILLONES TRESCIENTOS VEINTE MIL SETECIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se realiza orientación psicológica a los aprendices que lo requieran de los programas de de redes de datos, automatizacion industrial
Se realiza proceso de reinducción en ambientes de aprendizaje contemplando Misión Visión y valores Institucionales, se impactaron 30 a
Se realiza la reunión de voceros promoviendo el liderazgo, con el objetivo de divulgar la elección de representantes, convocatoria de
Se realiza escuela de familia.
Inscripciones al proceso de monitorias académicas y transporte.
Se realiza el informe de las actividades desarrolladas en el mes de febrero.
Se realiza convocatoria al beneficio del auxilio de transporte, monitorias académicas.
Se esta afiliado a la entidad de pensiones, EPS Y ARL.

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.

LEDY ADRIANA RODRIGUEZ SOLARTE
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,

SANDRA XIMENA MORA RAMIREZ
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

ANGELA PATRICIA IBARRA QUIROGA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.
NIT 805.001.157 - 2
CERTIFICA:

Que a la fecha de expedición de este certificado, LEDY ADRIANA RODRIGUEZ SOLARTE identificado(a) con documento de identidad CC : 1115063549 se encuentra VIGENTE en la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. E.P.S. en el Plan de Beneficios en Salud P.B.S.

Su grupo familiar es

Tipo de Documento	Número de documento	Nombre del afiliado	Estado de afiliación
CC	1115063549	LEDY ADRIANA RODRIGUEZ SOLARTE	VIGENTE

Relación del histórico de afiliación y días pagados a la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A en el último año

Tipo doc	Número de documento	Nombre del Cotizante	Tipo ID Empleador	NumeroID Empleador	Razón Social	Período Cotización	Dias Cotizados
CC	1115063549	LEDY ADRIANA RODRIGUEZ SOLARTE	CC	1115063549	LEDY ADRIANA RODRIGUEZ SOLARTE	2019/03	30
CC	1115063549	LEDY ADRIANA RODRIGUEZ SOLARTE	CC	1115063549	LEDY ADRIANA RODRIGUEZ SOLARTE	2019/04	30
CC	1115063549	LEDY ADRIANA RODRIGUEZ SOLARTE	CC	1115063549	LEDY ADRIANA RODRIGUEZ SOLARTE	2019/05	30
CC	1115063549	LEDY ADRIANA RODRIGUEZ SOLARTE	CC	1115063549	LEDY ADRIANA RODRIGUEZ SOLARTE	2019/06	30
CC	1115063549	LEDY ADRIANA RODRIGUEZ SOLARTE	CC	1115063549	LEDY ADRIANA RODRIGUEZ SOLARTE	2019/06	30
CC	1115063549	LEDY ADRIANA RODRIGUEZ SOLARTE	CC	1115063549	LEDY ADRIANA RODRIGUEZ SOLARTE	2019/07	30
CC	1115063549	LEDY ADRIANA RODRIGUEZ SOLARTE	CC	1115063549	LEDY ADRIANA RODRIGUEZ SOLARTE	2019/07	30
CC	1115063549	LEDY ADRIANA RODRIGUEZ SOLARTE	CC	1115063549	LEDY ADRIANA RODRIGUEZ SOLARTE	2019/08	30
CC	1115063549	LEDY ADRIANA RODRIGUEZ SOLARTE	CC	1115063549	LEDY ADRIANA RODRIGUEZ SOLARTE	2019/08	30
CC	1115063549	LEDY ADRIANA RODRIGUEZ SOLARTE	CC	1115063549	LEDY ADRIANA RODRIGUEZ SOLARTE	2019/09	30
CC	1115063549	LEDY ADRIANA RODRIGUEZ SOLARTE	CC	1115063549	LEDY ADRIANA RODRIGUEZ SOLARTE	2019/09	30
CC	1115063549	LEDY ADRIANA RODRIGUEZ SOLARTE	CC	1115063549	LEDY ADRIANA RODRIGUEZ SOLARTE	2019/10	30
CC	1115063549	LEDY ADRIANA RODRIGUEZ SOLARTE	CC	1115063549	LEDY ADRIANA RODRIGUEZ SOLARTE	2019/10	30
CC	1115063549	LEDY ADRIANA RODRIGUEZ SOLARTE	CC	1115063549	LEDY ADRIANA RODRIGUEZ SOLARTE	2019/11	30
CC	1115063549	LEDY ADRIANA RODRIGUEZ SOLARTE	CC	1115063549	LEDY ADRIANA RODRIGUEZ SOLARTE	2019/11	30
CC	1115063549	LEDY ADRIANA RODRIGUEZ SOLARTE	CC	1115063549	LEDY ADRIANA RODRIGUEZ SOLARTE	2019/12	30
CC	1115063549	LEDY ADRIANA RODRIGUEZ SOLARTE	CC	1115063549	LEDY ADRIANA RODRIGUEZ SOLARTE	2020/01	30
CC	1115063549	LEDY ADRIANA RODRIGUEZ SOLARTE	CC	1115063549	LEDY ADRIANA RODRIGUEZ SOLARTE	2020/02	30

En caso de observar alguna inconsistencia en la información aportada, por favor ingrese al portal Web de la EPS SOS en la sección contáctenos, o a través del correo electrónico de servicioclientе@sos.com.co

Para constancia de lo anterior se firma en la Ciudad de Santiago de Cali, a los TRECE (13) días del mes de MARZO del año 2020

Información sujeta a verificación por parte de la EPS Servicio Occidental de Salud SOS S.A. "Esta información es propiedad privada del Ministerio de Salud y Protección Social."

Este documento no es válido como autorización de servicios o traslado entre EPS.

Monica Gonzalez Ceballos

Jefe Nacional de Servicio al Cliente
portal_webusr

CD3 3586459 Mar 13 2020 12:14PM

Scanned by CamScanner

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **LEDY ADRIANA RODRIGUEZ SOLARTE** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **1115063549,** se encuentra afiliado (a) desde **06/08/2014** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE*.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 31 de enero de 2020.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto: 02 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14476359912

(415)7707212489984(8020) 000001447635991 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1115063549	1	Impuestos y Aduanas de Palmira	15

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	1115063549	2004072 8

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	169	Valle del Cauca 76	Guadalajara de Buga 111

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RODRIGUEZ	SOLARTE	LEDY	ADRIANA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Valle del Cauca 76	Guadalajara de Buga 111

41. Dirección principal: CR 12 16 89 BRR EL DIVINO NIÑO

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
leidyr2012@hotmail.com		3137759698	

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	
8692	20131122	8523	20180806			

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos
2445	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	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

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha: 2018 08 06

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre: RODRIGUEZ SOLARTE LEDY ADRIANA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 10-04-2020 03:10:14PM

ProWork Especialistas en Salud Ocupacional	APOYOS DIAGNÓSTICOS OPTOMETRÍA	Código: FT-AD-004 Versión: 001 Fecha: 07/06/2018

Ciudad: Buga Fecha: 08/05/18 ☑ Ingreso ☐ Periodico ☐ Egreso

Empresa: SENA.

1. DATOS E IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

Apellidos y Nombres completos: Ledy Adriana Rodriguez Solarte.

No. de Identificacion: 1.115.063.549 de Buga Sexo: ☐ Masculino ☑ Femenino

Fecha de Nacimiento: 15/12/1985 Edad: 32 Fecha ingreso: dd/mm/aaaa Antigüedad: aa,mm

Nombre del cargo actual o a desempeñar: Psicóloga - Instructura. Seccion:

2. ANTECEDENTES LABORALES

Factores de riesgo visual						Frecuencia de uso de proteccion visual			
Pantallas de visualizacion	☑	Alta exigencia visual	☑	Radiaciones (calor)	☐	Nunca	☑	Según exposición	☐
Iluminacion inadecuada	☐	Gases, vapores, humos	☐	Liquidos irritantes	☐	Ocasional	☐	Siempre	☐
Material particulado	☐	Proyeccion de particulas	☐	Otros	☐				

3. ANTECEDENTES PERSONALES

Antecedentes Personales						Sintomas visuales				Usuario de lentes de correccion	
Trastorno refractivo	☑	Conjuntivitis	☐	Cirugia Ocular	☐	Cefalea	☐	Disminucion AV	☐	Uso permanente	☐
Cataratas	☐	Trauma ocular	☐	Cirugia refractiva	☐	Fotofobia	☐	Vision borrosa	☐	Uso ocasional	☑
Pterigio	☐	Diabetes Mellitus	☐	Otros	☐	Lagrimeo	☐	Enrojecimiento	☐	No usa	☐
Hipertension Arterial	☐	Infeccion Ocular	☐			Ardor	☐	Prurito	☐		

4. EVALUACION VISUAL

Rx en uso	VL	AV	ADD	AV	AV VL SC	AV PV SC
O.D.						20/40
O.I.						20/40

Examen Externo

Estado motor	Normal	CT	VL	ϕ	VP	ϕ	PPC	4 cms.
Reflejos pupilares	Presentes.							

O.D.  O.I. 

Oftalmoscopia: Normal AO.

Vision cromatica	Vision estereoscopica	Campo Visual	Observaciones
Normal	40" Arco	140°	

Rx final				
O.D.	-040-100 x 20	ADD.	Agudeza visual CC	20/20
O.I.	-040-100 x 10	ADD.	Agudeza visual CC	20/25

5. DIAGNOSTICO

Emetrope	☐	Astigmatismo	☐	Alteracion del campo visual	☐	Blefaritis	☐	Hiperemia conjuntiva	☐	Ambliopia	☐
Miopia	☑	Presbicia	☐	Alteracion vision de profundidad	☐	Ojo seco	☐	Conjuntivitis	☐	Pterigio	☐
Hipermetropia	☐	Disbalance muscular	☐	Alteracion vision color	☐	Glaucoma	☐	Alteracion parpados	☐	Catarata	☐

6. CONDUCTA Y RECOMENDACIONES

Apto visualmente sin lentes de correccion	☐	Lentes de correccion de uso ocasional	☐	Valoracion Oftalmologia	☐
Apto con lentes de correccion en uso	☑	Lentes de correccion de uso permanente	☐	Valoracion Ortoptica	☐
Se da Rx de lentes de correcion por 1ª vez	☐	Cambio de Rx de lentes de correccion	☐		☐

Dr. Miguel A. Muñoz B.
T.P 79788769 RSSU. 975
Optómetra

Firma Especialista y Registro

Ledy A. Rodriguez S

Firma y cédula del trabajador 1115063549

ProWork Especialistas en Salud Ocupacional	APOYOS DIAGNÓSTICOS AUDIOMETRÍA	Código: FT-AD-001 Versión: 001 Fecha: 07/06/2018

Ciudad: Bogotá Fecha: 02-08-18 ☒ Ingreso ☐ Periodico ☐ Egreso

Empresa: SENA

1. DATOS E IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

Apellidos y Nombres completos: Lady Adriana Rodriguez

No. de Identificacion: 1115063549 de Caloto Sexo: ☐ Masculino ☒ Femenino

Fecha de Nacimiento: 15-12-85 (dd/mm/aaaa) Edad: 32 Fecha ingreso: dd/mm/aaaa Antigüedad: aa,mm

Nombre del cargo actual o a desempeñar: Instructora Seccion:

2. ANTECEDENTES LABORALES

Empresa	Cargo	Tiempo	Seguimiento audiometrico
		aa,mm	
		aa,mm	
		aa,mm	

E.P.A. ☐ Si ☐ No Uso de E.P.A. ☐ Nunca ☐ Irregular ☐ Regular Tipo de E.P.A. ☐ Anatomico ☐ Copa ☐ Tapon ☐ Desechable

3. ANTECEDENTES

A. Personales								Exposicion extralaboral				Sintomas			
T.C.E. severo	☐	Otitis	☐	Sarampion	☐	Fliar sordera	☐	Sapo / Tejo	☐	Poligonos	☐	Otalgia	☐	Tinitus	☐
H.T.A.	☐	Trauma	☐	Rubeola	☐	Ototoxicos	☐	Servicio Militar	☐	Walkman	☐	Prurito	☐	Vertigo	☐
Diabetes M.	☐	Cirugia oido	☐	Sifilis	☐	T.B.C.	☐	Discoteca	☐	Caza	☐	Otorrea	☐	Otros	☐
Paralisis Facial	☐	Meningitis	☐	Parotiditis	☐	Otros	☐	Moto	☐	Explosiones	☐	Otorragia	☐		

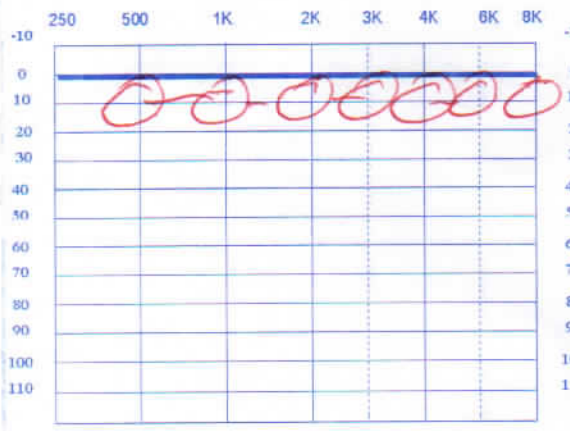
Otoscopia Normal Palatino

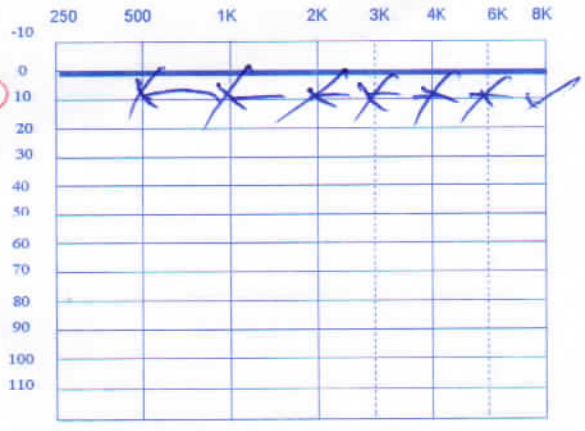
4. RESULTADOS AUDIOMETRICOS FRECUENCIAS HZ

VIA	OIDO DERECHO								OIDO IZQUIERDO							
	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
AREA		10	10	10	10	10	10	10		10	10	10	10	10	10	10
OSEA																

Reposo auditivo h

Presbiacusia





SAL	
A	Normal
B	Casi normal
C	Sordera moderada
D	Sordera notable
E	Sordera severa
F	Sordera profunda
G	Sordera total
N.A	No aplica

ELI		O.D.	O.I.
A	Normal excelente	✓	✓
B	Normal buena		
C	Normal limite		
D	Sospechoso		
E	Muy sospechoso		

5. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Glicerina carbonatada	☐	Cambiar E.P.A. por deterioro	☐	Remision ORL	☐
Lavado de oido	☐	Cambiar E.P.A. de mayor atenuacion	☐	Control anual	☐
Educacion uso E.P.A.	☐	Repetir audiometria con reposo	☐	Control semestral	☐
Usar E.P.A. en exposicion a ruido	☐	Realizar audiometria clinica	☐		

LARSEN MODIFICADO		O.D.	O.I.
	Normal	✓	✓
	Grado I		
	Grado II		
	Grado III		

Otras observaciones Audición normal Palatino

Amparo Soto De Cru.
FONOAUDIOLOGA
UNIVERSIDAD DEL VALLE
R.M 11700
S.G.C. Y S.O 201132299001 13/05/10

Firma Fonoaudiologo y Registro

Lady A. Rodríguez S

Firma y cédula del trabajador

ProWork

PROCARE SALUD OCUPACIONAL BUGA S.A.S

Nit. 900372493 - 8

Dirección: CALLE 4 CRA 17-29 P 01 BUGA

Tel: 2374442 - 2390179 - 3183940160

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

INGRESO

Tipo certificación: Pre-ingreso ⊗ | Periódico ○ | Retiro ○ | Post incapacidad ○ | Caso ocupacional ○
Control ○ | Reubicación ○ | Ingreso al SVE ○ | Trabajo en alturas ○



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **08/08/2018 10:06:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **LEDY ADRIANA RODRIGUEZ SOLARTE**

Cargo **INSTRUCTORA** Doc. Identidad **CC 1115063549**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EVALUACIÓN MÉDICA OSTEOMUSCULAR	2 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA NORMAL	3 OPTOMETRÍA ACEPTABLE
4 AUDIOMETRÍA CLINICA NORMAL	5 GLUCOSA EN SUERO NORMAL	6 PERFIL LIPÍDICO NORMAL
7 HEMOGRAMA NORMAL	8 UROANÁLISIS (PARCIAL DE ORINA) NORMAL	9

CONCEPTO

NO presenta restricciones

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

EDUCACIÓN EN HIGIENE POSTURAL, MEDIDAS DE ERGONOMÍA, PAUSAS ACTIVAS. DOTAR Y EXIGIR USO ADECUADO DE EPP SEGÚN EXPOSICIÓN Y LABOR ,EJERCICIO FISICO REGULAR . ALIMENTACION SANA BAJA EN GRASAS SATURADAS Y HARINAS. ,USO DE LENTES DE CORRECCION PERMANENTES DURANTE TODA LA JORNADA LABORAL. CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA

RESTRICCIONES LABORALES

SIN RESTRICCIONES OCUPACIONALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ○ | Auditivo ○ | Respiratorio ○ | Cardiovascular ○ | Psicosocial ○ | Ergonómico ○ | Otros ○

REMISIÓN	SI ○	NO ⊗	ARL	SI ○	NO ○	EPS	SI ○	NO ○

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

ADRIANA BARBOSA AYALA
MAGISTER SALUD OCUPACIONAL
LIC. 818/2015
RM 762460
UNIVERSIDAD LIBRE

Ledy A Rodriguez S

Trabajador: LEDY ADRIANA RODRIGUEZ
CC: 1115063549
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biométrica

Scanned by CamScanner

PROCARE SALUD OCUPACIONAL BUGA S.A.S

ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL

LABORATORIO CLÍNICO

Fecha impresión 06/02/2020 10:30:36

Dircc: CALLE 4 CRA 17-29 P 01 BUGA Tel : 2374442 - 2390179 - 3183940160

Fecha 08/08/2018 09:52:00

Doc: **1115063549** Nombre : **LEDY ADRIANA RODRIGUEZ SOLARTE** Edad : **34 Años** Sexo : **F**

Entidad: **PARTICULAR**

Parametro	Resultado	Rango referencia		
004				
GLUCOSA EN SUERO				
GLUCOSA	95	70	110	mg/dl

Katherine Ponce Loaiza
·BACTERIOLOGA
Universidad Católica de Manizalez
RP. 252461

Dra. Katherine Ponce Loaiza
Bacteriologa
Universidad Catolica de Manizales
RP. 252461

HEMOGRAMA				
HEMOGLOBINA (MUJER)	14	12.6	15.5	gr/dl
HEMATOCRITO (MUJER)	43	36.0	46.0	%
LEUCOCITOS TOTALES	6.700	5.000	10.000	mm3
NEUTROFILOS SEGMENTADOS	69	45	70	%
LINFOCITOS	23	16	46	%
MONOCITOS	11	0	10	%
PLAQUETAS	325.000	150.000	450.000	mm3

Katherine Ponce Loaiza
·BACTERIOLOGA
Universidad Católica de Manizalez
RP. 252461

Dra. Katherine Ponce Loaiza
Bacteriologa
Universidad Catolica de Manizales
RP. 252461

PERFIL LIPÍDICO				
COLESTEROL TOTAL	174	0	200	mg/dl
COLESTEROL HDL	49	35	-	mg/dl
LDL	101.4	-	150	mg/dl
VLDL	23.6	0	30	mg/dl
INDICE ARTERIAL	3.6	4.0	-	
TRIGLICERIDOS	118	0	160	mg/dl

Katherine Ponce Loaiza
·BACTERIOLOGA
Universidad Católica de Manizalez
RP. 252461

Dra. Katherine Ponce Loaiza
Bacteriologa
Universidad Catolica de Manizales
RP. 252461

UROANÁLISIS (PARCIAL DE ORINA)				
COLOR	AMARILLO			
ASPECTO	LIGERAMENTE TURBIO			
BILIRRUBINA	-		NEGATIVO	
UROBILINOGENO	-		NEGATIVO	
CETONA	-		NEGATIVO	
GLUCOSA	-		NEGATIVO	
PROTEINA	-		NEGATIVO	
NITRITOS	-		NEGATIVO	
PH	6.5	5.0	7.0	
DENSIDAD	1020	1.010	1.030	
LEUCOCITOS	1-3	0	3	

ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL

PROCARE SALUD OCUPACIONAL BUGA S.A.S

Dircc: CALLE 4 CRA 17-29 P 01 BUGA Tel : 2374442 - 2390179 - 3183940160

LABORATORIO CLÍNICO

Fecha impresión 06/02/2020 10:30:36

Fecha 08/08/2018 09:52:00

Doc: **1115063549** Nombre : **LEDY ADRIANA RODRIGUEZ SOLARTE** Edad : **34 Años** Sexo : **F**

Entidad: **PARTICULAR**

Parametro	Resultado	Rango referencia
UROANÁLISIS (PARCIAL DE ORINA)		
ERITROCITOS	0	0 1
CELULAS EPITELIALES ESCAMOSAS	1-3	3 4
BACTERIAS	ESCASAS	NEGATIVO

Katherine Ponce Loaiza
BACTERIOLOGA
Universidad Católica de Manizalez
RP. 252461

Dra. Katherine Ponce Loaiza
Bacteriologa
Universidad Catolica de Manizales
RP. 252461

PROCARE SALUD OCUPACIONAL BUGA S.A.S
Nit. 900372493 - 8
Dirección: CALLE 4 CRA 17-29 P 01 BUGA
Tel: 2374442 - 2390179 - 3183940160

EVALUACIÓN PSICOLABORAL

Fecha de realización del examen 08/08/2018 10:35:00

Tipo de examen Pre-Ingreso ◯ Ingreso ⊗ Retiro ◯ Periódico ◯
Reubicación ◯ Ingreso al SVE ◯ Control ◯ Post incapacidad ◯

1. DATOS DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre **LEDY ADRIANA RODRIGUEZ SOLARTE** **CC** **1115063549**

Entidad **PARTICULAR**

Género Femenino **Fecha de nacimiento** 15/12/1985 **Edad** 32

No. de hijos 0 **No. de personas a cargo** 0 **Lugar de residencia** CARRERA 12 Nº16

Estado civil Soltero(a) ⊗ U. Libre ◯ Casado(a) ◯ Separado(a) ◯ Viudo(a) ◯

FONDO DE PENSIÒN **EPS** S.O.S **ARL**

2. INFORMACIÓN EDUCATIVA Y LABORAL DEL TRABAJADOR

Nivel Educativo Primaria incompleta ◯ Primaria completa ◯ Bachillerato incompleto ◯ Bachillerato completo ◯
Ninguno ◯ Técnico incompleto ◯ Técnico completo ◯ Profesional incompleto ◯ Profesional completo ◯ Post grado ⊗

Cargo ingreso/retiro INSTRUCTORA **Último cargo ejercido** PSICOLOGA ALCADIA

Tiempo en el último cargo 3 AÑOS **Motivo del retiro** FINALIZACION DE CONTRATO

Tiempo de experiencia en el cargo de ingreso/retiro 4

3. VALORACIÓN DE LA PERSONALIDAD

Nivel de valoración personal
Se define como una persona perseverante, amable, servicial. En lo laboral destaca el compromiso y la responsabilidad, y el desarrollo del sentido de pertencia.

Manejo de la angustia/tolerancia a la frustración
Puede llegar a permanecer tranquila en situaciones de tensión.

Área social
Vive con su padre, quien tiene 73 años se dedica a la agricultura, su madre falleció, tiene cuatro hermanos.
Destaca como afectuosos sus lazos familiares.

Capacidad de adaptación
muy facil

Conocimiento y aceptación de normas y valores
Reconoce las normas, aunque puede ser critica en situaciones en las cuales no se encuentre de acuerdo.

Gama de intereses
Estabilidad laboral y realizar un magister en clinica a magister.

4. ACTIVIDADES EXTRALABORALES

Descansar- dormir ◯ Compartir con amigos ⊗ Compartir con familia ⊗ Salir a pasear ⊗ Actividad artística ◯
Practicar deporte ⊗ Escuchar música ◯ Leer ⊗ Estudiar ◯ Ver televisión ◯
Usar PC ◯ Otros trabajos ◯

5. MOTIVACIÓN AL TRABAJO

Motivación interna Autorealización ◯ Logro ◯ Poder ◯ Autosuperación ◯ Agrado por su labor ◯

Motivación externa Prestaciones y garantías ◯ Grupo de trabajo ◯ Satisfacción de necesidades básicas ◯
Salario ◯ Promoción laboral ◯ Estabilidad laboral ◯ Fortalecer aprendizaje ◯
Estabilidad del grupo familiar ◯

Expectativas laborales y en general

EVALUACIÓN PSICOLABORAL

Fecha de realización del examen 08/08/2018 10:35:00

Tipo de examen Pre-Ingreso ◯ Ingreso ⊗ Retiro ◯ Periódico ◯
Reubicación ◯ Ingreso al SVE ◯ Control ◯ Post incapacidad ◯

6. MIEDOS Y FOBIAS

Acrofobia ◯ Claustrofobia ◯ Otro

7. PRESENTACIÓN Y ACTITUD DURANTE LA ENTREVISTA

Adecuado- participativo(a) ⊗ Euproséxico ◯ Disproséxico ◯ Distante-evitativo- Poco colaborador ◯

8. CAPACIDAD DE ORGANIZACIÓN Y CURSO DEL PENSAMIENTO

Taquipsiquia ◯ Normal ⊗ Bradipsiquia ◯

9. FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL

1. Factores propios del individuo Fobias ◯ Prosaico ◯ Alogia ◯ Impulsiva ◯ Dificultad para socializarse ◯
Susceptible ◯ Abúlico ◯ Distimia ◯ Tendencia patrón tipo A ◯ Déficit en la comunicación ◯
Poca tolerancia a la frustración ◯ Pensamiento concreto ◯ Disprosexia ◯ Autoestima baja ◯ Irritable ◯

2. Factores de organización Demandas cuantitativas ◯ Condiciones del medio ambiente ◯ Carga física ◯
Conocimiento de la tarea ◯ Claridad del rol ◯ Responsabilidad del cargo ◯
Oportunidades para el uso y desarrollo de habilidades ◯ Estabilidad del empleo ◯ Jornada laboral ◯
Limitantes de desarrollo ◯ Pausas y descanso ◯ Demandas de carga mental ◯ Salarios ◯
Tipo de contrato ◯ Modelo administrativo ◯ Demandas ecomocionales ◯ Grupo social ◯

3. Factores extralaborales Deficiente uso del tiempo libre ◯ Tiempo de desplazamiento y/o transporte ◯
Ausencia o inadecuadas redes sociales de apoyo ◯ Características de la vivienda ◯
Dificultad de acceso a servicios de salud ◯ Inseguridad y/o violencia ◯ Comunicación familiar disfuncional ◯

10. ANTECEDENTES DE TRASTORNOS EMOCIONALES O PSIQUIÁTRICOS

Familiar: NIEGA CUALQUIER ANTECEDENTE

Personal: NIEGA CUALQUIER ANTECEDENTE

11. CONSUMO DE SPA

Fuma NIEGA **Bebidas alcohólicas** NIEGA **Sustancias I** NIEGA

12. OBSERVACIONES O ACCIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE SU PERFIL

Se evidencia en la candidata una persona cenetrada, cordial, respetuosa en sus relaciones interpersonales, con objetivos a corto y mediano plazo claramente definidos, modera adecuadamente su energia vital para lograr que se propone, puede llegar a manejar situaciones de tensión. Posee experiencia en el manejo de personal condición de vulnerabilidad, ejecución y guia de intervencion de grupos.
lo anterior puede poner a su favor para su adaptación al cargo

APTA PARA EL CARGO.



YORLI GARCIA CALERO
Especialidad: PSICOLÓGICA
CC: 1114813224 RM: 103390

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) LEDY ADRIANA RODRIGUEZ SOLARTE Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1115063549 realizó el día 12/02/2020 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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

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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

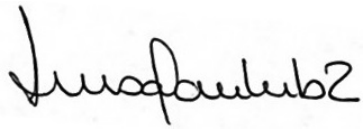
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora LEDY ADRIANA RODRIGUEZ SOLARTE, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.115.063.549, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 10/02/2020 y fecha fin de contrato 15/12/2020 con 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 deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20200101450493.

Esta certificación se expide a los 09 días del mes de Abril de 2020.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Banco Caja Social

FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

HACE CONSTAR

Que el(los) cliente(s):

LEDY ADRIANA RODRIGUEZ SOLARTE *Identificado con* *CC1115063549*

Actualmente posee(n) el siguiente producto, radicado en la oficina 0080 BUGA, con las siguientes caracteristicas:

CUENTA DE AHORROS CUENTA DE AHORROS

Número	:	*24046446420*
Fecha de Apertura	:	*29 de julio de 2014*
Condiciones de Manejo	:	*Individual,1 Firmas(s), 0 Sello(s) húmedo(s) o de caucho, Sin protector*
Estado	:	*CUENTA ACTIVA*

Esta constancia se expide con destino a: QUIEN PUEDA INTERESAR
Realizada en la oficina 0080 BUGA de la ciudad de GUADALAJARA DE BUGA, el dia viernes, 31 de enero de 2020.

Cordialmente,

Efectuado por:
C8P5R8U9 - CAROLINA PUERTAS RINCON

FIRMA Y SELLOS AUTORIZADOS

Establecimiento Bancario

VIGILADO

Scanned by CamScanner

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. Sucursal	Nro. Póliza	Anexo
CALI	CALI	45	45-46-101007051	0

Fecha Expedición			Vigencia Desde			A las:	Vigencia Hasta:			A las:	Tipo Movimiento:
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	
10	02	2020	10	02	2020	00:00	15	04	2021	00:00	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social: RODRIGUEZ SOLARTE LEDY ADRIANA		Identificación: 1115063549-0
Dirección: CARRERA 12 16-89	Ciudad: BUGA - VALLE	Teléfono: 3137759698

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social: SENA REGIONAL VALLE		Identificación: 899999034-1
Dirección: CALLE 52 # 2 BIS 15	Ciudad: CALI - VALLE	Teléfono: 4315800

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU0108, 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.1340930 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO EN EL ÁREA DE PSICOLOGÍA, PARA REALIZAR ACTIVIDADES ENMARCADAS EN EL PLAN NACIONAL INTEGRAL DE BIENESTAR A LOS APRENDICES, EN EL CENTRO DE ELECTRICIDAD Y AUTOMATIZACIÓN INDUSTRIAL CEAI.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	10/02/2020	15/04/2021	$ 3,398,646.10

OBSERVACIONES:

	Valor Prima Neta:	Gastos Expedicion:	IVA:	Total a Pagar:	Valor Asegurado Total:	Fecha Límite de Pago:
	$ 20,000.00	$ 7,000.00	$ 5,130.00	$ 32,130.00	$ 3,398,646.10	10/02/2020

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	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

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdelestado.com

Oficina Principal: Cra 11 No. 90-20 Bogotá D.C. Teléfono: 2186877

Verifique su póliza escaneando el código QR
Aplica únicamente para la emisión original

Scanned by CamScanner

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.45-46-101007051

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 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 INTERVENTORÍA, LA VIGENCIA DE ÉSTE AMPARO DEBE SER IGUAL AL PLAZO DE LA GARANTÍA DE ESTABILIDAD DEL CONTRATO PRINCIPAL EN CUMPLIMIENTO DEL PARÁGRAFO 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.

Scanned by CamScanner

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

3. SUMA ASEGURADA.

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

4. VIGENCIA.

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

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTIA.

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.

Scanned by CamScanner

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. 45-46-101007051, 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 10 días del mes de Febrero de 2020

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

Scanned by CamScanner