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 AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE

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

Código Regional	**76**
Código Centro	**912410**
Fecha Elaboración	**Julio de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**93647-285818**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ALEXANDRA AMPARO SIERRA ROJAS	**Banco a consignar:**	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	31.641.764	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	aasierra@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	24100065439
IP/Nº de contacto:	1	**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**	NO

¿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:	6509848/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**204624**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	6

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTACIÓN DE SERVICIOS ORIENTANDO FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL COMO INSTRUCTOR SENA DE ACCIONES REGULARES EN LAS MODALIDADES PRESENCIAL, A DISTANCIA Y/O VIRTUAL EN CUALQUIER PROGRAMA DE LOS DIFERENTES NIVELES DE FORMACIÓN DEL CAB

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**10/07/2024**	**Al**	**31/07/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 22.476.577
Número de pago	**1**			**Valor Total del Contrato:**	$ 22.476.577
Valor Bruto Pago:			**$ 3.125.882,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 19.350.695

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.125.882	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	**$ 3.125.882**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.056.782**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Julio	Junio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**4555838496**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.300.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 162.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 208.000	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	II	$ 13.600	$ 0
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ -	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 18.590.675	$ 685.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.056.782,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.125.882,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8523 - GUADALAJARA D	9.378,00	0,300%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Pro-UCEVA	15.629,00	0,500%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$3.100.875,00**	

SON: TRES MILLONES CIEN MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

SE ANEXA INFORME MENSUAL DEL MES DE JULIO DEL 2024

SE ANEXA PAGO PLANILLA N.4555838496 DEL MES DE JUNIO DEL 2024

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

ALEXANDRA AMPARO SIERRA ROJAS
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,

LUDWIG MAURICIO ROJAS DELGADO
INSTRUCTOR G10

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
ALBETH MARTINEZ VALENCIA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

14/07/24 11:00:24 USUARIO: SIC - C.C. 31641764

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	31641764
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ALEXANDRA AMPARO SIERRA ROJAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	GUADALAJARA DE BUGA	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CARRERA 8 13A-10	TELÉFONO:	3177049
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4555838496**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES junio AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES junio AÑO	2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/06/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9998974043

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 285.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 285.800	$ 0	$ 285.800
SUBTOTALES:										**$ 285.800**	**$ 0**	**$ 285.800**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS018	EPS018-S.O.S.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 223.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 223.300	$ 0	$ 0	$ 223.300
SUBTOTALES:													**$ 223.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 223.300**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 18.700	$ 18.700	$ 0	$ 0	$ 18.700
SUBTOTALES:									**$ 18.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 18.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES						
																												PENSIÓN								SALUD						ARP																	
																															FSP		APORTES VOLUNTARIOS																											
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																																																				ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 31641764	SIERRA ROJAS ALEXANDRA AMPARO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.786.218				NO																		230201-PROTECCION	30	$ 1.786.218	$ 285.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 285.800	EPS018-S.O.S.	30	$ 1.786.218	$ 223.300	$ 0	$ 223.300	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.786.218	31641764	$ 18.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 527.800**

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

El(la) señor(a) ALEXANDRA AMPARO SIERRA ROJAS , identificado(a) con CC 31641764 se encuentra afiliado(a) en el Plan de Beneficios en Salud P.B.S. en la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. E.P.S., afiliado desde: 18/01/2018 y su estado de Afiliación a la fecha de generación este certificado es: ACTIVO por el Régimen CONTRIBUTIVO, en calidad de COTIZANTE

Su grupo familiar es:

Tipo de Documento	Número de documento	Nombre del afiliado	Estado de afiliación
CC	31641764	ALEXANDRA AMPARO SIERRA ROJAS	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	NúmeroID Empleador	Razón Social	Período Cotización	Días Cotizados
CC	31641764	ALEXANDRA AMPARO SIERRA ROJAS	CC	31641764	ALEXANDRA AMPARO SIERRA ROJAS	2023/06	30
CC	31641764	ALEXANDRA AMPARO SIERRA ROJAS	CC	31641764	ALEXANDRA AMPARO SIERRA ROJAS	2023/07	30
CC	31641764	ALEXANDRA AMPARO SIERRA ROJAS	CC	31641764	ALEXANDRA AMPARO SIERRA ROJAS	2023/08	30
CC	31641764	ALEXANDRA AMPARO SIERRA ROJAS	CC	31641764	ALEXANDRA AMPARO SIERRA ROJAS	2023/09	30
CC	31641764	ALEXANDRA AMPARO SIERRA ROJAS	CC	31641764	ALEXANDRA AMPARO SIERRA ROJAS	2023/10	30
CC	31641764	ALEXANDRA AMPARO SIERRA ROJAS	CC	31641764	ALEXANDRA AMPARO SIERRA ROJAS	2023/11	30
CC	31641764	ALEXANDRA AMPARO SIERRA ROJAS	CC	31641764	ALEXANDRA AMPARO SIERRA ROJAS	2023/12	15
CC	31641764	ALEXANDRA AMPARO SIERRA ROJAS	CC	31641764	ALEXANDRA AMPARO SIERRA ROJAS	2024/01	9
CC	31641764	ALEXANDRA AMPARO SIERRA ROJAS	CC	31641764	ALEXANDRA AMPARO SIERRA ROJAS	2024/02	30
CC	31641764	ALEXANDRA AMPARO SIERRA ROJAS	CC	31641764	ALEXANDRA AMPARO SIERRA ROJAS	2024/03	30
CC	31641764	ALEXANDRA AMPARO SIERRA ROJAS	CC	31641764	ALEXANDRA AMPARO SIERRA ROJAS	2024/04	30
CC	31641764	ALEXANDRA AMPARO SIERRA ROJAS	CC	31641764	ALEXANDRA AMPARO SIERRA ROJAS	2024/05	30
CC	31641764	ALEXANDRA AMPARO SIERRA ROJAS	CC	31641764	ALEXANDRA AMPARO SIERRA ROJAS	2024/06	30

Para constancia de lo anterior se firma en la Ciudad de Santiago de Cali, a los VEINTISIETE (27) días del mes de JUNIO del año 2024.

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.

Atentamente,



Andres Arango Zapata.
Gerencia de Experiencia al Usuario

portal_webusr

CD3 5197516 Jun 27 2024 11:39AM

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **SIERRA ROJAS ALEXANDRA AMPARO** identificado(a) con **CC** número **31.641.764** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 19 de enero de 2018 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 80% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 20% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 27 de junio de 2024.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2024062711432

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14972942976

(415)7707212489984(8020) 000001497294297 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 1 6 4 1 7 6 4	1	Impuestos y Aduanas de Palmira 1 5	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	3 1 6 4 1 7 6 4	

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SIERRA	ROJAS	ALEXANDRA	AMPARO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 8 13 A 10

42. Correo electrónico: alexiabel_30@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 7 7 0 4 9 8 0 6	

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Usuarios aduaneros																				Exportadores						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						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 - 01 - 21 / 20 : 56: 48

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 SIERRA ROJAS ALEXANDRA AMPARO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14972942976

(415)7707212489984(8020) **000001497294297 6**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
3 1 6 4 1 7 6 4	1	Impuestos y Aduanas de Palmira	1 5	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza		63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 9	
72. Número		
73. Fecha		
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 0 6 0 2 1 3	
77. No. Matrícula mercantil	0 0 0 0 0 3 4 1 1 3	
78. Departamento	7 6	
79. Ciudad/Municipio	1 1 1	
Vigencia		
80. Desde		
81. Hasta		

Composición del Capital

82. Nacional	0	%
83. Nacional público	0 . 0	%
84. Nacional privado	0 . 0	%
85. Extranjero	0	%
86. Extranjero público	0 . 0	%
87. Extranjero privado	0 . 0	%

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1		Año Mes Día		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14972942976

(415)7707212489984(8020) **000001497294297 6**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 1 6 4 1 7 6 4	1	Impuestos y Aduanas de Palmira 1 5	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Expendio, a la mesa, de comidas preparadas en cafeterias 5 5 2 2	

162. Nombre del establecimiento: PANADERIA LA CONCORDIA # 1

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Valle del Cauca 7 6	Guadalajara de Buga 1 1 1	

165. Dirección: CL. 9 NRO. 10 90

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
0 0 0 0 0 3 4 1 1 4	2 0 0 6 0 2 1 3	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	
2 3 7 0 6 1 5	2 0 0 7 0 6 2 1	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

REDCONOCER

REDCONOCER LTDA

Nit. 900678090 - 8

Dirección: CRR 19 # 4 - 37

Tel: 2391669

OPTOMETRÍA

Ingreso [X]
Egreso [ ]
Caso ocupacional [ ]

Fecha historia 27/01/2023 08:39:00

Doc. Identidad **CC 31641764** Nombre **ALEXANDRA AMPARO SIERRA ROJAS** Fecha Nacimiento. **18/05/1979**

Entidad **PARTICULAR** Edad **43** Ocupación **CONTRATISTA**

Fondo de pensión EPS ARL

Anamnesis

Último examen visual **2 AÑOS** | Usa anteojos: Si [X] No [ ] | V.L. [ ] | V.P. [ ] | PC [ ] | Bifocal [ ] | Progresivo [ ] | Filtros [ ]

Frecuencia de uso: Permanente: [X] Ocasional [ ] Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara? Si [ ] No [X]

Cirugías Si [ ] No [X] Cuál?

Accidentes oculares Si [ ] No [X] Cuál?

Signos y síntomas: Asintomático [X] Disminución visual de cerca [ ] Disminución visual de lejos [ ] Cefaleas [ ] Resequedad ocular [ ]

Ardor ocular [ ] Lagrimeo [ ] Cansancio ocular [ ] Irritación [ ] Fotofobia [ ] Prurito ocular [ ] Salto de renglón [ ]

Antecedentes personales y/o familiares **UTILIZA RX ÓPTICA PERMANENTE HACE 10 AÑOS. TRAE LENTES DE** Trae corrección óptica [X]

Agudeza Visual

	C.C.	V.L	V.P.	S.C.	V.L.	V.P.
O.D.			illegible		illegible	illegible
O.I.			1M		20/50	2M

Lensometría

	ESF	CIL	EJE	ADD
O.D				
O.I.				

Examen Externo

	O.D.	O.I.
Segmento Anterior:	Hiperemia conjuntiva [ ] Pterigio N [ ]	Hiperemia conjuntiva [ ] Pterigio N [ ]
	Pterigio T [ ] Pinguécula [ ] Nevus [ ] Blefaritis [ ]	Pterigio T [ ] Pinguécula [ ] Nevus [ ] Blefaritis [ ]
	Blefaritis seborreica [ ] Secreción [ ] Leucoma corneal [ ]	Blefaritis seborreica [ ] Secreción [ ] Leucoma corneal [ ]
	Ptosis palpebral [ ] Otros:	Ptosis palpebral [ ] Otros:

Motilidad Ocular

CVT: VL **NORMAL** VP **NORMAL** HISHBERG **CENTRADO**

Ducciones **NORMAL** Versiones **NORMAL** PPC

Oftalmoscopia

	O.D.	O.I.
	F.O.A.N. [X] Papila normal [ ] Brillo foveal normal [ ] Catarata [ ]	F.O.A.N. [X] Papila normal [ ] Brillo foveal normal [ ] Catarata [ ]
	Esclerosis de cristalino [ ] Opacidad de medios [ ] Lesión retinal [ ]	Esclerosis de cristalino [ ] Opacidad de medios [ ] Lesión retinal [ ]

Test Ocupacionales

Visión cromática	Visión de profundidad	Campo visual por confrontación
O.D: **15/15**	O.D: **63 SEG/ARC**	O.D:
O.I: **15/15**	O.I: **63 SEG/ARC**	O.I:

Refracción **Refracción final** ΔV

	Esfera	Cilindro	EJE	Adición		Esfera	Cilindro	EJE	Adición	VL	VP
O.D:		-		+	O.D:		-		+		
O.I:		-		+	O.I:		-		+		

Interpretación

	O.D	O.I		O.D	O.I
No requiere correción óptica	[ ]	[ ]	Defecto refractivo no corregido	[ ]	[ ]
Defecto refractivo adecuadamente corregido	[ ]	[ ]	Gafas no formuladas	[ ]	[ ]
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	[ ]	[ ]			

Diagnóstico

H522 ASTIGMATISMO

H524 PRESBICIA

Recomendaciones

Corrección Óptica Permanente [X] Corrección Óptica Ocasional [ ] Control 6 meses [ ] Control 1 año [ ]

Optometría Clínica [X] Valoración por oftalmología [ ] Valoración por ortóptica [ ]

Valoración Normal [ ] Anormal [ ]

CONCEPTO

Apto [ ] No apto [ ] **Observaciones:**

DIANA CAROLINA ORTEGON LANCHEROS

Especialidad: OPTOMETRIA

CC: 1020723576 RM: 2627CTNPO

LABORATORIO CLINICO COMFANDI

BUGA
Cali - Colombia -S.A
http://www.comfandi.com.co

71927057

No. de Orden 2023071927057

Paciente:	**SIERRA ROJAS ALEXANDRA AMPARO**			**Fecha y Hora de ingreso:**	2023-07-19 07:01
Historia:	31641764	**SEXO/FECHA NAC.:**	Femenino / 18/05/1979	**Fecha de impresión:**	2023-08-15 13:32
CENTROS:	BUGA	**TELEFONO:**	3177049806	**HABITACION:**	U T Laboratorio
MEDICO:	CONSULTA MEDICOS EN GENERAL	**SERVICIOS:**	CONSULTA EXTERNA		

Examen	Resultado	Unidades		Valores de referencia	Validación
	QUIMICA SANGUINEA				
GLICEMIA EN AYUNAS	98	mg/dl		70 - 100	19/07/2023 14:03
				VALOR DE REFERENCIA: Normal: 70 - 100 Prediabetes: 100 - 125 Diabetes: > 126 Valores de referencia según ADA - American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes 2021. Enero 2021, Volumen 44, Suplemento.1	
MÉTODO:RADIACIÓN ULTRAVIOLETA					
CREATININA EN SUERO	0.70	mg/dl		0.51 - 0.95	19/07/2023 14:03
MÉTODO:ENZIMÁTICO					
COLESTEROL LDL DIRECTO	166	mg/dl	*	50 - 100	19/07/2023 14:03
Optimo : < 100 mg/dl Casi óptimo : 100 - 129 mg/dl Limite alto : 130 - 159 mg/dl Alto : 160 - 189 mg/dl Muy alto : > ó = 190 mg/dl Este resultado es obtenido por la medición directa del colesterol LDL, no corresponde a un cálculo, por lo tanto la suma del colesterol HDL y el colesterol LDL no equivale al colesterol total.					
MÉTODO:ENZIMÁTICO COLORIMÉTRICO					
COLESTEROL TOTAL	250	mg/dl	*	50 - 200	19/07/2023 14:03
MÉTODO:ENZIMÁTICO COLORIMÉTRICO					
TRIGLICERIDOS	177	mg/dl		0 - 200	19/07/2023 14:03
MÉTODO:ENZIMÁTICO COLORIMÉTRICO					
COLESTEROL HDL	55	mg/dl		45 - 65	19/07/2023 14:03
MÉTODO:ENZIMÁTICO COLORIMÉTRICO					
INDICE ARTERIAL	4.5		*	3.4 - 4.0	19/07/2023 14:03
	Profesional Responsable: ERICK ANTONIO ROSALES CERPA T.P 02099				
CREATININA EN ORINA ESPONTANEA	178.25	mg/dl		29.00 - 226.00	21/07/2023 11:30
MÉTODO:ENZIMÁTICO					
POTASIO EN SUERO	4.62	mmol/L		3.50 - 5.10	21/07/2023 11:30

Nota: La interpretación de los resultados es exclusiva del médico. Evite pedir explicaciones al personal del laboratorio ni lo haga usted mismo. Puede llegar a conclusiones erróneas que no favorecen su salud ni su tranquilidad.

Los resultados emitidos fueron validados frente a un programa de control de calidad interno y externo de acuerdo estándares internacionales.

LABORATORIO CLINICO COMFANDI

BUGA
Cali - Colombia -S.A
http://www.comfandi.com.co

71927057

No. de Orden 2023071927057

Paciente:	**SIERRA ROJAS ALEXANDRA AMPARO**			**Fecha y Hora de ingreso:**	2023-07-19 07:01
Historia:	31641764	**SEXO/FECHA NAC.:**	Femenino / 18/05/1979	**Fecha de impresión:**	2023-08-15 13:32
CENTROS:	BUGA	**TELEFONO:**	3177049806	**HABITACION:**	U T Laboratorio
MEDICO:	CONSULTA MEDICOS EN GENERAL	**SERVICIOS:**	CONSULTA EXTERNA		

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia	Validación
	QUIMICA SANGUINEA			
	Profesional Responsable: DUVAN JOEL JIMENEZ HERRERA TP.07513			
MICROALBUMINURIA EN ORINA ESPONTANEA	6.50	mg/l	0.00 - 20.00	21/07/2023 10:47
MÉTODO:INMUNOTURBIDIMETRÍA				
	Profesional Responsable: Proceso Autoverificación aprobadado por: JANETH OREJUELA MONTAYES TP 17189			
	PRUEBAS ESPECIALES			
TSH HORMONA TIROESTIMULANTE	3.22	uIU/ml	0.27 - 4.20	19/07/2023 14:51
			VALOR DE REFERENCIA EMBARAZADA: 1 TRIM : 0.33 - 4.59 2 TRIM : 0.35 - 4.10 3 TRIM : 0.21 - 3.15	
MÉTODO:ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA				
	Profesional Responsable: ERICK ANTONIO ROSALES CERPA T.P 02099			
	UROANALISIS			
PARCIAL DE ORINA				
COLOR.	AMARILLO			19/07/2023 11:45
ASPECTO	LIG. TURBIO			19/07/2023 11:45
DENSIDAD	1025.000			19/07/2023 11:45
PH	5.0			19/07/2023 11:45
NITRITOS	NEGATIVO			19/07/2023 11:45
LEUCOCITOS EN ORINA	NEGATIVO	Leuco/uL		19/07/2023 11:45
PROTEINAS EN ORINA	NEGATIVO	mg/dl		19/07/2023 11:45
GLUCOSURIA	NORM	mg/dl		19/07/2023 11:45
CUERPOS CETONICOS EN ORINA	NEGATIVO			19/07/2023 11:45
UROBILINOGENO EN ORINA	NORM	mg/dl		19/07/2023 11:45
BILIRRUBINAS EN ORINA	NEGATIVO			19/07/2023 11:45
SANGRE EN ORINA	NEGATIVO	Ery/uL		19/07/2023 11:45
CELULAS EPITELIALES	+			19/07/2023 11:45

Nota: La interpretación de los resultados es exclusiva del médico. Evite pedir explicaciones al personal del laboratorio ni lo haga usted mismo. Puede llegar a conclusiones erróneas que no favorecen su salud ni su tranquilidad.

Los resultados emitidos fueron validados frente a un programa de control de calidad interno y externo de acuerdo estándares internacionales.

LABORATORIO CLINICO COMFANDI

BUGA
Cali - Colombia -S.A
http://www.comfandi.com.co

71927057

No. de Orden 2023071927057

Paciente:	**SIERRA ROJAS ALEXANDRA AMPARO**			**Fecha y Hora de ingreso:**	2023-07-19 07:01
Historia:	31641764	**SEXO/FECHA NAC.:**	Femenino / 18/05/1979	**Fecha de impresión:**	2023-08-15 13:32
CENTROS:	BUGA	**TELEFONO:**	3177049806	**HABITACION:**	U T Laboratorio
MEDICO:	CONSULTA MEDICOS EN GENERAL	**SERVICIOS:**	CONSULTA EXTERNA		

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia	Validación
	UROANALISIS			
LEUCOCITOS PARCIAL DE ORINA	2-4	X CAMPO		19/07/2023 11:45
ERITROCITOS	0-1	X CAMPO		19/07/2023 11:45
BACTERIAS	+			19/07/2023 11:45
CRISTALES	-			19/07/2023 11:45
CILINDROS	-	X CAMPO		19/07/2023 11:45
OTROS	MOCO: +++			19/07/2023 11:45

Profesional Responsable: Mariana Mosquera Vasco

Nota: La interpretación de los resultados es exclusiva del médico. Evite pedir explicaciones al personal del laboratorio ni lo haga usted mismo. Puede llegar a conclusiones erróneas que no favorecen su salud ni su tranquilidad.

Los resultados emitidos fueron validados frente a un programa de control de calidad interno y externo de acuerdo estándares internacionales.

Laboratorio Clinico Lopez S.A.S.
#LavateLasManos

Orden de trabajo: 0001 000000310546

Paciente: ALEXANDRA AMPARO SIERRA ROJAS
D.I.: 31641764
Medico:
Empresa: EMPRESA PARTICULAR

Edad/Sexo: 042 A /F
Origen muestra: SANGRE TOTAL
Fecha Recepción: 15/03/2022
Fecha Impresión: 15/03/2022

ANÁLISIS	RESULTADOS		V/REFERENCIA
CUADRO HEMATICO - HEMOGRAMA			
WBC Recuento absoluto de leucocitos	5.43 10^3/ul		5.00 a 10.0
LYM Recuento absoluto de linfocitos	1.63 10^3/ul		1.30 a 4.00
MID: Recuento absoluto de linea media	0.17 10^3/ul		0.15 a 0.70
GRA: Recuento absoluto de Granulocitos	3.64 10^3/ul		2.50 a 7.50
LYM% Linfocitos	29.9 %		25.0 a 40.0
MID% Linea media	3.1 %		3.0 a 7.0
GRA% Granulocitos	67.0 %		50.0 a 75.0
RBC Recuento de globulos rojos	5.39 10^6/ul	**	4.00 a 5.00
HGB Hemoglobina	13.7 g/dL		12.0 a 16.0
HCT Hematocrito	40.72 %		36.0 a 48.0
MCV Volumen corpuscular medio	76.0 fl		76 a 96
MCH Hemoglobina corpuscular media	25.5 pg	**	27.0 a 32.0
MCHC Concentracion media de hemoglobina corpuscular	33.7 g/dL		30.0 a 35.0
RDWc Ancho de distribucion eritrocitaria	15.5 %		
PLT Plaquetas	245 10^3/ul		150 a 400
PCT Plaquetocrito	0.18 %		
MPV Volumen plaquetario medio	8.3 fl		8.0 a 15.0
PDWcv Ancho de distribucion plaquetaria	35.8 %		
P-LCC Cuociente de celulas plaquetarias	35.00 10^3/ul		
P-LCR Cuociente de celulas plaquetarias	14.23 %		

Técnica IMPEDANCIA, Reportado: 15/03/2022 07:26:35
Responsable: CLAUDIA TASCON SANCHEZ, Reg. 10084

"la interpretación de este análisis corresponde exclulusivamene al médico"
USTED ES NUESTRA PRIORIDAD, POR TAL RAZÓN ES QUE LE BRINDAMOS SERVICIOS QUE SE AJUSTEN A SUS NECECIDADES
Sede principal: Carrera 15 N° 4-63 PBX: 2366222, Cel: 315 573 29 32.
Web: www.laboratorioclinicolopez.com, Email: gestion@laboratorioclinicolopez.com
La manipulación o alteración del contenido de este documento está sujeto a la ley 289 del código penal citado a continuación; "El que falsifique documento privado que pueda servir de prueba, incurrirá, si lo usa, en prisión de dieciséis (16) a ciento ocho (108) meses."

icontec ISO 9001 SC4322-1
IQNet
VIGILADO Supersalud



CENTRO OCUPACIONAL INTEGRAL BUGA S.A.S

Dra. Laura Daniela Anaya Hadechini
RM 137420-04 Resolución 0420
Aprobado por Resolución No 0842- Nit. 900448249-5
Carrera 16 No 5- 53- Guadalajara de Buga
Tel. 2388720- Cel. 300 726 5803



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 21.950

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
23 DÍA	07 MES	2021 AÑO	GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

SENA	SENA
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

SIERRA ROJAS ALEXANDRA AMPARO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	42 AÑOS 2 MESES 5 DÍAS	CC Tipo	31641764 Número
Apellidos y Nombres				

Cargo
CONTRATISTA

Celular
3177049806

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCION PARA EL CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones: *RECOMENDACIONES ANOTADAS*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
VALORACIÓN POR EPS : POR CONSULTA EXTERNA PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO POR PRESENTAR CIFRAS TENSIONALES ALTERADAS , PARA CONFIRMAR O DESCARTAR HIPERTENSION	OTROS : CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

POR OBESIDAD :
-ADOPTAR Y FOMENTAR HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES (ES VOLUNTARIO), ENTRE ELLOS:
-(1) PRACTICAR UN DEPORTE O REALIZAR EJERCICIOS FÍSICOS AL AIRE LIBRE DIARIAMENTE (CAMINAR Y REALIZAR FLEXO EXTENSIÓNGENERAL), ADEMÁS SE RECOMIENDA,
-(2) DIETA BAJA EN GRASAS, HARINAS Y SAL, EVITANDO O DISMINUYENDO EL CONSUMO DE ARROZ, TODO TIPO DE PRODUCTOS
(COMIDAS Y/O BEBIDAS) QUE CONTENGAN AZÚCAR, PANELA, MIEL Y LA COMIDA CHATARRA.
-(3) DISMINUIR LA PORCIÓN (CANTIDAD) DE ALIMENTOS A CONSUMIR EN CADA RACIÓN DIARIA.
-(4) BAJAR DE PESO.
POR ALTERACION VISUAL, USAR LENTES MEDICADOS, CONTROL POR OPTOMETRÍA CADA AÑO EN SU E P S,
USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN DE ACORDE A LOS FACTORES DE RIESGOS EXPUESTO, EDUCACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y MEDIDAS DE ERGONOMIA, REALIZAR PAUSAS
CERTIFICO QUE EN LA ATENCIÓN BRINDADA AL USUARIO SE CUMPLE CON LOS LINEAMIENTOS DE BIOSEGURIDAD DADAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y LA PROTECCIÓN SOCIAL EN CUANTO AL USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y MEDIDAS DE HIGIENE GENERAL PARA EVITAR LA INFECCIÓN DEL CORONAVIRUS COVID 19 .
PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS SIN DÉFICIT NEUROLÓGICOS, BUENA RESPIRACIÓN, NIEGA DOLOR ARTICULAR O LIMITACION FISICA, NIEGA SÍNTOMA GRIPAL O FIEBRE EN LOS ÚLTIMOS 15 DIAS .
ADEMAS MANTENER DISTANCIAMIENTO OBLIGATORIO PREVENTIVO, USAR TAPA BOCA, LAVADO DE MANOS CADA DOS HORAS, NO SALUDAR DE ABRAZOS Y BESOS.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Laura Anaya
Médico General / R.M. 137420 - 04

Software para el sector salud - www.biofile.com.co

Dra Juranny Chamorro
Medico general
Dipl cuidado intensivo adulto
Rm 1115070127
Cra 1#46-34
Cel 3174773625

A quien corresponda :

La paciente Alexandra Amparo Sierra Rojas con cc 31641764 de 44 años de edad
Al examen fisico : orientada en las tres esferas, hidratada normocoloreada
Cardiovascular: Signos vitales dentro de parámetros normales, Ruidos cardiacosrítmicos, de intensidad conservada normofonéticos
Respiratorio: ruidos respiratorios dentro de parámetros normales.
Abdominodigetivo: normal sin alteraciones.
Función renal normal
Ekg : sin alteracion de st fc 75lxm ritmo sinusal
Peso 68 talla 150 imc 30 ta: 110/70 fc 75 lxm fr 18 rxm

Una vez efectuado el examen físico se determina que se encuentra en completo bienestar físico sin alteraciones cardio vasculares

JURANNY CHAMORRO
RM 1115070127
Medico General

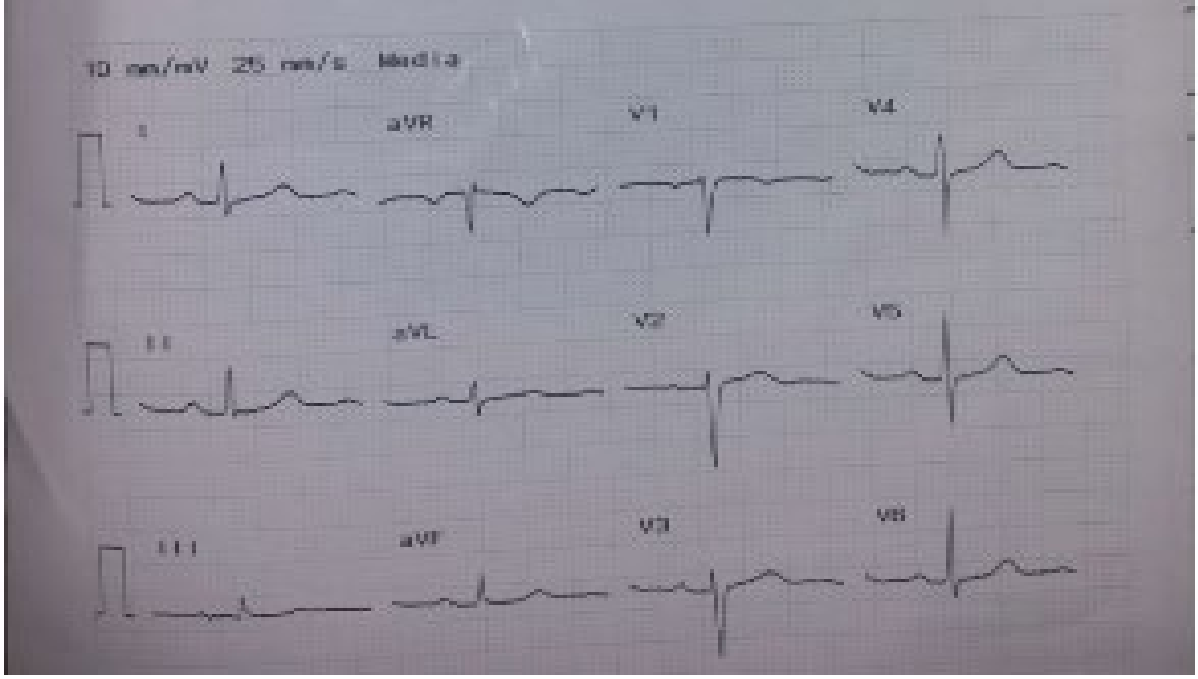
Dra :juranny chamorro
Rm 1115070127
Md general
Dilp cuidado intensivo adulto

27-Jun-2023 AM11:40

ID:5184176S4
Nombre:alexandra sierra r
Sexo:M Fecha de nacimiento: 44 años
cm kg / mmHg

Frec. ventr.	82	lpm
Intervalo PR	178	ms
Duración QRS	80	ms
Int. QT/QTc(E)	382/ 421	ms
Eje P/QRS/T	30/ 52/ 38	°
Amplitud RV5/SV1	0.97/ 0.77	mV
Amplitud RV5+SV1	1.74	mV

10 mm/mV 25 mm/s Media



REDCONOCER

NIT: 900678090-8

RESULTADOS DE PRUEBA PSICOLOGICA

FECHA: 2023-01-26

31641764

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA:

Este documento es propiedad exclusiva del titular de la historia clínica que en él figura en virtud de lo consignado en la resolución 1995 de 1999 que establece las normas para el manejo de historias clínicas generales y las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 para historias clínicas relacionadas con procesos de salud ocupacional. Para la protección y confidencialidad de la historia clínica del paciente este documento sólo podrá ser entregado a terceras personas o empresas con la autorización previa y escrita del titular de la historia.



PACIENTE:	ALEXANDRA AMPARO SIERRA ROJAS	**DOCUMENTO:**	31641764	**EDAD:**	43 Años
DIRECCIÓN:	0Guadalajara de Buga	**TELÉFONO:**	0	**GENERO:**	F
ESCOLARIDAD:	Secundaria_completa	**CATEGORIA DE LICENCIA:**	N/A		

BLOQUE	Resultados	NumeroPreguntas	Calificación
Transtornos amnesicos y otros transtornos congnoscitivos	3	3	Aprobado
Control de impulsos	3	3	Aprobado
Transtorno limitrofe de la personalidad	3	3	Aprobado
Transtorno de personalidad por evitacion	3	3	Aprobado
Transtorno relacionado con sustancias	4	4	Aprobado
Esquizofrenia	3	3	Aprobado
Narcisista	3	3	Aprobado
Ansiedad	3	3	Aprobado
Paranoide	3	3	Aprobado
Transtornos del estado de ánimo	3	3	Aprobado
Dependiente	2	3	Aprobado
Esquizoide	3	3	Aprobado
Transtornos por comportamiento perturbador	3	3	Aprobado
Disociativa	3	3	Aprobado
Antisocial	3	3	Aprobado
Obsesivo Compulsivo	3	3	Aprobado
Transtornos del sueño	3	3	Aprobado
Histrionico	3	3	Aprobado
Adaptativo	3	3	Aprobado
Transtornos mentales debido a enfermedad médica	2	2	Aprobado
Transtornos del desarrollo intelectual	5	5	Aprobado

Observaciones: EL CANDIDATO NO PRESENTA ALTERACIONES EN SU COMPORTAMIENTO, NI EN SU PERSONALIDAD.

Responsable: LYNDA MARIA OTALORA BEJARANO

ALEXANDRA AMPARO SIERRA ROJAS

Escanee el código si desea verificar datos

Carrera 18 #4-37 Guadalajara de Buga - Colombia **PBX: 239 1669**
www.redconocer.com redconocerltda@gmail.com

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA

Hace constar:

Que el Sr(a) ALEXANDRA AMPARO SIERRA ROJAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 31641764 realizó el día 12/07/2024 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 ALEXANDRA AMPARO SIERRA ROJAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 31641764 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.

Alexas

Firma

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) ALEXANDRA AMPARO SIERRA ROJAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 31641764 el día 12/07/2024 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

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

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **ALEXANDRA AMPARO SIERRA ROJAS** identificado con **CC** No. **31641764**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 01/02/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 10/07/2024 **Fecha fin de Contrato:** 10/12/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 2

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): 202401017211791.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 14 días del mes de julio 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

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

ALEXANDRA AMPARO SIERRA ROJAS Identificado con CC 31641764

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

Cuentamiga

Número:	24100065439
Fecha de apertura:	21 de Febrero de 2020
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Jueves, 27 de Junio de 2024.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

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

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN:	SUCURSAL:	COD. SUC:	NO. PÓLIZA:	ANEXO:
TULUA	AGENCIA TULUA	52	52-46-101004410	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
10	07	2024	10	07	2024	00:00	10	04	2025	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	SIERRA ROJAS ALEXANDRA AMPARO			IDENTIFICACIÓN:	C.C. :31,641,764
DIRECCIÓN:	CR 8 NRO. 13 A - 10	CIUDAD:	BUGA - VALLE	TELÉFONO:	3177049806

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			IDENTIFICACIÓN:	NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN:	CARRETERA CENTRAL VARIANTE BUGA - TULUA	CIUDAD:	BUGA - VALLE	TELÉFONO:	2376300
ADICIONAL:					

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.6509848 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTACION DE SERVICIOS DE CARACTER TEMPORAL ORIENTANDO FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL COMO INSTRUCTOR SENA A TRAVES DE ACCIONES REGULARES EN LAS MODALIDADES PRESENCIAL, A DISTANCIA Y/O VIRTUAL EN CUALQUIER PROGRAMA DE LOS DIFERENTES NIVELES DE FORMACION DEL CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	10/07/2024	10/04/2025	$ 2,247,657.70

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	$ 2,247,657.70	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
ANA MILENA PENA MORENO	81789	100,00			

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

PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 28 NO. 26-63 - TELÉFONO: 2247827 - TULUA

52-46-101004410

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. 52-46-101004410, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

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

Dado en TULUA, a los 10 días del mes de Julio 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.52-46-101004410

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.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO