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** | **30683-861881** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | ANA MARIA FRANCO MENA | **Banco a consignar:** | BANCO BBVA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 29.877.827 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | amfrancome@gmail.com | **Número de Cuenta:** | 910247196 |
| **IP/Nº de contacto:** | 0 | **Presta Servicios Excluidos de IVA:** | SI |
| **Inducción SST:** | SI | **Pertenece al régimen simple de tributación:** | NO |
| **Régimen del IVA:** | NO RESPONSABLE | **Es declarante de renta por el año gravable 2023** | 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:** | 6509166/2024 | **Nº Compromiso SIIF** | **204024** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 5 |

| | |
|---|---|
| **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:** | $ 20.988.062 |
| **Número de pago** | **1** | **Valor Total del Contrato:** | $ 20.988.062 |
| **Valor Bruto Pago:** | **$ 3.125.882,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 17.862.180 |

## 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** | | ---------- | **1064035242** |
| **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% | $ 15.492.229 | $ 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 presenta informe con las actividades desarrolladas en el mes de Julio 2024.

Se realiza el pago de la seguridad social correspondiente al mes de junio 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

**ANA MARIA FRANCO MENA**
**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 10:24:20 USUARIO: SIC - C.C. 29877827

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2024-06-17, 11:37:12 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1064035242

**Periodo Cotización:** junio de 2024 **Periodo Servicio:** junio de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810468477

**PAGADO 17/06/2024**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | ANA MARIA FRANCO MENA | | |
| **Documento** | CC29877827 | **Dirección** | CR 36 #20 - 38 BARRIO ALVERNIA |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3156701412 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | TULUA | **Departamento** | VALLE DEL CAUCA |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | POSITIVA DE SEGUROS |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P. | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 29877827 | ANA MARIA FRANCO MENA | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.786.218 | $ 285.800 | (EPS005) EPS SANITAS | $ 1.786.218 | $ 223.300 | 1,044 | $ 1.786.218 | $ 18.700 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 527.800 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.786.218 | $ 1.786.218 | $ 1.786.218 | $ 0 | $ 285.800 | $ 223.300 | $ 18.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 527.800 | $ 0 | $ 527.800 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

CE-006 - 0000000100 – 2024

# CERTIFICA

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

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 29877827 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Franco Mena,Ana Maria |
| TIPO DE AFILIADO | Segundo Cotizante |
| TIPO DE TRABAJADOR | N/A |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN | 01/04/2018 |
| ESTADO DE AFILIACIÓN | Vigente |
| ESTADO DE SERVICIO | Habilitado |
| REGIMEN | Contributivo |

La presente se expide a nombre de Franco Mena,Ana Maria, a los 03 días del mes de julio del año 2024.

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

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ANA MARIA FRANCO MENA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **29877827,** se encuentra afiliado/a desde **01/06/2016** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 03 de julio de 2024.



**Rosa Mercedes Nino Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141053280144

(415)7707212489984(8020) 000014105328014 4

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 2 9 8 7 7 8 2 7 | 3 | Impuestos y Aduanas de Tuluá 2 1 | |

## 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 | 2 9 8 7 7 8 2 7 | |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Valle del Cauca 7 6 | Tuluá 8 3 4 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| FRANCO | MENA | ANA | MARIA |

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 | Tuluá 8 3 4 |

41. Dirección principal
CR 36 20 38 BRR NUEVO ALVERNIA

42. Correo electrónico anita.franco.mena@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 2 2 5 0 7 7 7 | 3 1 5 6 7 0 1 4 1 2 |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

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

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

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

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

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

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 07 - 03 / 13 : 48: 40

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 FRANCO MENA ANA MARIA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 03-07-2024 01:49:05PM



## SOLUCIONES INTEGRALES EN SALUD SAS

**Calle 26 No 36 – 30 Tel 2320666 - 2247256 - TULUA - NIT: 900426534**

**CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL**

### INFORMACIÓN DE LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

| FECHA | TIPO DE EXÁMEN OCUPACIONAL | NOMBRE DE LA EMPRESA | CARGO |
|---|---|---|---|
| 2023-02-02 | INGRESO | SENA | INSTRUCTORA |

### DATOS DEL TRABAJADOR

CC 29877827 ANA MARIA FRANCO MENA GRADO-: POSTGRADO

### EXAMENES PRACTICADOS

### CONCEPTO

# CONDICIONES DE SALUD ACORDES CON LOS REQUERIMIENTOS DEL PERFIL DEL CARGO

### TIPO DE RESTRICCIONES, LIMITACIONES O MOTIVO APLAZAMIENTO

### RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

Uso de EPP, pausas activas de acuerdo a las normas de la empresa, estilo de vida saludable, alimentación balanceada, ejercicio diario mínimo 1 hora, higiene postural, valoración médico ocupacional periódica, valoración por optometría anual, uso de gafas prescritas. Participar en las actividades del SG-SST. Levantamiento adecuado de peso.

### RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

REMITIR_A-:

INSCRIBIR_EN_PROGRAMAS-: Visual.

Este certificado se expide con base en la historia clínica ocupacional que reposa en nuestros archivos. Su carácter es confidencial en cumplimiento de la resolución 2346 de 2007. El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales y personales que pudieran influir sobre su estado de salud y que toda la información brindada en este documento es cierta.

LUISA FERNANDA BERMUDEZ PEDROZA
**Licencia Medica Ocupacional:**

ANA MARIA FRANCO MENA
CC 29877827

ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL

Nit. 900372493-8
Cel. 3183940160- 2374442 - 2390179
Calle 4 # 17 -29 - Guadalajara de Buga
sistemas@prowork.com.co



# RESULTADO DEL LABORATORIO CLÍNICO

## DATOS PERSONALES

**Lugar del Examen:** TULUÁ (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) **Fecha:** 28/02/2023

**Número de Identificación:** 29877827 **Nombre:** FRANCO MENA ANA MARIA **Genero:** FEMENINO

**Fecha de Nacimiento:** 03/11/1979 **Edad:** 43 AÑOS 3 MESES 25 DÍAS **Estado Civil:** CASADO(A)

## RESULTADO DE CITOQUIMICA DE ORINA / UROANÁLISIS (PARCIAL DE ORINA)

| NOMBRE DEL EXAMEN | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| **PARCIAL DE ORINA (UROÁNALISIS) QUIMICA** | | | |
| COLOR | AMARILLO | | |
| ASPECTO | LIGERO TURBIO | | |
| PH | 6.0 | | |
| DENSIDAD | 1010 | | |
| BILIRRUBINA | NEGATIVO | | NEGATIVO |
| UROBILINOGENO | NEGATIVO | | 0,2 |
| CETONA | NEGATIVO | | NEGATIVO |
| GLUCOSA | NEGATIVO | | NEGATIVO |
| PROTEINA | NEGATIVO | | NEGATIVO |
| NITRITOS | NEGATIVO | | NEGATIVO |
| **MICROSCOPICO** | | | |
| LEUCOCITOS | 0-2XC | | 0 - 3 POR CAMPO |
| CELULAS EPITELIALES | 0-3XC | | 0 - 3 POR CAMPO |
| ERITROCITOS | | | 0 - 1 POR CAMPO |
| BACTERIAS | + | | ESCASAS |
| MOCO | | | NO SE OBSERVA |
| CRISTALES | | | NO SE OBSERVA |

**Bacteriólogo**

**Firma:**

**Nombre:** ALVAREZ LOPEZ MAGALI

**Paciente**

**Firma:**

**Nombre:** FRANCO MENA ANA MARIA

RM: 19973 CC: 29877827

Prowork
ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL

Nit. 900372493-8
Cel. 3183940160- 2374442 - 2390179
Calle 4 # 17 -29 - Guadalajara de Buga
sistemas@prowork.com.co



# RESULTADO DEL LABORATORIO CLÍNICO

## DATOS PERSONALES

**Lugar del Examen:** TULUÁ (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) **Fecha:** 28/02/2023

**Número de Identificación:** 29877827 **Nombre:** FRANCO MENA ANA MARIA **Genero:** FEMENINO

**Fecha de Nacimiento:** 03/11/1979 **Edad:** 43 AÑOS 3 MESES 25 DÍAS **Estado Civil:** CASADO(A)

## RESULTADO DE HEMOLEUCOGRAMA / HEMOGRAMA

| ITEM | RESULTADO | UNIDADES | VALORES DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| | | | |
| WBC | 8.5 | 10^3/uL | 5,00 - 10,00 |
| LYM% | 37 | % | 20,0 - 50,0 |
| MID% | 3 | % | 3,0 - 10,0 |
| GRA% | 60 | % | 40,0 - 70,0 |
| RBC | - | 10^6/uL | 3,80 - 5,80 |
| HGB | 15.5 | g/dL | 12,0 - 17,2 |
| HCT | 47 | % | 36,0 -52,0 |
| PLT | 230 | 10^3/uL | 150 - 450 |

**Bacteriólogo**

**Firma:**

**Nombre:** ALVAREZ LOPEZ MAGALI

**Paciente**

**Firma:**

**Nombre:** FRANCO MENA ANA MARIA

| Bacteriólogo | | Paciente | |
|---|---|---|---|
| Firma: |  | Firma: |  |
| Nombre: | ALVAREZ LOPEZ MAGALI | Nombre: | FRANCO MENA ANA MARIA |
| RM: | 19973 | CC: | 29877827 |

ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL

Nit. 900372493-8
Cel. 3183940160- 2374442 - 2390179
Calle 4 # 17 -29 - Guadalajara de Buga
sistemas@prowork.com.co



# RESULTADO DEL LABORATORIO CLÍNICO

## DATOS PERSONALES

**Lugar del Examen:** TULUÁ (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) **Fecha:** 28/02/2023

**Número de Identificación:** 29877827 **Nombre:** FRANCO MENA ANA MARIA **Genero:** FEMENINO

**Fecha de Nacimiento:** 03/11/1979 **Edad:** 43 AÑOS 3 MESES 25 DÍAS **Estado Civil:** CASADO(A)

## RESULTADO DE PERFIL LIPÍDICO

| EXAMEN SOLICITADO | RESULTADO | UNIDADES | VALORES DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| COLESTEROL TOTAL | 245 (R) | mg/dl | Hasta 200 mg/dl |
| OBSERVACIONES: | | | |
| COLESTEROL HDL | 57 | mg/dl | Mayor de 35 mg/dl |
| OBSERVACIONES: | | | |
| COLESTEROL LDL | 163 | mg/dl | Hasta 150 mg/dl |
| OBSERVACIONES: | | | |
| COLESTEROL VLDL | 25 | mg/dl | Menor de 30 mg/dl |
| OBSERVACIONES: | | | |
| TRIGLICERIDOS | 125 | mg/dl | Hasta 160 mg/dl |
| OBSERVACIONES: | | | |
| INDICE ARTERIAL | 4.2 | | < 4.5 |

RM: 19973 CC: 29877827

ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL

Nit. 900372493-8
Cel. 3183940160- 2374442 - 2390179
Calle 4 # 17 -29 - Guadalajara de Buga
sistemas@prowork.com.co



# RESULTADO DEL LABORATORIO CLÍNICO

## DATOS PERSONALES

**Lugar del Examen:** TULUÁ (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) **Fecha:** 28/02/2023

**Número de Identificación:** 29877827 **Nombre:** FRANCO MENA ANA MARIA **Genero:** FEMENINO

**Fecha de Nacimiento:** 03/11/1979 **Edad:** 43 AÑOS 3 MESES 25 DÍAS **Estado Civil:** CASADO(A)

## RESULTADO DE GLUCOSA EN SUERO

| EXAMEN SOLICITADO | RESULTADO | UNIDADES | VALORES DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| **GLUCOSA** | 94 | **mg/dl** | **70-110 mg/dl** |

**Bacteriólogo**

**Firma:**

**Nombre:** ALVAREZ LOPEZ MAGALI
**RM:** 19973

**Paciente**

**Firma:**

**Nombre:** FRANCO MENA ANA MARIA
**CC:** 29877827

ProWork
ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL

Nit. 900372493-8
Cel. 3183940160- 2374442 - 2390179
Calle 4 # 17 -29 - Guadalajara de Buga
sistemas@prowork.com.co



# EXAMEN DE OPTOMETRÍA

## DATOS PERSONALES

**Atención Nº: 44,649**

**Fecha:** 28/02/2023 **Municipio:** GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA **CC:** 29877827 **Nombre:** FRANCO MENA ANA MARIA **Edad:** 43 AÑOS 3
**Genero:** FEMENINO **Profesión o Cargo:** INSTRUCTOR **Empresa:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
**Eps:** SANITAS **Tipo Evaluación Medica:** LABORATORIO CLÍNICO **F. Último Examen:** 1 AÑO
**Lugar del Último Examen:** TULUA **Motivo Consulta:** CONTROL VISUAL

## ANTECENDENTES VISUALES

| | |
|---|---|
| ANTECEDENTES FAMILIARES | MADRE HTA |
| ANTECEDENTES PERSONALES | ASTIGMATISMO |
| ANTECENDENTES OCUPACIONALES | NIEGA |
| EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL | PANTALLAS VISUALIZACIÓN |
| LENTES DE CONTACTO | NO USA |
| MULTIFOCAL | NO |
| TIPO DE USO | OCASIONAL |
| TRAE RX | NO |
| ÚLTIMO DIAGNÓSTICO | ASTIGMATISMO POR HC |
| USA ANTEOJOS | SI USA, REFIERE NO TRAERLAS A CONSULTA VISUAL |

## PRUEBAS REALIZADAS

### SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

| AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN | | AV/VL | AV/VP | PH | AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN | AV/VL | AV/VP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| O.D: | NO APLICA | 20/ 30 | 0.50 | N/A | NO APLICA | N/A | N/A |
| O.I: | NO APLICA | 20/ 30 | 0.50 | N/A | NO APLICA | N/A | N/A |
| A.O: | NO APLICA | 20/ 30 | 0.50 | N/A | NO APLICA | N/A | N/A |

### EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: **N**
OJO IZQUIERDO: **N**

### REFLEJOS

OBSERVACIÓN: **PRESENTES Y NORMALES**

### COVER TEST

VISIÓN LEJANA: **NORMAL**
VISIÓN PROXIMA: **NORMAL**

### MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

### PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

### OFTALMOSCOPÍA

OJO DERECHO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**
OJO IZQUIERDO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**

### QUERATROMETRÍA

OJO IZQUIERDO: **K´ =**
OJO DERECHO: **K´ =**

### REFRACCIÓN

| | |
|---|---|
| OJO DERECHO | - |
| OJO IZQUIERDO | - |

### RX FINAL

OJO IZQUIERDO
OJO DERECHO

**VISIÓN COLOR**

OJO DERECHO: **NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

**ESTEREOPSIS**

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

| CÓDIGO | DIAGNÓSTICO | OJO | ORIGEN | TIPO |
|---|---|---|---|---|
| H522 | ASTIGMATISMO | AMBOS | COMÚN | 1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA |

**CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES**

CONTROL EN UN AÑO

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN LEJANA

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:**

**PROFESIONAL**



**Firma:**

**Nombre:** LOPEZ ARIAS WILMER

**R. M.:** 0473-09 **L.S.O.:**

**PACIENTE**



**Firma:**

**Nombre:** FRANCO MENA ANA MARIA

**CC:** 29877827

ProWork
ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL

Nit. 900372493-8
Cel. 3183940160- 2374442 - 2390179
Calle 4 # 17 -29 - Guadalajara de Buga
sistemas@prowork.com.co



# PSICOLOGÍA OCUPACIONAL

## Datos Personales

**N° Atención: 6,708**

**Ciudad:** CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) 01/03/2023 - 07:41 A. M. **Fecha Atención:** 01/03/2023 07:41:03a. m.

**CC:** 29877827 **Nombres y Apellidos:** FRANCO MENA ANA MARIA **Fecha de Nacimiento:** 03/11/1979 **Edad:** 44 AÑOS 2 MESES 28 DÍ

**Genero:** FEMENINO **Estado Civil:** CASADO(A) **Dirección:** CARRERA 36 20-38 **Teléfono:** **Celular:** 3156701412

**Entidad:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA) **Profesión o Cargo:** INSTRUCTOR

**Funciones del Cargo:** **Nivel Académico:** UNIVERSITARIO **Acudiente:**

**Teléfono del Acudiente:** **Parentesco:**

## Diagnóstico:

**ASPECTO FAMILIAR**

Unión libre ☐ Casado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Separado(a) ☐

La paciente convive con su cónyuge de 46 años, tiene dos hijos, uno de 17 años y otro de 11 años, ambos en escolarizados. La paciente informa que su familia es unida y armónica, y que la comunicación entre sus miembros es buena.

**ASPECTO PERSONAL**

Tres cualidades que lo definan

1.Respeto
1.Compromiso
1.Constancia

**Pasatiempos favoritos**

Realiza deporte, e ir al gimnasio, comparte en familia.

Fuma: **SI ☐ NO ☐**, si la respuesta es SI, conque frecuencia: #

Con que frecuencia consume alcohol: Socialmente.

La paciente se reconoce como una persona comprometida, que trabaja en equipo y que tiene comunicación asertiva. Sin embargo, también menciona debilidades, como su tendencia a ser impaciente y sentirse nervioso en ciertas situaciones.

**ASPECTO ACADÉMICO**

Estudió Tecnología en Sistemas de Información en la Universidad del Valle y posteriormente completó su formación académica con un título en Ingeniería Industrial en la Fundación Universitaria San José en Bogotá. Actualmente, tiene proyecciones de continuar su trayectoria académica.

**ASPECTO LABORAL**

Ha trabajado durante un periodo de 10 años en una empresa de servicios públicos ubicada en Tuluá.

**ANTECEDENTES PSICOLÓGICOS**

Algún familiar padece de depresión, ansiedad, esquizofrenia o algún trastorno psiquiátrico: **SI ☐ NO ☐**

Usted padece o alguna vez ha tenido un cuadro de depresión, ansiedad, esquizofrenia o algún trastorno psiquiátrico: **SI ☐ NO ☐**

**CONCEPTO**

Basándonos en los resultados obtenidos en el proceso de evaluación, se puede observar que la paciente presenta habilidades sociales adecuadas, demostrando facilidad en su comunicación e interacción con los demás, así como también habilidad para establecer relaciones interpersonales con objetivos a mediano y largo plazo. Asimismo, se puede evidenciar un adecuado manejo emocional, reconociendo las figuras de autoridad y la norma, lo que sugiere una buena capacidad para adaptarse a diferentes situaciones. En la prueba de visiopercepción, demostró habilidad en su ejecución, lo que indica una adecuada capacidad para procesar información visual y resolver problemas. En cuanto al cuestionario para la evaluación de estrés, aunque la paciente reporta tener dolores o tensiones musculares y dolores de cabeza, los resultados obtenidos en la prueba indican una puntuación baja para este componente, lo que sugiere que la paciente no presenta un nivel significativo de estrés. Además, los resultados del Test de Hamilton (Escala de depresión) indican un percentil de 0-10, lo que indica que también es muy bajo.

En general, los resultados sugieren un buen estado emocional y un adecuado manejo de las habilidades sociales y emocionales. Sin embargo, se recomienda continuar con la monitorización de estos aspectos para detectar cualquier cambio en el futuro.

Apto (a) para el cargo: **SI ☐ NO ☐**



Powered by CamScanner

**PSICÓLOGO**

Miguel Ángel Brand-Narváez.
Psicólogo – Universidad del Valle.
TP: 249522.

**Firma:**

**Nombre:** BRAND NARVAEZ MIGUEL ANGEL

**R. M.:** 249522

**PACIENTE**

**Firma:**

**Nombre:** FRANCO MENA ANA MARIA

**CC:** 29877827

Impreso el 31/01/2024 - 09:57:53 a.m.

Powered by CamScanner

SISA
Soluciones Integrales en Salud S.A.S.
Nit. 900.426.534-5

*Licencia para Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo*
*Resolución: 1375-25-07-2016 UES - Gobernación del Valle del Cauca*

*Ecografias - Electrocardiografias (Ekg) - Laboratorio Clinico - Medicina General - Medicina Interna - Cirugia General - Cardiologia - Medicina Ocupacional - Neurocirugia - Traumatologia y Ortopedia Nutricionista - Odontologia - Ortodoncia - Optometria Psicologia - Fonoaudiologia*

# *Informe de Electrocardiograma*

*Fecha* 31. Enero 12024.

*Nombre del Paciente* Ana Maria Franco Mena

*Doc. Ident. No.* 29877827 *Edad* 43 años *Sexo* Femenino

*Datos Clínicos:* Laboral

RITMO: Sinusal FC: 85 lpm EJE: 20° VOLTAJE: Bueno

P: nml PR: 160 ms QRS: 80 ms ST: nml T: nml

QT: nml RSR: no EXTRASISTOLES: Ausente

HIPERTROFIA: no BLOQUEOS: no

INTERPRETACION:

1. Complejos Prematuros auriculares descartados

2.

3.

Rovagly Jiménez M.
MEDICINA INTERNA
T.P. 1253082
C.C. 16.608.434

*Firma Profesional*

# Hace constar:

Que el Sr(a) ANA MARIA FRANCO MENA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 29877827 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 ANA MARIA FRANCO MENA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 29877827 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

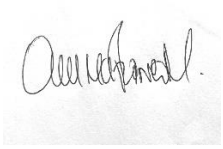
1. Procurar el cuidado integral de mi salud.

2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.

3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.

4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.

5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el



Firma

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

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, **ANA MARIA FRANCO MENA** identificado con **CC** No. **29877827**, registra la siguiente información.

| Datos del Contratante | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034 | **Fecha de inicio de cobertura:** 10/07/2024<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 10/07/2024<br>**Fecha fin de Contrato:** 30/11/2024<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>**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): 202401017379632.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 23 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

Creando Oportunidades

# BBVA Colombia
# NIT 860.003.020-1
# Certifica

Que nuestro(a) cliente ANA MARIA FRANCO MENA, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 29,877,827 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 910247196 aperturada el 28 de noviembre de 2012 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 3 de julio de 2024.

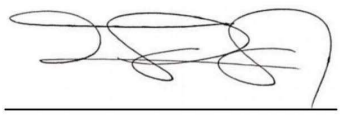
---

Para trámites de nómina,legales,internacionales y otros,también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

| | |
|---|---|
| Cuenta de 10 dígitos: | 0910247196 |
| Cuenta de 16 dígitos: | 0910000200247196 |
| Cuenta de 20 dígitos: | 00130910000200247196 |

---

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

*Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.*

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 | 52-46-101004406 | 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: | FRANCO MENA ANA MARIA | IDENTIFICACIÓN: | C.C. :29,877,827 |
|---|---|---|---|
| DIRECCIÓN: | CRA 36 20 38 | CIUDAD: TULUA - VALLE | TELÉFONO: 3156701412 |

### 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.6509166 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 | $ 2,098,806.20 |

ACLARACIONES:

| VALOR PRIMA NETA: | GASTOS EXPEDICION: | IVA: | TOTAL A PAGAR: | VALOR ASEGURADO TOTAL | PLAN DE PAGO: |
|---|---|---|---|---|---|
| $ 20,000.00 | $ 8,000.00 | $ 5,320.00 | $ 33,320.00 | $ 2,098,806.20 | CONTADO |

| INTERMEDIARIO | | | DISTRIBUCIÓN COASEGURO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: | CLAVE: | % PART: | NOMBRE COMPAÑIA: | % 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

52-46-101004406
FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR



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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Powered 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. 52-46-101004406, 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



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Powered 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.52-46-101004406**

**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

Powered by CamScanner

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

**4. VIGENCIA.**

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

**5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.**

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

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

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

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

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

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

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

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

**6. COMPENSACIÓN.**

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

**7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.**

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

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

**8. PLAZO PARA EL PAGO.**

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

**9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.**

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

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

**10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.**

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

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

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

**12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES**

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

**13. COASEGURO**

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Powered by CamScanner