SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL ATLÁNTICO
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO -SERVICIOS PRESTADOS A

Código Regional	8
Código Centro	930210
Fecha Elaboración	31 de enero de 2020
Versión	ENERO 2020 - 1,20

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: / Correo electrónico contratista:	LUZMILA ROSA ANGULO LAMADRID luzmiana@sena.edu.co	C.C.	36.551.334	IP/Nº de contacto	3008174564
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Es declarante de renta?	NO	Es Pensionado?	NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000	NO	Inducción SST	SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ?	SI
Banco al cual consignar:	DAVIVIENDA	Tipo de cta	AHORROS	Nº Cuenta	570116080160868
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	NO	Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los $ 124.625.000			NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	1311009/2020			Nº Compromiso SIIF	19420		
Valor Total del Contrato	$ 13.436.299	N ° Pago	Periodo objeto de pago				Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 13.436.299	1	Del	28/01/2020	Al	31/01/2020	$ 270.530,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 13.165.769		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 270.530	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 270.530**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 12.138**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Enero	Diciembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	---------	**9402632476**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 877.803	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 109.800	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 140.500	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 9.200	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ 27.053	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 13.130	
Retencion en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	12.138,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	20.230,00	
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 - 8299	202,00	1,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 270.328,00**	

SON: DOSCIENTOS SETENTA MIL TRESCIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación profesional en el área de salud- apoyo terapéutico y rehabilitación (enfermería) de los diversos programas de forma ción titulada y/o complementaria que maneja el Centro de Comercio y Servicios del SENA Regional Atlántico. de la presente vigencia
Código de ficha 1905768

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:
1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

Luzmila Angulo Lamadrid

LUZMILA ROSA ANGULO LAMADRID
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

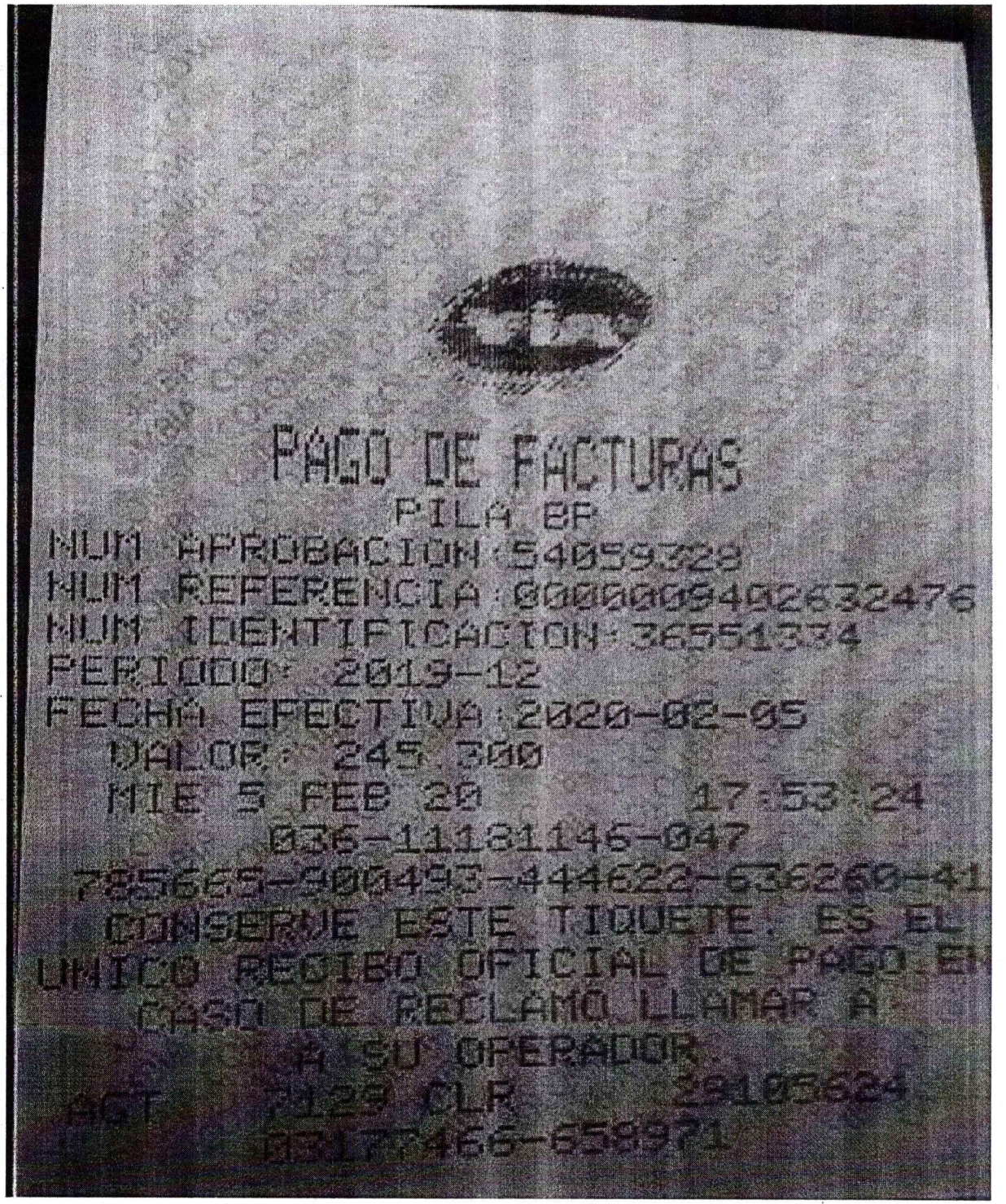
3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

PATRICIA ROSMARY SERRANO SANTIAGO
INSTRUCTOR

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

YIZY YELINE CORTES PADILLA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)



PAGO DE FACTURAS

PILA BP

NUM APROBACION:54059328

NUM REFERENCIA:000000940263247 6

NUM IDENTIFICACION:36551334

PERIODO: 2019-12

FECHA EFECTIVA:2020-02-05

VALOR: 245,300

MIE 5 FEB 20 17:53:24

036-111811 46-047

785665-900493-444622-636260-41

CONSERVE ESTE TIQUETE, ES EL

UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO EN

CASO DE RECLAMO LLAMAR A

A SU OPERADOR

AGT 7129 CLR 29105624

0317466-658971

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 36551334		ANGULO LAMADRID LUZMILA ROSA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 8 26 BIS 07 APTO 401	SANTA MARTA-MAGDALENA	4303708	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-12	2019-12	54059328	9402632476	I	2020/01/10	2020/02/06	BANCO DE OCCIDENTE	27	$245,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							$828,118	$132,500			$828,118	$103,600			$0	$0			$828,118	$4,400			$0	$0		$240,500
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							$828,118	$132,500			$828,118	$103,600			$0	$0			$828,118	$4,400			$0	$0		$240,500
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)																							$828,118	$132,500			$828,118	$103,600			$0	$0			$828,118	$4,400			$0	$0		$240,500
1	CC	36551334	ANGULO LUZMILA																		25-14	30	$828,118	$132,500	EPS016	30	$828,118	$103,600		0	$0	$0	14-23	30	$828,118	$4,400	0	$0	$0	No	$240,500
Total	**Afiliados(1)**																						$828,118	$132,500			$828,118	$103,600			$0	$0			$828,118	$4,400			$0	$0		$240,500

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 36551334		ANGULO LAMADRID LUZMILA ROSA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 8 26 BIS 07 APTO 401	SANTA MARTA-MAGDALENA	4303708	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-12	2019-12	54059328	9402632476	I	2020/01/10	2020/02/06	BANCO DE OCCIDENTE	27	$245,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$132,500	$2,600	$0	$135,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$132,500	$2,600	$0	$135,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,400	$100	$0	$4,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$4,400	$100	$0	$4,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$103,600	$2,100	$0	$105,700
COOMEVA	EPS016	805,000,427	1	1	$103,600	$2,100	$0	$105,700
TOTAL				1	$240,500	$4,800	$0	$245,300

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14674720627

(415)7707212489984(8020) 000001467472062 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 6 5 5 1 3 3 4	1	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	3 6 5 5 1 3 3 4	Año Mes Día 1 9 8 2 1 0 2 7

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ANGULO	LAMADRID	LUZMILA	ROSA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

41. Dirección principal
CR 8 26 BIS 07

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
luzmiana@hotmail.com		4 3 6 7 7 0 7	

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad: Año Mes Día	48. Código:	49. Fecha inicio actividad: Año Mes Día	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 0 7 0 3 0 5					2 2 2 4	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: Año Mes Día 2 0 1 9 1 2 0 9

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

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

984. Nombre ANGULO LAMADRID LUZMILA ROSA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

SOLAB S.A.S
Nit. 900724151 - 6
Dirección: Cra 3A No. 24 - 57 Urb. El Prado Santa Marta - Magdalena
Tel: (5) 4235858 - 4361949

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )



DATOS DEL PACIENTE

Fecha 26/01/2018 10:28:00 Empresa PARTICULAR

Nombre LUZMILA ROSA ANGULO LAMADRID

Cargo INSTRUCTORA Doc. Identidad CC 36551334

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN FISICO OSTEOMUSCULAR	2 CUADRO HEMATICO	3 GLICEMIA
4 HEPATITIS B. ANTICUERPOS S (ANTI-HBS) *	5 AUDIOMETRIA (VIA AEREA Y VIA OSEA)	6 OPTOMETRIA
7 PERFIL LIPIDICO	8 TEST DE PERSONALIDAD	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACION
Apto para el cargo	(X)	( )	( )	( )
Aplazado	( )	( )	( )	( )
Apto con restricciones	( )	( )	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )	( )	( )
Apto para trabajar en espacios confinados	( )	( )	( )	( )
Apto para Manipulación de Alimentos	( )	( )	( )	( )
Apto para conducir	( )	( )	( )	( )
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	( )	( )	( )	( )

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	( )	( )
Requiere restricciones de actividades	( )	( )
Requiere reubicación laboral temporal	( )	( )
Requiere reubicación laboral permanente	( )	( )
Apto para conducir	( )	( )
Apto para Manipulación de Alimentos	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	( )	( )
Secuelas de Accidentes de Trabajo	( )	( )
Enfermedad Común	( )	( )

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual (X) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular (X) Psicosocial ( ) Ergonómico ( ) Otros ( )

REMISIÓN SI (X) NO ( ) ARL SI ( ) NO ( ) EPS SI (X) NO ( )

HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, HABITOS SALUDABLES, USO DEL EPP ADECUADO Y ASIGNADO PARA SU LABOR, CONTROL DE PESO POR EPS, CORRECCION OPTICA PERMANENTE, CONTROL SEMESTRAL CON OPTOMETRIA POR SU EPS, MANEJO DE PATOLOGIA METABOLICA POR SU EPS.
SE ACONSEJA REALIZACION DE GLICEMIA PRE Y POST CARGA Y CITA CON MEDICINA GENERAL CON RESULTADOS

DR. PEDRO MANJARRES PALACIO
RM. 70584
LIC. OCUPACIONAL 0730

Trabajador: LUZMILA ROSA ANGULO LAMADRID
CC. 36551334
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

Scanned by CamScanner

SOLAB S.A.S
Nit: 900724151 - 6
Dirección: Cra 3A No. 24 - 57 Urb. El Prado Santa Marta - Magdalena
Tel: (5) 4235858 - 4361949

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

RESTRICCIONES

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

DR. PEDRO MANJARRES PALACIO
RM. 70584
LIC. OCUPACIONAL 0730

Trabajador: LUZMILA ROSA ANGULO LAMADRID
CC: 36551334
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biométrica

Scanned by CamScanner

SOLAB

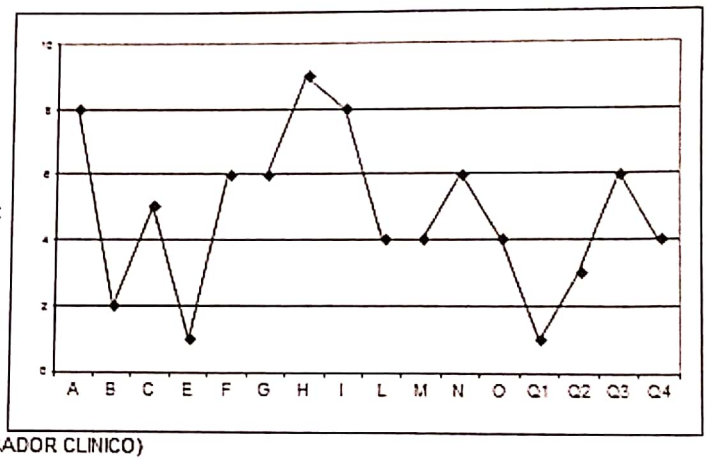
NOMBRE DEL PACIENTE: LUZMILA ANGULO LAMADRID
IDENTIFICACIÓN: 36.551.334
EDAD: 54 AÑOS
SEXO: FEMENINO

INFORME PRUEBA 16 PF – TEST DE PERSONALIDAD

Fecha de Atención: 26 enero del 2018
Empresa: SENA Seccional Magdalena

P.Directo		Decatipos	
15	Reservado / Abierto	A	8
5	Rto. Concreto / Abstracto	B	2
14	stabilidad Emoc. / Estabilidad emocic	C	5
4	Sumiso / Dominante	E	1
15	Prudente / Impulsivo	F	6
14	Despreocupado / Escrupuloso	G	6
21	Timido / Espontáneo	H	9
18	Racional / Emocional	I	8
8	Confiado / Suspicaz	L	4
10	Practico / Soñador	M	4
12	Sencillo / Astuto	N	6
8	Seguro / Inseguro	O	4
3	Tradicionalista / Innovador	Q1	1
6	pendencia Del Grupo / Autosuficien	Q2	3
12	Desinhibido / Controlado	Q3	6
9	Tranquilo / Tensionado	Q4	4

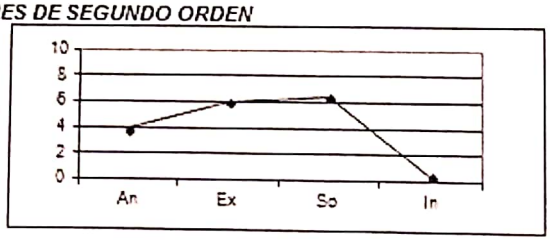
IC



(I.C.= INDICADOR CLINICO)

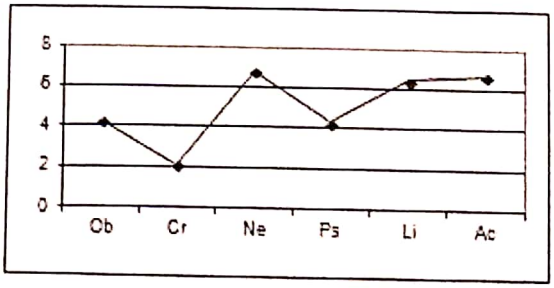
FACTORES DE SEGUNDO ORDEN

Baja Ansiedad/Alta Ansiedad	An	4
Introversion/ Extraversión	Ex	6
Bajo Control Social/Alto Control Social	So	6
Dependencia/Independencia	In	0



ECUACIONES DERIVADAS DE PERFILES

Objetividad/Subjetividad	Ob	4
Creatividad Baja/Creatividad Alta	Cr	2
Bajo Neuroticismo/Alto Neuroticismo	Ne	7
Bajo Aislamiento/Alto Aislamiento	Ps	4
Bajo Liderazgo/Alto Liderazgo	Li	6
Propenso A Accidentes/ Libre Accidentes	Ac	7



Scanned by CamScanner

SOLAB

NOMBRE DEL PACIENTE: LUZMILA ANGULO LAMADRID
IDENTIFICACIÓN: 36.551.334
EDAD: 54 AÑOS
SEXO: FEMENINO

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Según Los resultados de la prueba de personalidad – TEST 16PF, se percibe que la evaluada ***LUZMILA ANGULO LAMADRID***, es una persona afectuosa, participativa y colaboradora, que prefiere trabajar en grupos. Presenta dificultad en el manejo de problemas a nivel abstracto, se inclina en hacerlo a nivel concreto. Se encuentra medianamente estable a nivel emocional. Se considera como una persona sumisa; que cede fácilmente ante los demás. Es modesta, humilde y obediente. Tiene un nivel intermedio entre ser prudente y ser impulsiva.

Presenta un nivel intermedio en su nivel de responsabilidad y en aceptar las normas sociales. Es una persona con disposición a ser sociable y espontánea. Dispuesta en algunas ocasiones a intentar nuevas cosas, es de numerosas respuestas emocionales. También refleja que se afecta demasiado por los sentimientos, bastante sensible. Tiende a ser inquieta, espera afecto y atención. Es indulgente consigo y con los demás. Presenta un nivel intermedio de confianza en las persona y en las situaciones. Esta guiada por realidades objetivas o en ocasiones puede ser imaginativa y abstraerse en sus pensamientos.

Puede ser sencilla e ingenua socialmente o calculadora en algunas ocasiones. Es una persona que puede mostrarse segura, tranquila, flexible y serena. Tiende a no culparse por sus acciones erradas, y trata de actuar libremente sin temores, aunque en algunas ocasiones puede mostrar lo contrario. Es conservadora, respetuosa de las ideas establecidas, tolerante de los defectos tradicionales. Es precavida y resistente a las nuevas ideas, pospone los cambios, sigue la línea tradicional, es convencionalista. Tiende a ser dependiente del grupo, prefiere estar en compañía y decide sobre lo correcto de su desempeño al compararse con otros más que confiar en su propio juicio. Tiene facilidad de adaptarse al grupo. Tiene un nivel intermedio entre el autocontrol y la congruencia entre su autoconcepto percibido y deseados, de acuerdo con su cultura. Presenta intermedio entre el estado de tensión y de tranquilidad ante sí mismo y ante la situaciones

OBSERVACIÓN:

Los resultados pueden tener un margen de sesgo o error debido posiblemente a síntomas de ansiedad del evaluado durante la prueba, a no contestar con total honestidad las preguntas o a interpretaciones erróneas de las mismas. Recuerde que esta descripción del perfil de personalidad no define con plena exactitud los rasgos del paciente, sino que es lo más semejante posible.

JULIA CARRASCAL NAVARRO
Psicóloga
Especialista en Psicología Ocupacional y Organizacional
Lic. 6482/10

Scanned by CamScanner

VSP

Ingreso
Egreso
Reposición
Caso preexistente

Fecha Valoración

Nombre LUZBELA ROSA ANGULO LABRADOR

Fecha Nacimiento

Edad 58

Antecedentes

Uso Anteojos

Cirugías

Lentes de Contacto

Trauma

Alergias

Patologías

Medicamentos

Agudeza Visual

	VL	VP	VC	VL	VP
OD				20/100	J M
OI				20/100	J M

Queratometría

	DIP	CC	EJE	ADD
OD				
OI				

Examen Externo

OD

Segmento Anterior
Hipertonía conjuntiva
Párpado N
Párpado T
Pinguécula
Nevus
Blefaritis
Blefaritis seborreica
Secreción
Lagrimeo Cornea
Ptosis palpebral
Otros

OI

Segmento Anterior
Hipertonía conjuntiva
Párpado N
Párpado T
Pinguécula
Nevus
Blefaritis
Blefaritis seborreica
Secreción
Lagrimeo Cornea
Ptosis palpebral
Otros

Motilidad Ocular

CVT VL ORTHOFORICO VP

Sustitución NORMALES

Versiones NORMALES

HIRSBERG CENTRADO

PPC 12 CM

Oftalmoscopia

OD

FOAN
Papila Normal
Brillo Foveal Normal
Catarata
Excavación de Cristalino
Opacidad de medios
Lesión Retina

OI

FOAN
Papila Normal
Brillo Foveal Normal
Catarata
Excavación de Cristalino
Opacidad de medios
Lesión Retina

Test Ocupacionales

Visión Cromática

D NORMAL

I NORMAL

Visión de Profundidad

OD 40 SEG DE

OI 40 SEG DE

Campo Visual por Confrontación

OD

OI

Refracción

	Esfera	Cilindro	EJE	Adición		Esfera	Cilindro	EJE	Adición	VL	VP
OD				+	OD	+1.25	-1.00	90°	+2.25	20/20	1.5 M
OI				+	OI	+1.50	-1.00	90°	+2.25	20/20	1.5 M

Refracción Final

AV

Interpretación

OD OI

No requiere corrección óptica
Defecto refractivo adecuadamente corregido
Defecto refractivo inadecuadamente corregido
Defecto refractivo no corregido
Gafas no formuladas

Diagnóstico

Recomendaciones

Corrección Óptica Permanente
Optometría Clínica
Corrección Óptica Ocasional
valoración por oftalmología
Control 6 meses
valoración por optómetra
Control 1 año

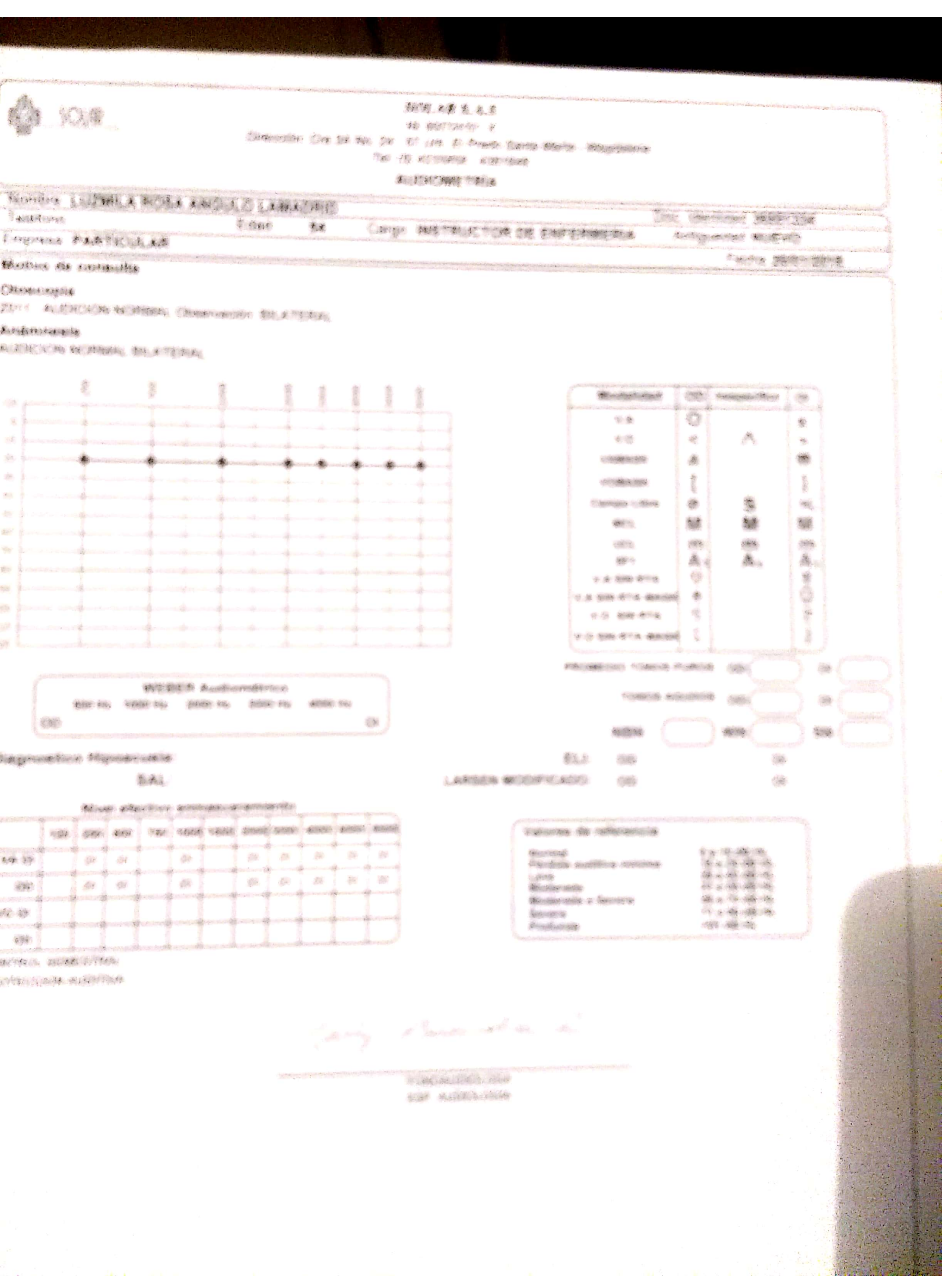
Interpretación Normal Anormal

CONCEPTO

Apto Si No apto Observaciones

CORREO MÓVIL CIUDAD SECUNDARIA

Scanned by CamScanner



Scanned by CamScanner

SOLAB
SALUD OCUPACIONAL LABORATORIO CLINICO MEDICINA GENERAL

Impreso	15 feb 2018 04:26:04 pm	RESULTADOS				Software Baxlab v20161109	
Sede	PRINCIPAL					Página 2 de 3	
Paciente	ANGULO LAMADRID LUZMILA ROSA		Sexo F	Edad	54A 9M 25D	Nro. De Recepción	63040
Identif.	CC 36551334	Teléfono		Fecha De Recepción		26 ene 2018 09:25:20 am	
Entidad	SOLAB		SubEntidad	SIN SUBENTIDAD			
Sala	CONSULTA EXTERNA	Cama	Médico	ASIGNADO NO .			

	Resultados	Unidades	Valores Referencia

QUIMICA

2 . COLESTEROL TOTAL

Colesterol total sérico — 281 — mg/dl

Colorimetria

Valores de Refencia:

Optimo: Menor de 200 mg/dl
Intermedio Alto: De 200 a 239 mg/dl
Alto: Mayor de 240 mg/dl

NIÑOS Y ADOLESCENTES:

Optimo Menor de.....170 mg/dL
Limitrofe .....170 a 199 mg/dL
Alto mayor de.....200 mg/dL

3 . Glicemia en Ayunas — 112 — mg/dl — 70 a 105

Colorimetria

INTERPRETACION:

Prematuro: 20 a 60
0 a 1 dia: 40 a 60 mg/dl
> 1 dia: 50 a 80 mg/dl
Niños Y Adultos: 70 a 105mg/dl

4 . Colesterol HDL — 46,90 — mg/dL — 40 a 55

5 . Colesterol LDL — 206.7 — mg/dl

Colorimetria

Valor de Referncia:
Optimo: Menor de 100 mg/dl
Intermedio Alto: De 100 a 150 mg/dl
Alto: Mayor de 150 mg/dl

6 . Trigliceridos sérico — 137 — mg/dl

Colorimetria

Valor de Referencia:

Optimo: Menor de 150 mg/dl
Intrmedio Alto: De 150 a 199 mg/dl
Alto: Mayor de 200 mg/dl

Scanned by CamScanner

SOLAB

SOLUCIONES EMPRESARIALES LABORATORIOS CLINICOS TECNOLOGIA DE PUNTA

Software Baxlab v20161109

RESULTADOS

Ingreso	15 feb 2018 04:26:04 pm			Nro. De Recepción	63040
Sede	PRINCIPAL				
Paciente	ANGULO LAMADRID LUZMILA ROSA	Sexo F	Edad 54A 9M 25D	Fecha De Recepción	26 ene 2018 09:25:20 am
Identif	CC 36551334 Teléfono				
Entidad	SOLAB	SubEntidad	SIN SUBENTIDAD		
Sala	CONSULTA EXTERNA	Cama	Medico	ASIGNADO NO	

Resultados	Unidades	Valores Referencia

Dra Victoria Herrera Arias
Bacteriologa

Scanned by CamScanner

MEDILAB

Impreso	01 feb. 2018 02:47:44 pm	RESULTADOS	
Sede	PRINCIPAL		
Paciente	ANGULO LA MADRID LUZ MILA		
Identif	CC 36551334	Teléfono 4356360	
Entidad	COOMEVA - E P S		
Sala	CONSULTA EXTERNA	Cama	

Resultados	Unidades	Valores Referencia
QUIMICA		
Triglicéridos Sérico 118	mg/dl	60 a 165

DRA LAYDA DE LA ROSA
BACTERIÓLOGA
RESOL #470334

Scanned by CamScanner

LABORATORIO CLÍNICO
NIT: 900.675.502-7
Principal: Carrera 6 No. 26 - 61 Esquina
Santa Marta Magdalena
Teléfonos: 4235671 - 3017611008
Toma muestra a domicilio: 4214265
E-mail: lomedilab@hotmail.com

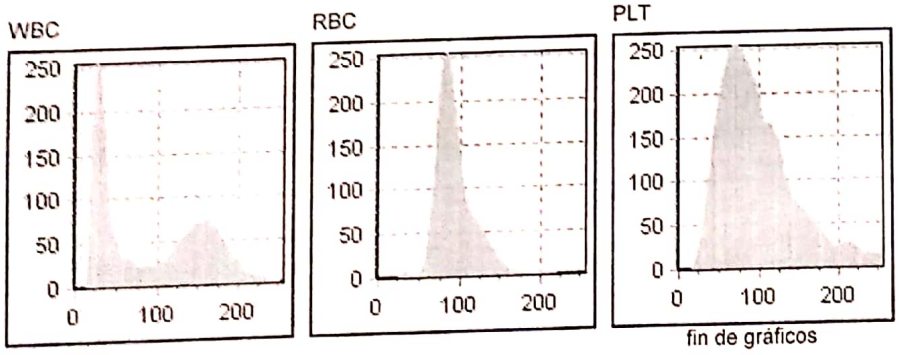
Impreso	01 feb. 2018 02:47:44 pm	RESULTADOS			Software Baxlab v20160526
Sede	PRINCIPAL				Página 1 de 3
Paciente	ANGULO LA MADRID LUZ MILA		Sexo M	Edad 54A 9M 28D	Nro. De Recepción 74963
Identif	CC 36551334	Telefono 4359390		Fecha De Recepción	29 ene. 2018 06:58:56 am
Entidad	COOMEVA - E P S		SubEntidad	SIN SUBENTIDAD	
Sala	CONSULTA EXTERNA	Cama	Médico	ASIGNADO NO	

	Resultados	Unidades	Valores Referencia
HEMATOLOGIA			
HEMOGRAMA TIPO III			
A - ERITROGRAMA			
Hemoglobina	11,90	gr/dl	14,50 a 16,50
Hematocrito	37,10	%	31 a 43
Eritrocitos	3,83	x10^6/mmc	3,90 a 5,10
Volumen corpuscular (PVC)	97	um³	80 a 97
Hemoglobina Corpuscular (PHC)	31	pg	26,50 a 33,50
Concentración de Hemoglobina Corpuscular (CHC)	32	gr/dl	31 a 38
B - LEUCOGRAMA			
Recuento de Leucocitos	5,60	x10^3/mmc	5 a 10
P.N. Neutrofilos	50,30	%	45 a 65
Linfocitos	42,30	%	30 a 40
Monocitos	7,40	%	3 a 10
RECUENTO DE PLAQUETAS			
Recuento de Plaquetas.	293	x10^3/mmc	150 a 450

NOTA: Los valores de referencia del Hemograma son clasificados por sexo y rangos de edad acordes con el paciente.

Reportado Por: ROSA VIRGINIA NUÑEZ IBAÑEZ — Fecha Reporte: 29 ene. 2018 02:30 pm

Zona de gráficos



fin de gráficos

DRA ROSA NUÑEZ
BACTERIOLOGA
T.P. #114

OTRO LABORATORIO

Comprometidos con su salud y calidad en el servicio

Scanned by CamScanner

MEDILAB

LABORATORIO CLINICO

Impreso	01 feb. 2018 02:47:44 pm	RESULTADOS			
Sede	PRINCIPAL				
Paciente	ANGULO LA MADRID LUZ MILA	Sexo M	Edad 56A 8M 28D	Nro. De Recepcion	
Identif	CC 36551334 Teléfono 4359390		Fecha De Recepcion	29 ene. 2018 08:58:56 am	
Entidad	COOMEVA - E P S	SubEntidad	SIN SUBENTIDAD		
Sala	CONSULTA EXTERNA Cama	Médico	ASIGNADO NO		

	Resultados	Unidades	Valores Referencia
OTRO LABORATORIO			
ESTUDIO FISICO-QUIMICO			
Color de orina	Amarilla		
Aspecto	Ligeramente Turbia		
Ph	5,00		5 a 8
Densidad	1020		1005 a 1030
Proteinas	Negativa		
Glucosa	Negativa		
Cetona	Negativo		
Bilirrubina	Negativo		
Urobilinogeno	Negativo		
Hemoglobinuria	Negativo		
Nitritos	Negativo		
EXAMEN MICROSCOPICO.			
Células Epiteliales	Escasas	/campo	
Leucocitos	0-2	/Campo	
Hematies	0-3		
Bacterias	+		
Moco	+	/Campo	
Cristales de Uratos Amorfos	+		

Reportado Por BLANCA LUZ CASTRO

DRA ROSA NUÑEZ
BACTERIOLOGA
T.P. #114

QUIMICA				
Colesterol Total	233	mg/dl	100 a 200	
	Reportado Por SHIRLY ZAGARRA REDONDO			
Glucosa sanguinea	103	mg/dl	70 a 100	
	Reportado Por: SHIRLY ZAGARRA REDONDO			
Colesterol H.D.L.	43	mg/dl	35 a 65	
	Reportado Por: SHIRLY ZAGARRA REDONDO			

Comprometidos con su salud y calidad en el servicio

Scanned by CamScanner

Hace constar:

Que el Sr(a) LUZMILA ROSA ANGULO LAMADRID Identificado(a) con cédula de ciudadanía 36551334 realizó el día 03/02/2020 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 LUZMILA ROSA ANGULO LAMADRID Identificado(a) con cédula de ciudadanía 36551334 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.

_____
Firma

Hace constar:

Que el Sr(a) LUZMILA ROSA ANGULO LAMADRID Identificado(a) con cédula de ciudadanía 36551334 realizó el día 03/02/2020 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 LUZMILA ROSA ANGULO LAMADRID Identificado(a) con cédula de ciudadanía 36551334 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.

_____
Firma

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

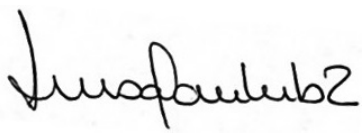
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora LUZMILA ROSA ANGULO LAMADRID, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 36.551.334, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 28/01/2020 y fecha fin de contrato 26/06/2020 con riesgo 3.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202001000465198.

Esta certificación se expide a los 10 días del mes de Febrero de 2020.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **08/01/2020**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora LUZMILA ROSA ANGULO LAMADRID** con **Cédula de Ciudadanía** número **36551334**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**0570116080160868**
Fecha de apertura	**18/03/2002**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

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. Sucursal:	Nro. Póliza:	Anexo:
BARRANQUILLA	BARRANQUILLA	85	85-46-101015697	0

Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:	Vigencia Hasta:			A las:	Tipo Movimiento:
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	
28	01	2020	28	01	2020	00:00	26	10	2020	00:00	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social:	ANGULO LAMADRID LUZMILA ROSA			Identificación:	36551334
Dirección:	KR 8 A NRO. 27 BIS - 6 APTO 40	Ciudad:	SANTA MARTA - MAGDALENA	Teléfono:	3008174564

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA			Identificación:	899999034-1
Dirección:	CRA 43 N 42-40 PISO 11	Ciudad:	BARRANQUILLA - ATLANTICO	Teléfono:	3514196

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.1311009 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: IMPARTIR FOMRACION PROFESIONAL EN EL AREA DE SALUD-APOYO TERAPEUTICO Y REHABILITACION (ENFERMERIA) DE LOS DIVERSOS PROGRAMAS DE FORMACION TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA QUE MANEJA EL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS DEL SENA REGIONAL ATLANTICO

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	28/01/2020	26/10/2020	$ 1,343,629.85

OBSERVACIONES:

Valor Prima Neta:	Gastos Expedición:	IVA:	Total a Pagar:	Valor Asegurado Total:	Fecha Límite de Pago:
$ 20,000.00	$ 7,000.00	$ 5,130.00	$ 32,130.00	$ 1,343,629.85	28/01/2020

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
CONSTRUYENDO SEGUROS LTDA	164232	100,00			

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

Para efecto de notificaciones la dirección de Seguros del Estado S.A. es CARRERA 58 NO. 70-136 - Teléfono: 3681078 - BARRANQUILLA

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdelestado.com

Oficina Principal: Cra. 11 No. 90-20 Bogotá D.C. Teléfono: 2186977

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

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. 85-46-101015697, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

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

Dado en BARRANQUILLA, a los 28 días del mes de Enero de 2020



FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: RECIBO DE PAGO N°: 85461010156970

FECHA	
28/01/2020	

RECIBIMOS DE: ANGULO LAMADRID LUZMILA ROSA C.C. 36551334

LA SUMA DE: TREINTA Y DOS MIL CIENTO TREINTA PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 85-46-101015697

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
BARRANQUILLA - CU. ESTATAL - 101015697 - 0 - 0	$ 20,000.00	$ 7,000.00	$ 5,130.00	$ 32,130.00

FORMA DE PAGO

	EFECTIVO:	$ 32,130.00
	CHEQUE:	$ 0.00
	TARJETA:	$ 0.00
	BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO: CONSTRUYENDO SEGUROS LTDA - 164232	OTROS:	$ 0.00
	TOTAL:	$ 32,130.00
	CAJERO: RAPIESTADO	

ORIGINAL

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: RECIBO DE PAGO N°: 85461010156970

FECHA	
28/01/2020	

RECIBIMOS DE: ANGULO LAMADRID LUZMILA ROSA C.C. 36551334

LA SUMA DE: TREINTA Y DOS MIL CIENTO TREINTA PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 85-46-101015697

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
BARRANQUILLA - CU. ESTATAL - 101015697 - 0 - 0	$ 20,000.00	$ 7,000.00	$ 5,130.00	$ 32,130.00

FORMA DE PAGO

	EFECTIVO:	$ 32,130.00
	CHEQUE:	$ 0.00
	TARJETA:	$ 0.00
	BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO: CONSTRUYENDO SEGUROS LTDA - 164232	OTROS:	$ 0.00
	TOTAL:	$ 32,130.00
	CAJERO: RAPIESTADO	

COPIA

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.85-46-101015697

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.

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

3. SUMA ASEGURADA.

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

4. VIGENCIA.

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

5. EFECTIVIDAD DE LA 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.