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 CESAR**

**CENTRO BIOTECNOLÓGIOCO DEL CARIBE-CESAR**

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

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **20** |
| **Código Centro** | **911410** |
| **Fecha Elaboración** | **Febrero de 2025** |
| **Versión** | **ENERO - 2.25** |
| **ID de Proceso** | **36866-416084** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | ROSA CAROLINA DE BRIGARD CUELLO | **Banco a consignar:** | BANCOLOMBIA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 1.065.582.758 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | rcbrigard@sena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 52484045593 |
| **IP/Nº de contacto:** | | **Presta Servicios Excluidos de IVA:** | NO |
| **Inducción SST:** | SI | **Pertenece al régimen simple de tributación:** | NO |
| **Régimen del IVA:** | NO RESPONSABLE | **Es declarante de renta por el año gravable 2024** | SI |

| | |
|---|---|
| **¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?** | NO |
| **Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a $65.891.000** | SI |
| **Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a $164.336.700 (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:** | 7411437/2025 | **Nº Compromiso SIIF** | **7125** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 11 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | INSTRUCTOR: PRESTACIÓN DE SERVICIOS INSTRUCTOR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL TÉC ARTICULACIÓN CON LA MEDIA CON LOS PROG FORMACIÓN OFERTADOS A LAS INSTITUCIONES EDUC ARTICULADAS CON EL CBC REG CESAR CPE NO.20-9-2025-001056 |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Del** | **10/02/2025 Al 28/02/2025** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 45.995.110 |
| **Número de pago** | **1** | **Valor Total del Contrato:** | $ 45.995.110 |
| **Valor Bruto Pago:** | **$ 2.913.024,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 43.082.086 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 2.913.024 | 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** | **$ 2.913.024** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 1.651.022** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | | Febrero | Enero |
|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **4588511476** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.423.500 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 178.000 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 227.800 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 |
| ARL | II | $ 14.900 | $ 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 | | $ 291.302 | |
| Salud hasta | $ 796.784 | $ - | |
| Renta Exenta 25% | $ 36.062.775 | $ 550.000 | |
| 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 | 1.651.022,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 0,00 | |
| 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 | 0,00 | 0,000% |
| - | 0,00 | 0,000% |
| - | 0,00 | 0,000% |
| - | 0,00 | 0,000% |
| - | 0,00 | 0,000% |
| Pro Universidad Popular del Cesar | 14.565,00 | 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** | **$2.898.459,00** | |

**SON: DOS MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Reunión de alistamiento de actividades

Socialización del programa técnico en las instituciones educativas.

Apoyo a aspirantes grados 10 t recoleccion de documentos para inscripcion al programa tecnico.

Formación en el programa promotoria de manejo ambiental en la IE Francisco de Paula Santander en Chimichagua ficha 2921960

Formación en el programa promotoria de manejo ambiental en la IE Patillal ficha 2708585

**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

**ROSA CAROLINA DE BRIGARD CUELLO**
**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,

**LEONOR DUARTE NORIEGA**
**INSTRUCTOR G15**

**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**
**JAIME JOSE BAUTE DANGON**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

13/02/25 17:38:55 USUARIO: SIC - C.C. 1065582758

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

, 6 de Febrero del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

| | | | |
|---|---|---|---|
| TI | 1067616693 | Mariana Iseda De Brigard | Hijo(a) |

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente, con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,

_____

ROSA CAROLINA DE BRIGARD CUELLO
C.C. 1065582758

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1065582758 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ROSA CAROLINA DE BRIGARD CUELLO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | VALLEDUPAR | DEPARTAMENTO: | CESAR |
| DIRECCIÓN: | CR 5B 24-34 | TELÉFONO: | 5728183 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | SUCURSAL | SUCURSAL / DEPENDENCIA: | 001 - PLANILLA |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | **4588511476** | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES enero AÑO | 2025 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES enero AÑO | 2025 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2025/01/31 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9991556517 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 227.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 227.800 | $ 0 | $ 227.800 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 227.800** | **$ 0** | **$ 227.800** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 178.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 178.000 | $ 0 | $ 0 | $ 178.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 178.000** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 178.000** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 34.700 | $ 34.700 | $ 0 | $ 0 | $ 34.700 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 34.700** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 34.700** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1065582758 | DE BRIGARD CUELLO ROSA CAROLINA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 3.007.792 | | | | NO | | | | | | | | 01-30 | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.423.500 | $ 227.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 227.800 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 1.423.500 | $ 178.000 | $ 0 | $ 178.000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.423.500 | 106558275 | $ 34.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL** **$ 440.500**

## Hace constar:

Que el Sr(a) ROSA CAROLINA DE BRIGARD CUELLO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1065582758 realizó el día 11/02/2025 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 ROSA CAROLINA DE BRIGARD CUELLO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1065582758 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.

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

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

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

_____

Firma

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## Hace constar:

Que el Sr(a) ROSA CAROLINA DE BRIGARD CUELLO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1065582758 realizó el día 11/02/2025 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la

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

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

# Hace constar:

Que el Sr(a) ROSA CAROLINA DE BRIGARD CUELLO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1065582758 el día 11/02/2025 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

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

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## Hace constar:

Que el Sr(a) ROSA CAROLINA DE BRIGARD CUELLO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1065582758 realizó el día 11/02/2025 la Capacitación Módulo 2 - Riesgos en el puesto de trabajo y medidas de prevención de la entidad y aprobó la

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

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

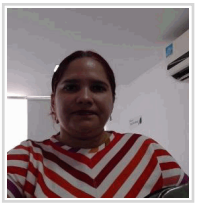
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## Hace constar:

Que el Sr(a) ROSA CAROLINA DE BRIGARD CUELLO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1065582758 realizó el día 11/02/2025 la Capacitación de protocolos de bioseguridad.

De acuerdo a lo establecido en la Resolución 666 de 2020 del ministerio de salud y protección y social, la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del SENA, mediante la cual se establece el protocolo de medidas generales y de bioseguridad para prevenir y mitigar la propagación del COVID-19, Circular 01-03-2020-000156 del 02 de septiembre del 2020 del Sena, mediante el cual se establece el alcance a la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del

PARCONT
Nit. 900698189-3
Tel. 5885566 Ext. 201 - Cel. 3174410060
Carrera 13 # 9A-50 Barrio San Joaquín
contacto@parcont.com



## DATOS PERSONALES

**Orden de Servicio N°: 72528**

**Municipio:** VALLEDUPAR (CESAR, COLOMBIA) **Fecha y Hora:** lunes, 22 de enero de 2024 09:23:11 a.m.

**Nombres y Apellidos:** DE BRIGARD CUELLO ROSA CAROLINA **CC:** 1065582758 **Género:** FEMENINO

**F. Nacimiento:** 04/05/1987 **Edad:** 36 AÑOS 8 MESES 19 DÍAS **Entidad:** PARTICULAR

# RESULTADOS DEL LABORATORIO

## HEMATOLOGÍA

### HEMOGRAMA

HEMOGRAMA

| NOMBRE | RESULTADO | VALORES DE REFERENCIA |
|---|---|---|
| Recuento de Leucocitos | 7.4 | 4.0 a 10.0 /L |
| Linfocitos # | 2.2 | 1.0 a 4.0 x10^3mm^3 |
| Monocitos # | 0.5 | 0.12 a 1.20 /L |
| Neutrofilos # | 4.6 | 2.0 A 7.50 /L |
| Linfocitos % | 30.3 | 25.0 -38.0 % |
| Monocitos % | 7 | 3.0 - 12.0 % |
| Neutrofilos % | 62.7 | 55.0 - 65.0 % |
| Hemoglobina | 11.4 | Hombre: 14.0 g/dl<br>Mujer: 11.8-15.0 g/dl |
| RBC | 3.94 | 4.0 a 10.0 % |
| Hematocrito | 33.6 | Hombre 42.0 %<br>Mujer 38.0 a 44.0 % |
| Volumen Corpuscular (VCM) | 85.4 | 80 - 90 um^3 |
| Hemoglobina Corpuscular (HCM) | 28.9 | 26.0 - 30.0 pg |
| Concentración HB Corpucular Media (MCHC) | 33.9 | 31.0 - 34.0 g/dl |
| RDW-CV | 14.3 | 12.0 - 16.0 % |
| RDW-SD | 41.8 | 35.0 - 56.0 fL |
| Recuento de Plaquetas | 334 | 150 - 450 x10^3/mm^3 |
| Volumen Plaquetario Medio | 6.5 | 6.0 - 15.0 Fl |
| PDW | 6.4 | 11.0 - 18.0 % |
| PCT | 0.219 | 150 - .500 % |

**Alexa Salinas Lopez**
Bacteriólogo(a) RP: 2109

## QUÍMICA

### PERFIL LIPIDICO COMPLETO

PERFIL LIPIDICO COMPLETO

| NOMBRE | RESULTADO | VALOR REFERENCIA |
|---|---|---|
| Colesterol Total (CT) | 255.3 | Optimo: hasta 200 mg/dl<br>Moderado: 200-239mg/dl<br>Elevado: >240 mg/dl |
| Colesterol de alta densidad (HDL) | 61.1 | Riesgo elevado: Hasta 40 mg/dl<br>Riesgo bajo:>60 mg/dl |
| Colesterol de baja densidad (LDL) | 178.4 | Optimo: Hasta 100 mg/dl<br>Casi optimo: 100-129 mg/dl<br>Moderado:130-159 mg/dl<br>Elevado: 160-189 mg/dl |
| Colesterol de muy baja densidad (VLDL) | 15.8 | <30mg% |
| Trigliceridos | 79.2 | Riesgo bajo:Hasta 160 mg/dl<br>Alto:161-499 mg/dl<br>Muy alto >500 mg/dl |

**Alexa Salinas Lopez**
Bacteriólogo(a) RP: 2109

PARCONT
Nit. 900698189-3
Tel. 5885566 Ext. 201 - Cel. 3174410060
Carrera 13 # 9A-50 Barrio San Joaquín
contacto@parcont.com



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 36.947**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 22 DÍA | 01 MES | 2024 AÑO | VALLEDUPAR (CESAR, COLOMBIA) Ciudad | **EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO** |

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

| **PARTICULAR** | **PARTICULAR** |
|---|---|
| **Nombre de la empresa** | **Empresa en misión** |

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

| **DE BRIGARD CUELLO ROSA CAROLINA** | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| | FEMENINO | 36 AÑOS 8 MESES 19 DÍAS | CC | 1065582758 |
| Apellidos y Nombres | | | Tipo | Número |

Cargo
**MICROBIOLOGA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO**

Observaciones: *NO APLICA*

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

| **RESTRICCIONES LABORALES** | **TIPO** | **RECOMENDACIONES** |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR | ✓ | VISIOMETRIA | ✓ |
| HEMOGRAMA | ✓ | AUDIOMETRIA | ✓ |
| PERFIL LIPIDICO COMPLETO | ✓ | ---------- | |

| **RECOMENDACIONES MÉDICAS** | **RECOMENDACIONES OCUPACIONALES** | **HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES** |
|---|---|---|
| | | CONTROL DE PESO |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

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

| **Médico** | **Aspirante o Trabajador** |
|---|---|
| **Firma:** Juan José Ariño Brito | **Firma:** |
| **Nombre:** ARIÑO BRITO JUAN JOSE | **Nombre:** DE BRIGARD CUELLO ROSA CAROLINA |
| **R. M.:** 02125 **L.S.O.:** 002793/2022 | **CC:** 1065582758 |

PARCONT
Nit. 900698189-3
Tel. 5885566 Ext. 201 - Cel. 3174410060
Carrera 13 # 9A-50 Barrio San Joaquín
contacto@parcont.com



# EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL

## DATOS PERSONALES

**Ciudad y Fecha:** VALLEDUPAR (CESAR, COLOMBIA) 22/01/2024 - 10:18 A. M.
**Tipo Evaluación Médica o Procedimiento:** EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO
**Empresa Donde Labora, Laborará o Laboró:** PARTICULAR (NO APLICA) **Actividad Económica:** NO APLICA
**CC:** 1065582758 **Nombre del Trabajador a Aspirante:** DE BRIGARD CUELLO ROSA CAROLINA **Genero:** FEMENINO **Edad:** 36 AÑOS 8
**Estado Civil:** UNIÓN LIBRE **Nivel Educativo:** POSTGRADO **E.P.S:** SALUD TOTAL **A.F.P:** NO REFIERE **A.R.L:** NO REFIERE
**Tipo de Sangre:** O + **N° Hijos** 1 **Ingresos:** ENTRE 1 Y 2 SALARIOS MÍNIMOS **Jornada Laboral:** DIURNA **Area del Cargo:** ADMINISTRATIVA
**Profesión o Cargo:** MICROBIOLOGA **Funciones del Cargo:** CIENTIFICAS

## Motivo Consulta

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

## Elementos de Protección Personal (En la última labor o labor actual)

**Casco** [ ] **Gorro** [ ] **Respirador** [ ] **Gafas** [ ] **Peto** [ ] **Bata** [X] **Overol** [ ] **Delantal de Plomo** [ ] **Ropa Térmica** [ ]

**Auditivo** [ ] **Careta** [ ] **Tapabocas** [X] **Guantes** [X] **Cinturon** [ ] **Botas** [ ] **Polainas** [ ] **Otro** [ ] **Cual** _____

## NO REFIERE ANTECEDENTES Y RIESGOS OCUPACIONALES

## NO REFIERE ACCIDENTES LABORALES

## NO REFIERE ENFERMEDADES LABORALES

## ANTECEDENTES FAMILIARES

| Enfermedad | Observación |
|---|---|
| ASMA | NO REFIERE |
| CÁNCER | NO REFIERE |
| DIABETES | NO REFIERE |
| ENFERMEDAD CORONARIA | NO REFIERE |
| ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR | NO REFIERE |
| HIPERTENSION ARTERIAL | PAPA |
| COLAGENOSIS | NO REFIERE |
| PATOLOGÍAS TIROIDEAS | NO REFIERE |
| OTROS ¿CUÁLES? | |

## ANTECEDENTES PERSONALES

| Enfermedad | Observación |
|---|---|
| PATOLÓGICOS | NO REFIERE |
| QUIRÚRGICOS | NO REFIERE |
| TRAUMÁTICOS | NO REFIERE |
| FARMACOLÓGICOS | NO REFIERE |
| ALÉRGICOS | NO REFIERE |
| PSIQUIATRICOS | NO REFIERE |
| FOBIAS | NO REFIERE |
| OTRO, DESCRÍBALO | |

## GINECO OBSTÉTRICOS

| Enfermedad | Observación |
|---|---|

| | |
|---|---|
| MENARQUIA | 11AÑOS, 16/06/1998 |
| CICLO MENSTRUAL | REGULAR |
| FECHA ÚLTIMA MENSTRUACION | 21/06/2022, 30/12/2023 |
| DISMENORREA | NO |
| N° GESTACIONES | 1 |
| N° PARTOS | 0 |
| N° CESÁREAS | 01, 1 |
| N° ABORTOS | 0 |
| N° HIJOS VIVOS | 0, 1 |
| N° EMBARAZOS ECTÓPICOS | 0 |
| N° MORTINATOS | 0 |
| FECHA ÚLTIMA CITOLOGÍA | 16/03/2022, 28/12/2023 |
| RESULTADO ÚLTIMA CITOLOGÍA | NORMAL |
| ¿VIDA SEXUAL ACTIVA? | SI |
| MÉTODO PLANIFICACION FAM. | NINGUNO, VASECTOMÍA |

**Antecedentes Personales por Sistemas**

| Nombre del Sistema | Patológicos | Quirúrgicos | Traumáticos |
|---|---|---|---|
| BOCA | NIEGA | NIEGA | NIEGA |
| CABEZA | NIEGA | NIEGA | NIEGA |
| CUELLO | NIEGA | NIEGA | NIEGA |
| GARGANTA | NIEGA | NIEGA | NIEGA |
| NARIZ | NIEGA | NIEGA | NIEGA |
| OIDOS | NIEGA | NIEGA | NIEGA |
| OJOS | NIEGA | NIEGA | NIEGA |
| PIEL Y ANEXOS | NIEGA | NIEGA | NIEGA |
| PSIQUIÁTRICO | NIEGA | NIEGA | NIEGA |
| SISTEMA CIRCULATORIO | NIEGA | NIEGA | NIEGA |
| SISTEMA ENDOCRINO | NIEGA | NIEGA | NIEGA |
| SISTEMA GASTROINTESTINAL | NIEGA | NIEGA | NIEGA |
| SISTEMA GENITOURINARIO | NIEGA | NIEGA | NIEGA |
| SISTEMA NERVIOSO | NIEGA | NIEGA | NIEGA |
| SISTEMA OSTEOMUSCULAR | NIEGA | NIEGA | NIEGA |
| SISTEMA RESPIRATORIO | NIEGA | NIEGA | NIEGA |

**Observaciones Adicionales a los Antecedentes**

NO APLICA

**Revisión Por Sistemas**

| Nombre del Sistema | Hallazgo |
|---|---|
| CARDIOVASCULAR | ASINTOMÁTICO |
| DERMATOLOGICO | ASINTOMÁTICO |
| DIGESTIVO | ASINTOMÁTICO |
| GENITOURINARIO | ASINTOMÁTICO |
| MANIFIESTA TENER DEFORMIDADES AMPUTACIONES A NIVEL OSTEOMUSCULAR | NO |
| NEUROLOGICO | ASINTOMÁTICO |
| OBSERVACIONES | NO APLICA |
| OCULAR | ASINTOMÁTICO |
| OSTEOMUSCULAR | ASINTOMÁTICO |
| OTORRINOLARINGOLÓGICO | ASINTOMÁTICO |
| OTROS SISTEMAS | NO APLICA |
| PRESENTA EPILEPSIA O CONVULSIONES | NO |
| RESPIRATORIO | ASINTOMÁTICO |

## ACTIVIDAD FÍSICA

| Habito | Observación | Refiere | Cant | Frecuencia |
|---|---|---|---|---|
| ACTIVIDADES MANUALES | NO APLICA | NO | 0 | HORAS A LA SEMANA |
| EJERCICIOS O DEPORTES | AEROBICOS | SI | 6 | HORAS A LA SEMANA |
| DEPORTES DE CHOQUE | NO APLICA | NO | 0 | HORAS A LA SEMANA |
| OFICIOS DOMÉSTICOS | NO APLICA | NO | 0 | HORAS A LA SEMANA |

## HÁBITOS TÓXICOS

| Habito | Observación | Refiere | Cant | Frecuencia |
|---|---|---|---|---|
| CONSUMIDOR DE ALCOHOL | AÑOS DE CONSUMO | SI | 0 | NINGUNO |
| EX FUMADOR | AÑOS DE CONSUMO | NO | 0 | CONSUMO POR DÍA |
| FUMADOR ACTUAL | AÑOS DE CONSUMO | NO | 0 | CONSUMO POR DÍA |
| USA SUSTANCIA PSICOACTIVAS | ¿CÚALES? AÑOS DE CONSUMO | NO | 0 | NINGUNO |

## NO REFIERE VACUNAS

## Examen Fisico

### Aspecto General

NO APLICA

### Signos Vitales

**Tension Arterial:** 100 / 90 **Frecuencia Cardiaca:** 74 x minuto **Frecuencia Respiratoria:** 18 x minuto **Pulsioximetría:** 99 %
**Temperatura:** 37.00 ºC **Lateralidad Dominante:** DIESTRO **Peso:** 82.00 kg **Talla:** 162 cm **IMC:** 31.25 - OBESIDAD GRADO I
**Biotipo:** MEDIANO **Perimetro Abdominal:** 91cm **Interpretación:** ALTO RIESGO

### Tegumentario

| Organo | Hallazgo |
|---|---|
| CICATRICES | NINGUNA |
| PIEL Y FANERAS | NORMAL |
| TATUAJES | NO TIENE |

### Cabeza

| Organo | Hallazgo |
|---|---|
| CRÁNEO | NORMOCÉFALO |
| CUERO CABELLUDO | NORMAL |

### Ojos

| Organo | Hallazgo |
|---|---|
| ESTRABISMO | NO |
| HIPEREMIA CONJUNTIVAL | NO |
| PUPILAS | NORMORREACTIVA A LA LUZ |
| ESCLERAS COLOR | ANICTERICAS |
| EXAMEN EXTERNO | NORMAL AMBOS OJOS |
| FONDO DE OJO | NORMAL |

### Oídos

| Organo | Hallazgo |
|---|---|
| PABELLÓN | NORMAL |
| TIMPANOS | NORMAL |
| EXAMEN EXTERNO | NORMAL |
| OTOSCOPIA | NORMAL |

### Nariz

| Organo | Hallazgo |
|---|---|
| EPISTAXIS | NO PRESENTA |

| | |
|---|---|
| RINORREA | NO PRESENTA |
| TABIQUE | NORMAL |
| RINOSCOPIA | NORMAL |

**Boca**

| Organo | Hallazgo |
|---|---|
| DENTADURA | COMPLETA |
| LENGUA | EUTRÓFICA |
| MUCOSA ORAL | HÚMEDA |

**Cuello**

| Organo | Hallazgo |
|---|---|
| ADENOPATÍAS | NO |
| FARINGE | NORMAL |
| INGURGITACION YUGULAR | NO |
| MASAS | NO |
| MOVILIDAD | NORMAL |
| PALPACION | NORMAL |

**Tórax**

| Organo | Hallazgo |
|---|---|
| EXPANSIÓN TORÁCICA | SIMÉTRICA NORMAL |
| GANGLIOS AXILARES | NEGATIVO |
| INSPECCION | NORMAL |
| MAMAS Y PEZÓN | NORMALES |

**Cardio Pulmonar**

| Organo | Hallazgo |
|---|---|
| AUSCULTACIÓN PULMONAR | RUIDOS RESPIRATORIOS NORMALES SIN AGREGADOS |
| CARDIOVASCULAR | NORMAL |
| RUIDOS CARDIACOS | RITMICOS, BIEN TIMBRADOS, SIN SOPLOS |

**Abdomen**

| Organo | Hallazgo |
|---|---|
| AUSCULTACIÓN | RUIDOS INTESTINALES PRESENTES NORMALES |
| INSPECCIÓN | NORMAL |
| PALPACIÓN | BLANDO, NO DOLOROSO, NO MASAS, NO MEGALIAS |

**Genitales**

| Organo | Hallazgo |
|---|---|
| GENITALES EXTERNOS | NORMAL |

**Miembros Superiores**

| Organo | Hallazgo |
|---|---|
| MANIOBRA DE FINKELSTEIN | NEGATIVO |
| OTRA PRUEBA | NO APLICA |
| PINZAMIENTO SUBACROMIAL | NEGATIVO |
| PRUEBA DE PHALEN | NEGATIVO |
| PRUEBA DE PHALEN INVERSO | NEGATIVO |
| PRUEBA PARA EPICONDILITIS | NEGATIVO |
| PRUEBA PARA EPITROCLEITIS | NEGATIVO |
| SIGNO DE TINEL | NEGATIVO |

**Miembros Inferiores**

| Organo | Hallazgo |
|---|---|
| LESIONES VASCULARES | NO PRESENTA |

| | |
|---|---|
| OTRA PRUEBA | NO APLICA |
| REFLEJO AQUILIANO | NEGATIVO |
| RODILLAS LIGAMENTOS | NEGATIVO |
| RODILLAS PATELLA | NEGATIVO |
| TEST DE LASEGUE | NEGATIVO |

**Columna**

| Organo | Hallazgo |
|---|---|
| MASAS O ESPASMOS | NO |
| PRESENTA DOLOR | NO |
| INSPECCION | NORMAL |
| PRUEBA DE SCHOBER | NORMAL |
| ROTACIÓN | NORMAL |
| TEST DE WELLS | NORMAL |
| ALINEACIÓN | NORMAL |
| FLEXIÓN LATERAL | NORMAL |

**Postura / Simetría**

| Organo | Hallazgo |
|---|---|
| PRUEBA DE ELASTICIDAD | NORMAL |
| PRUEBA DE HIPEREXTENSIÓN | NEGATIVA |
| SIMETRÍA DE CADERA | NORMAL |
| SIMETRÍA DE HOMBROS | NORMAL |
| TROFISMO MUSCULAR | NORMAL |

**Neurológico**

| Organo | Hallazgo |
|---|---|
| FUERZA MUSCULAR | NORMAL |
| NISTAGMUS | NEGATIVO |
| PRUEBA DE UNTERBERGER | NEGATIVO |
| PRUEBA ÍNDICE NARÍZ | NORMAL |
| ROMBERG SENSIBILIZADO | NEGATIVO |
| SENSIBILIDAD | CONSERVADA NORMAL |
| TEST DE ROMBERG | NEGATIVO |

**Ampliación de los Hallazgos**

NO APLICA

**CONSULTAS REALIZADOS**

| Producto | Valor | Resultado |
|---|---|---|
| EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR | N | NO APLICA |

**EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS**

| Producto | Valor | Resultado |
|---|---|---|
| VISIOMETRIA | N | MIOPIA |
| AUDIOMETRIA | N | EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION |

**LABORATORIOS REALIZADOS**

| Producto | Valor | Resultado |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| HEMOGRAMA | N | HEMOGRAMANOMBRERESULTADOVALORES DE REFERENCIA RECUENTO DE LEUCOCITOS7.44.0 A 10.0 /L LINFOCITOS #2.21.0 A 4.0 X10^3MM^3 MONOCITOS #0.50.12 A 1.20 /L NEUTROFILOS #4.62.0 A 7.50 /L LINFOCITOS %30.325.0 -38.0 % MONOCITOS %73.0 - 12.0 % NEUTROFILOS %62.755.0 - 65.0 % HEMOGLOBINA11.4HOMBRE: 14.0 G/DLMUJER: 11.8-15.0 G/DL RBC3.944.0 A 10.0 % HEMATOCRITO33.6HOMBRE 42.0 %MUJER 38.0 A 44.0 % VOLUMEN CORPUSCULAR (VCM)85.480 - 90 UM^3 HEMOGLOBINA CORPUSCULAR (HCM)28.926.0 - 30.0 PG CONCENTRACIÓN HB CORPUCULAR MEDIA (MCHC)33.931.0 - 34.0 G/DL RDW-CV14.312.0 - 16.0 % RDW-SD41.835.0 - 56.0 FL RECUENTO DE PLAQUETAS334150 - 450 X10^3/MM^3 VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO6.56.0 - 15.0 FL PDW6.411.0 - 18.0 % PCT0.219150 - .500 % |
| PERFIL LIPIDICO COMPLETO | N | PERFIL LIPIDICO COMPLETONOMBRERESULTADOVALOR REFERENCIACOLESTEROL TOTAL (CT)255.3OPTIMO: HASTA 200 MG/DL MODERADO: 200-239MG/DLELEVADO: >240 MG/DLCOLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL)61.1RIESGO ELEVADO: HASTA 40 MG/DLRIESGO BAJO:>60 MG/DLCOLESTEROL DE BAJA DENSIDAD (LDL)178.4OPTIMO: HASTA 100 MG/DLCASI OPTIMO: 100-129 MG/DLMODERADO:130-159 MG/DLELEVADO: 160-189 MG/DLCOLESTEROL DE MUY BAJA DENSIDAD (VLDL)15.8<30MG%TRIGLICERIDOS79.2RIESGO BAJO:HASTA 160 MG/DLALTO:161-499 MG/DLMUY ALTO >500 MG/DL |

**Observaciones de los Exámenes Paraclínicos y/o Procedimientos Realizados en Ésta Atención**

NO APLICA

| Código | Diagnósticos | Origen | Tipo |
|---|---|---|---|
| E669 | OBESIDAD, NO ESPECIFICADA | COMÚN | 1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA |
| Z100 | EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL | COMÚN | 1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA |

**Ánalisis y Plan de Tratamiento**

NO APLICA

| Concepto Ocupacional | Observacion Concepto Ocupacional |
|---|---|
| APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO | NO APLICA |

| Requisito Salud | Cumple |
|---|---|
| NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) | N/A |

**SIN REQUISITOS DE SALUD**

| Restricciones Laborales | Tipo | Recomendaciones |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**SIN RESTRICCIONES LABORALES**

**RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES**

| | |
|---|---|
| CONTROL DE PESO | |
| CONTROL DE PESO | |
| | |
| | |

**Otras Observaciones y Recomendaciones**

*ORDEN DE MEDICAMENTOS N° 0*

| Nombre del Medicamento | Posología | Cant | Fecha Creación |
|---|---|---|---|
| NO APLICA | NO APLICA | 0 | NO APLICA |

*ORDEN A SERVICIOS N° 0*

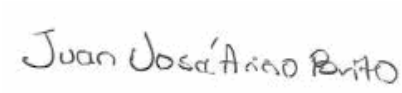
| Nombre del Servicio | Observaciones | Cant | Fecha Creación |
|---|---|---|---|
| NO APLICA | NO APLICA | 0 | NO APLICA |

*ORDEN DE REMISION A ESPECIALISTA N° 0*

| Nombre de la Especialidad | Motivo de la Remisión | Fecha Creación |
|---|---|---|
| NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA |

**NO REFIERE EVOLUCIONES ESTA ATENCIÓN**

**MÉDICO**



**Firma:**

**Nombre:** ARIÑO BRITO JUAN JOSE

**R. M.:** 02125 **L.S.O.:** 002793/2022

**TRABAJADOR**



**Firma:**

**Nombre:** DE BRIGARD CUELLO ROSA CAROLINA

**CC:** 1065582758

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: |
|---|---|---|---|---|
| VALLEDUPAR | AGENCIA VALLEDUPAR | 47 | 47-46-101023577 | 0 |

| FECHA EXPEDICIÓN: | | | VIGENCIA DESDE: | | | A LAS: | VIGENCIA HASTA: | | | A LAS: | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DÍA: | MES: | AÑO: | DÍA: | MES: | AÑO: | HORAS: | DÍA: | MES: | AÑO: | HORAS: | TIPO MOVIMIENTO: |
| 07 | 02 | 2025 | 10 | 02 | 2025 | 00:00 | 30 | 04 | 2026 | 23:59 | EMISIÓN ORIGINAL |

### DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | DEBRIGARD CUELLO ROSA CAROLINA | | | IDENTIFICACIÓN: | C.C. :1,065,582,758 |
|---|---|---|---|---|---|
| DIRECCIÓN: | CLL 5 24 46 BRR ORIENTE DE CALLEJAS | CIUDAD: | VALLEDUPAR - CESAR | TELÉFONO: | 3008778304 |

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

| ASEGURADO/BENEFICIARIO: | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE | | | IDENTIFICACIÓN: | NIT. :899,999,034-1 |
|---|---|---|---|---|---|
| DIRECCIÓN: | KILÓMETRO 7 VIA LA PAZ, CENTRO BIOTECNOLOGICO DEL CARIBE | CIUDAD: | VALLEDUPAR - CESAR | TELÉFONO: | 5710101 |
| 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.741137 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTACION DE SERVICIOS DE CARACTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL DE NIVEL TECNICO EN EL PROGRAMA DE ARTICULACION CON LA MEDIA CON LOS PROGRAMAS DE FORMACION OFERTADOS A LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS ARTICULADAS CON EL CBC SENA REGIONAL CESAR.

### AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

| AMPAROS: | VIGENCIA DESDE: | VIGENCIA HASTA: | SUMA ASEG/ACTUAL: |
|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 10/02/2025 | 30/04/2026 | $ 4,599,511.10 |

ACLARACIONES:

| VALOR PRIMA NETA: | GASTOS EXPEDICIÓN: | IVA: | TOTAL A PAGAR: | VALOR ASEGURADO TOTAL | PLAN DE PAGO: |
|---|---|---|---|---|---|
| $ 22,380.09 | $ 8,000.00 | $ 5,772.22 | $ 36,152.31 | $ 4,599,511.10 | CONTADO |

| INTERMEDIARIO | | | DISTRIBUCIÓN COASEGURO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: | CLAVE: | % PART: | NOMBRE COMPAÑÍA: | % PART: | VALOR ASEGURADO: |
| MARTHA LILIANA MANTILLA FERREIRA | 195174 | 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 15 NO. 11A-56 L101 CENTRO MILENIUM PLAZA - TELÉFONO: 5850069 - VALLEDUPAR

47-46-101023577

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR



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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

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

Hacemos constar, que la póliza No. 47-46-101023577, 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 VALLEDUPAR, a los 7 días del mes de Febrero de 2025



FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

## SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: RECIBO DE PAGO N°: 47461010235770

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | | | | | |
| CONTADO | | | | | |
| RECIBIMOS DE: | DEBRIGARD CUELLO ROSA CAROLINA | | | C.C. C.C. :1,065,582,758 | |
| LA SUMA DE: | TREINTA Y SEIS MIL CIENTO CINCUENTA Y DOS CON TREINTA Y UN CENTAVOS PESOS M/CTE | | | | |
| POR CONCEPTO DE: | PAGO DE PÓLIZA NRO.: 47-46-101023577 | | | | |
| SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA | | PRIMA | GASTOS EXPEDICION | IVA | VALOR |
| AGENCIA VALLEDUPAR - CU. ESTATAL - 101023577 - 0 - 0 | | $ 22,380.09 | $ 8,000.00 | $ 5,772.22 | $ 36,152.31 |
| FORMA DE PAGO | | | | | |
| | | | | EFECTIVO: | $ 36,152.31 |
| | | | | CHEQUE: | $ 0.00 |
| | | | | TARJETA: | $ 0.00 |
| | | | | BD: | $ 0.00 |
| INTERMEDIARIO: | MARTHA LILIANA MANTILLA FERREIRA - 195174 | | | OTROS: | $ 0.00 |
| | | | | TOTAL: | $ 36,152.31 |
| | | | | 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°: 47461010235770

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | | | | | |
| CONTADO | | | | | |
| RECIBIMOS DE: | DEBRIGARD CUELLO ROSA CAROLINA | | | C.C. C.C. :1,065,582,758 | |
| LA SUMA DE: | TREINTA Y SEIS MIL CIENTO CINCUENTA Y DOS CON TREINTA Y UN CENTAVOS PESOS M/CTE | | | | |
| POR CONCEPTO DE: | PAGO DE PÓLIZA NRO.: 47-46-101023577 | | | | |
| SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA | | PRIMA | GASTOS EXPEDICION | IVA | VALOR |
| AGENCIA VALLEDUPAR - CU. ESTATAL - 101023577 - 0 - 0 | | $ 22,380.09 | $ 8,000.00 | $ 5,772.22 | $ 36,152.31 |
| FORMA DE PAGO | | | | | |
| | | | | EFECTIVO: | $ 36,152.31 |
| | | | | CHEQUE: | $ 0.00 |
| | | | | TARJETA: | $ 0.00 |
| | | | | BD: | $ 0.00 |
| INTERMEDIARIO: | MARTHA LILIANA MANTILLA FERREIRA - 195174 | | | OTROS: | $ 0.00 |
| | | | | TOTAL: | $ 36,152.31 |
| | | | | CAJERO: RAPIESTADO | |

COPIA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

# PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
## SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.47-46-101023577

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

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.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**
**NIT. 860009578-6**
**RECIBO DE CAJA N° 47895930**

| Expedido en | Sucursal | Código Sucursal | Fecha de Pago | Clave | Intermediario |
|---|---|---|---|---|---|
| BOGOTA, D.C. | OFICINA PRINCIPAL | 1 | 07/02/2025 | 195174 | MARTHA MANTILLA FERREIRA |

| | | |
|---|---|---|
| **Tomador:** | ROSA CAROLINA DEBRIGARD CUELLO | **NIT/CC** 1065582758 |
| **Suma de:** | TREINTA Y SEIS MIL CIENTO CINCUENTA Y DOS PESOS M/CTE.****** | |
| **Pagador:** | ROSA DE BRIGARD | **NIT/CC** 1065582758 |
| **Por concepto de:** | APLICACION PORTAL DE RECAUDOS #440719577 | |

| Suc-Ramo-Póliza-Endoso-Cuota | Prima | Gasto | IVA | Runt | Valor |
|---|---|---|---|---|---|
| 47-AGENCIA VALLEDUPAR-46-CU. ENTIDAD.EST.ONL-101023577-0-1 | $22.380,09 | $8.000,00 | $5.772,21 | $0,00 | $36.152,30 |

| Otros conceptos de pago | Valor |
|---|---|
| APROVECHAMIENTOS | $-0,30 |
| CUENTA PUENTE INTERSUCURSALES | $36.152,00 |

| Forma de pago | | |
|---|---|---|
| AHORRO | **Ahorro:** | $36.152,00 |
| | **Corriente:** | $0,00 |
| | **Tarjeta:** | $0,00 |
| | **Otro:** | $0,00 |
| **Transacción:** 16975002 | **Total:** | **$36.152,00** |
| | **Cajero:** | PAGUESTADO |

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

# POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

## DECRETO 1082 DE 2015

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN | SUCURSAL | COD.SUC | NO.PÓLIZA | ANEXO |
|---|---|---|---|---|
| VALLEDUPAR | AGENCIA VALLEDUPAR | 47 | 47-46-101023577 | 1 |

| FECHA EXPEDICIÓN DÍA | MES | AÑO | VIGENCIA DESDE DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | VIGENCIA HASTA DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | TIPO MOVIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 07 | 02 | 2025 | 10 | 02 | 2025 | 00:00 | 30 | 04 | 2026 | 23:59 | ANEXO NO CAUSA PRIMA |

### DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

| NOMBRE O RAZON SOCIAL | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|
| DEBRIGARD CUELLO, ROSA CAROLINA | CC: 1065.582.758 |

| DIRECCIÓN | CIUDAD | TELÉFONO |
|---|---|---|
| CLL 5 24 46 BRR ORIENTE DE CALLEJAS | VALLEDUPAR, CESAR | 5880000 |

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

| ASEGURADO / BENEFICIARIO: | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|
| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE | NIT: 899.999.034-1 |

| DIRECCIÓN | CIUDAD | TELÉFONO |
|---|---|---|
| KM 7 VIA LA PAZ CENTRO BIO TECNOLOGICO DEL CARIBE | VALLEDUPAR, CESAR | 7721313 |

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.741137 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTACION DE SERVICIOS DE CARACTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL DE NIVEL TECNICO EN EL PROGRAMA DE ARTICULACION CON LA MEDIA CON LOS PROGRAMAS DE FORMACION OFERTADOS A LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS ARTICULADAS CON EL CBC SENA REGIONAL CESAR.

### AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

| AMPAROS | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEG/ACTUAL | SUMA ASEG/ANTERIOR |
|---|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 10/02/2025 | 30/04/2026 | $4,599,511.10 | |

### ACLARACIONES

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO SE CORRIGE NUMERO DEL CONTRATO YA QUE POR ERROR TECNICO SE DIGITO MAL.

No. DEL CONTRATO VIGENTE: CO1.PCCNTR.7411437

DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES PERMANECEN EN IGUALES CONDICIONES

| VALOR PRIMA NETA | GASTOS EXPEDICIÓN | IVA | TOTAL A PAGAR | VALOR ASEGURADO TOTAL | PLAN DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|
| $ **********0.00 | $ **********0.00 | $ **********0.00 | $ **********0.00 | $ ********4,599,511.10 | CONTADO |

| INTERMEDIARIO | | | DISTRIBUCION COASEGURO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE | CLAVE | % DE PART. | NOMBRE COMPAÑÍA | % PART. | VALOR ASEGURADO |
| MARTHA MANTILLA FERREIRA | 195174 | 100.00 | | | |

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

**NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN**

***PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 15 NO. 11A-56 L101 - TELEFONO: 5858302 - VALLEDUPAR***

47-46-101023577

**FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas**

**FIRMA TOMADOR**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

# POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

## DECRETO 1082 DE 2015

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN | SUCURSAL | COD.SUC | NO.PÓLIZA | ANEXO |
|---|---|---|---|---|
| VALLEDUPAR | AGENCIA VALLEDUPAR | 47 | 47-46-101023577 | 1 |

| FECHA EXPEDICIÓN DÍA | MES | AÑO | VIGENCIA DESDE DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | VIGENCIA HASTA DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | TIPO MOVIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 07 | 02 | 2025 | 10 | 02 | 2025 | 00:00 | 30 | 04 | 2026 | 23:59 | ANEXO NO CAUSA PRIMA |

### DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

| NOMBRE O RAZON SOCIAL | | IDENTIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|
| | DEBRIGARD CUELLO, ROSA CAROLINA | | CC: 1065.582.758 |
| **DIRECCIÓN:** | CLL 5 24 46 BRR ORIENTE DE CALLEJAS | **CIUDAD:** VALLEDUPAR, CESAR | **TELÉFONO:** 5880000 |

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

| ASEGURADO / BENEFICIARIO: | | IDENTIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|
| | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE | | NIT: 899.999.034-1 |
| **DIRECCIÓN:** | KM 7 VIA LA PAZ CENTRO BIO TECNOLOGICO DEL CARIBE | **CIUDAD:** VALLEDUPAR, CESAR | **TELÉFONO:** 7721313 |

**ADICIONAL:**

TEXTO ACLARATORIO

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

**NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN**

***PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 15 NO. 11A-56 L101 - TELEFONO: 5858302 - VALLEDUPAR***

47-46-101023577

**FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas**

**FIRMA TOMADOR**

DLF195174A

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141159528245

(415)7707212489984(8020) 000014115952824 5

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 6 5 5 8 2 7 5 8 | 8 | Impuestos y Aduanas de Valledupar 2 4 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 6 5 5 8 2 7 5 8 | |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Cesar 2 0 | Valledupar 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| DE BRIGARD | CUELLO | ROSA | CAROLINA |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Cesar 2 0 | Valledupar 0 0 1 |

41. Dirección principal: CL CINCO 24 46 BRR ORIENTE DE CALLEJAS

42. Correo electrónico: rosadebrigard@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 0 0 8 7 7 8 3 0 4 | |

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 5 2 3 | 2 0 1 0 0 6 1 4 | 7 0 1 0 | 2 0 1 7 0 2 0 8 | | | |

## 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 | 2 | 2 | 4 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

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

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 DE BRIGARD CUELLO ROSA CAROLINA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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, **ROSA CAROLINA DE BRIGARD CUELLO** identificado con **CC** No. **1065582758**, registra la siguiente información.

| Datos del Contratante | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034 | **Fecha de afiliación:** 01/02/2024<br>**Fecha de inicio de cobertura:** 01/02/2024<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 01/02/2024<br>**Fecha fin de Contrato:** 06/12/2024<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>**Clase de Riesgo:** 2<br>**Cargo :** OTRAS OCUPACIONES |

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): 20240101245350.

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

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_07

# Certificado
# Bancario

Sábado, 18 de enero de 2025

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que ROSA CAROLINA DE BRIGARD CUELLO identificado(a) con CC 1065582758, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | 52484045593 | 2012/06/04 | ACTIVA |

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

VALLEDUPAR, Enero 18 de 2025

Señora:
DE BRIGARD CUELLO ROSA CAROLINA
CC. 1065582758
CL 5 N 24 46. -
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Diciembre 30 de 2014. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

| Nombre | Documento | Tipo | Afiliacion | Sem cot | Sem Ant | Parentesco | Estado Afiliacion | Fecha de desafiliacion EPS | Estado Actual | Discapacidad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DE BRIGARD CUELLO ROSA CAROLINA | 1065582758 | C | Dic-30-2014 | 52 | 116 | COTIZANTE | VIGENTE | | | Ninguna |

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

| Razón social del aportante | Usuario en contrato | Tipo de contrato | Estado de contrato |
|---|---|---|---|
| LABORATORIO CONSULTORIAS ASA. S.A.S | 1065582758 | Dependiente | CERRADO |
| ROSA CAROLINA DE BRIGARD CUELLO | 1065582758 | Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m | CERRADO |
| ROSA CAROLINA DE BRIGARD CUELLO | 1065582758 | Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m | VIGENTE |
| ROSA CAROLINA DE BRIGARD CUELLO | 1065582758 | Trabajador Independiente | CERRADO |

**CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO**

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.
Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ROSA CAROLINA DE BRIGARD CUELLO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1065582758,** se encuentra afiliado/a desde **01/06/2018** 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 18 de enero de 2025.



**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