SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL VALLE

CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE

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

Código Regional	**76**
Código Centro	**912410**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**05378-253542**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MARTHA CECILIA VELASQUEZ LOPEZ	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	66.719.085	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	mvelazquez@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	055001640068657 8
IP/Nº de contacto:	23276	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	SI
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2024**	NO

¿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	NO
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:	7434380/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**17125**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO INSTRUCTOR SENA DE ARTICULACIÓN CON LA MEDIA TÉCNICA EN CAB

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**17/02/2025 Al 28/02/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 44.461.939
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 44.461.939
Valor Bruto Pago:	**$ 2.146.438,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 42.315.501

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.146.438	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	**$ 2.146.438**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.367.838**	**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		----------	**0000000000**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.091.350	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 136.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 174.700	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	II	$ 11.400	$ 0
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ -	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 36.062.775	$ 456.000	
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	1.367.838,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.146.438,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8523 - GUADALAJARA D	6.439,00	0,300%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Pro-UCEVA	10.732,00	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	**$2.129.267,00**	

SON: DOS MILLONES CIENTO VEINTINUEVE MIL DOSCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Anexo informe de actividades correspondientes al mes de febrero.

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

MARTHA CECILIA VELASQUEZ LOPEZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

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

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

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

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

LUDWIG MAURICIO ROJAS DELGADO
INSTRUCTOR G10

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:

EL ORDENADOR DEL PAGO
HEBERTH HERNANDO GARCIA TAMAYO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

24/02/25 16:14:01 USUARIO: SIC - C.C. 66719085

CERTIFICA

Que la persona relacionada a continuación, en cumplimiento a lo establecido en las normas legales vigentes, ha cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

Datos del COTIZANTE	
CC 66719085 MARTHA CECILIA VELASQUEZ LOPEZ	
Estado Cotizante:	**Vigente**
Causal:	**ACTIVO4**
Semanas Cotizadas Nueva EPS S.A.:	**4**
Fecha Afiliación:	**01/12/2023**
Fecha Último Periodo Cotizado:	
Fecha Cancelación:	

La presente certificación se expide el día 12 de Febrero de 2025 a solicitud del (de la) interesado(a).

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS

Cordialmente,



Gerencia de Afiliaciones

Nueva EPS S.A.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **VELASQUEZ LOPEZ MARTHA CECILIA** identificado(a) con **CC** número **66.719.085** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de noviembre de 2009 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 40% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN CONSERVADOR
2. El 60% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 12 de febrero de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

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

2025021208170

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141159398449

(415)7707212489984(8020) 000014115939844 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
6 6 7 1 9 0 8 5	3	Impuestos y Aduanas de Palmira	1 5	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	6 6 7 1 9 0 8 5	

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VELASQUEZ	LOPEZ	MARTHA	CECILIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 9 A 4 SUR 17

42. Correo electrónico: macecyjm@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 6 8 0 2 3 7 9 8	3 1 5 7 2 9 7 0 0 8

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
7 0 2 0	2 0 1 6 0 7 2 1	8 2 9 9	2 0 1 6 0 7 2 1		8 5 5 1	8 5 4 1

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

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 VELASQUEZ LOPEZ MARTHA CECILIA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141159398449

(415)7707212489984(8020) **000014115939844 9**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
6 6 7 1 9 0 8 5	3	Impuestos y Aduanas de Palmira	1 5	

Características y formas de las organizaciones

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

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 9	
72. Número		
73. Fecha		
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 0 3 0 8 1 3	
77. No. Matrícula mercantil	2 8 2 6 5 - 1	
78. Departamento	7 6	
79. Ciudad/Municipio	7	
Vigencia		
80. Desde		
81. Hasta		

Composición del Capital

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

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

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

Vinculación económica

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

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

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

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Página 3 de 3 **Hoja 6**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141159398449

(415)7707212489984(8020) **000014115939844 9**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
6 6 7 1 9 0 8 5	3	Impuestos y Aduanas de Palmira 1 5	

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de otros productos nuevos, en establecimientos espe 4 7 7 4

162. Nombre del establecimiento: FRAGANCIASEO

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

165. Dirección: CR 17 3 57

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 2 8 2 6 6 - 2	2 0 0 3 0 8 1 3
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 6 8 0 2 3 7 9 8	2 0 0 8 1 1 0 5

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

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

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

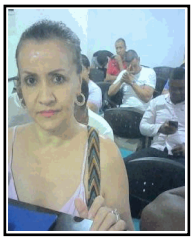
163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 108.533

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
23 DÍA	01 MES	2024 AÑO	GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MÉDICO OSTEOMUSCULAR CON ENFASIS CARDIOVASCULAR

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

PARTICULAR

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)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
VELASQUEZ LOPEZ MARTHA CECILIA	FEMENINO	52 AÑOS 11 MESES 4 DÍAS	CC (Tipo)	66719085 (Número)

Cargo
INSTRUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN MÉDICA OSTEOMUSCULAR	✓	PERFIL LIPÍDICO	✓
GLUCOSA EN SUERO	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

NO SE GENERAN RECOMENDACIONES MEDICAS PARA EL TRABAJO
TAMIZAJE DE RCV FRAMINGHAM PUNTUACION 9, RCV 5.3% A 10 AÑOS

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

Médico

Dr. Jorge Humberto Arias P.
Médico Cirujano
Especialista SST
TP 5900
Lic. SST 1372 SSR

Firma:

Nombre: ARIAS PATIÑO JORGE HUMBERTO

R. M.: 5900 **L.S.O.:** SST. 1372 SSR

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: VELASQUEZ LOPEZ MARTHA CECILIA

CC: 66719085

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

RECOMENDACIONES

Paciente: VELASQUEZ LOPEZ MARTHA CECILIA

Fecha: 23/01/2024

Identificación: CC: 66719085

Fecha Nacimiento: 18/02/1971

Cargo: INSTRUCTOR

Edad: 52 AÑOS 11 MESES 4 DÍAS

Género: FEMENINO

Estado Civil: UNIÓN LIBRE

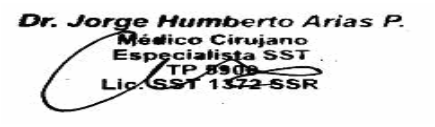
Dirección: CRA 9A 4 SUR 17

Ciudad: GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, CO

RECOMENDACIONES GENERALES

ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA, BAJA EN GRASAS Y HARINAS, RICA EN VERDURAS Y FRUTAS, EJERCICIO FÍSICO REGULAR, DE ACUERDO A SU ESTADO FÍSICO Y CONDICIÓN DE SALUD

Médico



Firma:

Nombre: ARIAS PATIÑO JORGE HUMBERTO

R. M.: 5900 **L.S.O.:** SST. 1372 SSR

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



RESULTADO DEL LABORATORIO CLÍNICO

DATOS PERSONALES

Lugar del Examen: GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) **Fecha:** 22/07/2023

Número de Identificación: 66719085 **Nombre:** VELASQUEZ LOPEZ MARTHA CECILIA **Genero:** FEMENINO

Fecha de Nacimiento: 18/02/1971 **Edad:** 52 AÑOS 5 MESES 3 DÍAS **Estado Civil:** UNIÓN LIBRE

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

NOMBRE DEL EXAMEN	RESULTADO	UNIDADES	VALOR DE REFERENCIA
PARCIAL DE ORINA (UROÁNALISIS)			
QUIMICA			
COLOR	AMARILLO		
ASPECTO	CLARO		
PH	5.0		
DENSIDAD	1030		
BILIRRUBINA	NEGATIVO		NEGATIVO
UROBILINOGENO	NEGATIVO		0,2
CETONA	NEGATIVO		NEGATIVO
GLUCOSA	NEGATIVO		NEGATIVO
PROTEINA	NEGATIVO		NEGATIVO
NITRITOS	NEGATIVO		NEGATIVO
MICROSCOPICO			
LEUCOCITOS	ESCASOS		0 - 3 POR CAMPO
CELULAS EPITELIALES	ESCASAS		0 - 3 POR CAMPO
ERITROCITOS	ESCASOS		0 - 1 POR CAMPO
BACTERIAS	ESCASAS		ESCASAS
MOCO	NO SE OBSERVA		NO SE OBSERVA
CRISTALES	NO SE OBSERVA		NO SE OBSERVA

Bacteriólogo

Firma:

Nombre: ARIAS GALLEGO ANGELA MARIA

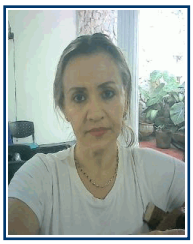
Paciente

Firma:

Nombre: VELASQUEZ LOPEZ MARTHA CECILIA

RM: 5-2448-13/2013 **CC:** 66719085

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



PSICOLOGÍA OCUPACIONAL

Datos Personales

N° Atención: 7,561

Ciudad: GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) 22/07/2023 - 11:19 A. M. **Fecha Atención:** 22/07/2023 11:19:52a. m.

CC: 66719085 **Nombres y Apellidos:** VELASQUEZ LOPEZ MARTHA CECILIA **Fecha de Nacimiento:** 18/02/1971 **Edad:** 52 AÑOS 5 MESES 5 DÍAS

Genero: FEMENINO **Estado Civil:** UNIÓN LIBRE **Dirección:** CRA 9 4 SUR 17 **Teléfono:** **Celular:** 3168023798

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

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

Teléfono del Acudiente: **Parentesco:**

Diagnóstico:

CONCEPTO

Durante el proceso se muestra ubicada en tiempo y espacio, elocuente en su manera expresarse. Se destaca la seguridad en sí misma, reconoce fácilmente sus fortalezas. Estable relaciones interpersonales fácilmente, logra comunicarse de forma asertiva, disfruta de actividades de enseñanza.

Se evidencia en sus pruebas, psicológicamente adaptada, cooperadora, enfoca sus energías, reconoce las figuras de autoridad; aunque puede asumir roles de liderazgo, emocionalmente estable, bajo riesgo de depresión y ansiedad

Posee experiencia en la labor de docencia lo que puede poner a su favor para su adaptación al cargo.

APTA PARA EL CARGO

PSICÓLOGO

Yorli García C
Yorli García Calero
PSICÓLOGA / UNIVALLE
Especialista SST
Registro 765791
Tarjeta Profesional 103390
Licencia 1359

Firma:

Nombre: GARCIA CALERO YORLI

R. M.: 11114813224

PACIENTE

Firma:

Nombre: VELASQUEZ LOPEZ MARTHA CECILIA

CC: 66719085

ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL

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



DATOS PERSONALES

Orden de Servicio N°: 136526

Municipio: GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) **Fecha y Hora:** martes, 23 de enero de 2024 07:44:59 a.m.

Nombres y Apellidos: VELASQUEZ LOPEZ MARTHA CECILIA **CC:** 66719085 **Género:** FEMENINO

F. Nacimiento: 18/02/1971 **Edad:** 52 AÑOS 11 MESES 4 DÍAS **Entidad:** PARTICULAR PROWORK

RESULTADOS DEL LABORATORIO

QUÍMICA

PERFIL LIPÍDICO

EXAMEN SOLICITADO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
COLESTEROL TOTAL	219	mg/dl	Hasta 200 mg/dl
OBSERVACIONES:			
COLESTEROL HDL	52	mg/dl	Mayor de 35 mg/dl
OBSERVACIONES:			
COLESTEROL LDL	136	mg/dl	Hasta 150 mg/dl
OBSERVACIONES:			
COLESTEROL VLDL	31	mg/dl	Menor de 30 mg/dl
OBSERVACIONES:			
TRIGLICERIDOS	155	mg/dl	Hasta 160 mg/dl
OBSERVACIONES:			
INDICE ARTERIAL	4.21		< 4.5

Erick Antonio Rosales Cerpa
Bacteriólogo(a) RP: 13014311

ERICK ANTONIO ROSALES CERPA
BACTERIOLOGO
014311

GLUCOSA EN SUERO

EXAMEN SOLICITADO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
GLUCOSA	84	mg/dl	70-110 mg/dl

Erick Antonio Rosales Cerpa
Bacteriólogo(a) RP: 13014311

ERICK ANTONIO ROSALES CERPA
BACTERIOLOGO
014311

LABORATORIO CLINICO LOPEZ SAS
NIT : 900240042-3
Habilitación No. 7611107110, LSST 0384 de 21 de Marzo del 2023

Cra 15 # 4-61, Guadalajara De Buga - Valle del Cauca
Teléfono : 2366222 ext 111 - 3127923611
laboratorioclinicolocupacional@gmail.com
www.laboratorioclinicolopezocupacional.com

HC No. 66719085 Orden Servicio No. 1280283

OPTOMETRÍA OCUPACIONAL

Fecha de Examen	2025-02-03 15:13:46	**Orden Servicio No.**	**1280283**
Tipo de Examen	No Aplica		
Énfasis en	No Aplica		
Ciudad	GUADALAJARA DE BUGA (Valle del Cauca)		
Empresa Convenio	Persona Natural		
Empresa Usuaria	Persona Natural		

II. IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombres y Apellidos	MARTHA CECILIA VELASQUEZ LOPEZ			**No. Identificación**	CC 66719085		
Sexo	Femenino	**Grupo Étnico**	Ninguna de las anteriores				
Nacionalidad	Colombia			**Fecha Nacimiento**	1971-02-18	**Edad**	53 años
Estado Civil	Unión Libre			**Composición Familiar**	4 personas		
Nivel Educativo	Especialización	**Profesión u Oficio**					
Ciudad	GUADALAJARA DE BUGA (Valle del Cauca)						
Dirección Residencia	CRA 9A NRO 4 SUR-17				**Estrato**	2	
Zona de Residencia	Urbana	**Localidad/Comuna**					
Teléfonos	3168023798						
Correo Electrónico	macecy71@hotmail.com						
Discapacidad	Sin Discapacidad	**Tiene certificado de discapadidad?**	No Aplica				
EPS	Nueva EPS	**ARL**	- No Tiene -	**AFP**	Protección		
Acompañante/Responsable	No Registra						



III. INFORMACIÓN LABORAL ACTUAL

Cargo a desempeñar	INSTRUCTORA		**Área de Trabajo**	ADMINISTRATIVO	
Fecha Ingreso Empresa	2025-02-03	**Antigüedad en Empresa**	0 años y 0 meses	**Antigüedad en el Cargo**	0 años y 0 meses
Factores de Riesgo Visual para el cargo a desempeñar	Suministrados por la empresa				
Exposición a Factores Riesgo Visual	Si		**Uso de Elementos de Protección Visual**	No	
Pantalla Computador, Polvo					

IV. ANTECEDENTES OCUPACIONALES DE RIESGO VISUAL

Empresa	Cargo	Tiempo	Expuesto a Riesgo Visual	Uso Elementos Protección Visual

V. ANTECEDENTES FAMILIARES

Hipertensión Arterial	Negativo.	**Diabetes**	Negativo.
Triglicéridos	Negativo.	**Tiroides**	Negativo.
Artritis	Negativo.	**Otros**	Negativo.
Observaciones			

VI. ANTECEDENTES PERSONALES

Generales	**HTA**	Negativo	**Diabetes**	Negativo	**Triglicéridos**	Negativo		
	Tiroides	Negativo	**Artritis**	Negativo	**Otro**	Negativo		
Oculares	**Glaucoma**	Negativo	**Pterigio**	Positivo	**Chalazion**	Negativo		
	Catarata	Negativo	**Ciguría Refractiva**	Negativo				
Observaciones								

Powered by CamScanner

VII. SINTOMATOLOGÍA ACTUAL

Mala Visión Lejana	No	Mala Visión Próxima	Si	Lagrimeo	No	Cansancio Visual	No
Ardor	No	Cefaléa	No	Prurito	No	Secreación	No
Hiperemia	No	Fotofobia	No	Desviación Ocular	No	Resequedad	No
Observaciones							

VIII. EXAMEN OPTOMÉTRICO

Corrección Habitual	Fecha Último Control Visual	Un año			Usa lentes con fórmula	No	
	Tipo de Lentes			Frecuencia de Uso			
	Lensometría - Ojo Derecho			Lensometría - Ojo Izquierdo			
Agudeza Visual	Visión Lejana	Sin corrección	Ojo Derecho	20/40	Ojo Izquierdo	20/40	
		Con corrección	Ojo Derecho		Ojo Izquierdo		
	Visión Próxima	Sin corrección	Ojo Derecho	2.00	Ojo Izquierdo	2.00	
		Con corrección	Ojo Derecho		Ojo Izquierdo		
Estado Motor	Visión Lejana	Exoforia					
	Visión Próxima	Exoforia					
	Punto Próximo de Convergencia	5 centimetros					
Examen Externo	Ojo Derecho	Segmento anterior normal					
	Ojo Izquierdo	Segmento anterior normal					
Oftalmoscopia	Ojo Derecho	Normal					
	Ojo Izquierdo	Normal					
Retinoscopia	Ojo Derecho	+075		Ojo Izquierdo	+075		
Subjetivo con Fórmula Final	Ojo Derecho	+075 ADD +225	Visión Lejana	20/20	Visión Cercana	0.50	
	Ojo Izquierdo	+075 ADD +225	Visión Lejana	20/20	Visión Cercana	0.50	
Visión Cromática	Normal						
Visión Profundidad	Normal						
Visión Periférica	Normal						

IX. DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Principal CIE-10	H520 - Hipermetropia
Tipo	Impresión Diagnóstica

No.	Ojo	Descripción
1	Derecho	PRESBICIA
2	Izquierdo	PRESBICIA

X. RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

Recomendaciones	Se recomienda Uso de fórmula de lentes
Observaciones	Se recomienda uso de lentes de manera permanente

Firma Especialista

Dra. Katerin Bolaños Torres
Registro No.: 2477

Firma del Usuario

MARTHA CECILIA VELASQUEZ LOPEZ
CC.: 66719085

Powered by CamScanner

Laboratorio Clinico Lopez S.A.S.

Orden de trabajo: 0002 000000031513

Paciente: MARTHA CECILIA VELASQUEZ LOPEZ
D.I.: 66719085
Medico:
Empresa: LABORATORIO CLINICO LOPEZ OCUPACIONAL IPS S.A.S

Edad/Sexo: 053 A /F
Origen muestra: AMBULATORIO
Fecha Recepción: 03/02/2025
Fecha Impresión: 03/02/2025

ANÁLISIS	RESULTADOS		V/REFERENCIA
CUADRO HEMATICO-HEMOGRAMA			
WBC Recuento absoluto de leucocitos	9.29 10^3/ul		5.00 a 10.00
Neu% Recuento diferencial relativo de neutrofilos	64.2 %		50.0 a 75.0
Lym% Recuento diferencial relativo de linfocitos	26.5 %		25.0 a 40.0
Mon% Recuento diferencial relativo de monocitos	6.4 %		3.00 a 7.00
Eos% Recuento diferencial relativo de eosinofilos	2.1 %		0.00 a 5.00
Bas% Recuento diferencial relativo de basofilos	0.8 %		0.0 a 1.5
Neu# Recuento absoluto de neutrofilos	5.97 10^3/ul		2.50 a 7.50
Lym# Recuento absoluto de linfocitos	2.46 10^3/ul		1.30 a 4.00
Mon# Recuento absoluto de monocitos	0.59 10^3/ul		0.15 a 0.70
Eos# Recuento absoluto de eosinofilos	0.20 10^3/ul		0.00 a 0.50
Bas# Recuento absoluto de basofilos	0.07 10^3/ul		0.00 a 0.15
ALY# Recuento absoluto de linfoblastos	0.00 10^3/ul		0.00 a 0.20
ALY% Recuento diferencial relativo de linfoblastos	0.0 %		0.0 a 0.2
LIC# Recuento absoluto de blastos	0.0 10^3/ul		0.00 a 0.70
LIC% Recuento diferencial relativo de blastos	0.0 %		0.0 a 0.7
NRBC# Recuento absoluto de normoblastos	0.0 10^9/L		0.00 a 9.99
NRBC% Recuento diferencial relativo de normoblastos	0.0 %		0.00 a 9.99
RBC Recuento de globulos rojos	4.81 10^6/ul		4.00 a 5.00
HGB Hemoglobina	13.8 gr/dl		12.0 a 16.0
HCT Hematocrito	41.9 %		36.0 a 48.0
MCV Volumen corpuscular medio	87.3 fl		76.00 a 96.00
MCH Hemoglobina corpuscular media	28.8 pg		27.0 a 32.0
MCHC Concentracion media de hemoglobina corpuscular	33.0 gr/dl		30.0 a 35.0
RDW-CV Ancho de distribucion eritrocitaria	13.8 %		11.0 a 16.0
RDW-SD Ancho de distribucion eritrocitaria	44.7 fl		35.0 a 56.0
PLT Recuento de plaquetas	285 10^3/ul		150 a 400
MPV Volumen plaquetario medio	6.9 fl	**	8.0 a 15.0

"la interpretación de este análisis corresponde exclusivamente al médico"

USTED ES NUESTRA PRIORIDAD, POR TAL RAZÓN ES QUE LE BRINDAMOS SERVICIOS QUE SE AJUSTEN A SUS NECECIDADES

Sede principal: Carrera 15 N° 4-63 PBX: 2366222, Cel: 315 573 29 32.
Web: www.laboratorioclinicolopez.com, Email: gestion@laboratorioclinicolopez.com

La manipulación o alteración del contenido de este documento está sujeto a la ley 289 del código penal citado a continuación; "El que falsifique documento privado que pueda servir de prueba, incurrirá, si lo usa, en prisión de dieciséis (16) a ciento ocho (108) meses."

VIGILADO Supersalud

Powered by CamScanner

Laboratorio Clinico Lopez S.A.S.

Orden de trabajo: 0002 000000031513

Paciente: MARTHA CECILIA VELASQUEZ LOPEZ
D.I.: 66719085
Medico:
Empresa: LABORATORIO CLINICO LOPEZ OCUPACIONAL IPS S.A.S

Edad/Sexo: 053 A /F
Origen muestra: AMBULATORIO
Fecha Recepción: 03/02/2025
Fecha Impresión: 03/02/2025

ANÁLISIS	RESULTADOS	V/REFERENCIA
PDW Ancho de distribucion plaquetaria	8.8 fl	** 9.0 a 17.0
PCT Plaquetocrito	0.198 %	0.108 a 0.282
P-LCR Cuociente de celulas plaquetarias	14.1 %	11.0 a 45.0
P-LCC Cuociente de celulas plaquetarias	40 10^9/L	30 a 90

Técnica Citometria de flujo e impedancia, Reportado: 03/02/2025 14:44:54
Responsable: DIANA LUCIA VELEZ TRIVINO, Reg. T.P 21757-95

La manipulación o alteración del contenido de este documento está sujeto a la ley 289 del código penal citado a continuación, "El que falsifique documento privado que pueda servir de prueba, incurrirá, si lo usa, en prisión de dieciséis (16) a ciento ocho (108) meses."

VIGILADO Supersalud

Powered by CamScanner

Hace constar:

Que el Sr(a) MARTHA CECILIA VELASQUEZ LOPEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 66719085 realizó el día 22/02/2025 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 MARTHA CECILIA VELASQUEZ LOPEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 66719085 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 -

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA 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, **MARTHA CECILIA VELASQUEZ LOPEZ** identificado con **CC** No. **66719085**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 10/02/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 10/02/2025 **Fecha fin de Contrato:** 06/12/2025 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 2

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501012707249.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 19 días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BUGA, VALLE **28/01/2025**
DEL CAUCA,
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor MARTHA VELASQUEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **66719085**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550016400686578**
Fecha de apertura	**21/06/2021**

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. SUC:	NO. PÓLIZA:	ANEXO:
TULUA	AGENCIA TULUA	52	52-46-101005102	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
13	02	2025	17	02	2025	00:00	06	04	2026	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL:	VELASQUEZ LOPEZ MARTHA CECILIA			IDENTIFICACIÓN:	C.C. :66,719,085
DIRECCIÓN:	CRA 9A. 4SUR-17	CIUDAD:	BUGA - VALLE	TELÉFONO:	3168023798

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			IDENTIFICACIÓN:	NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN:	CARRETER CENTRAL VIA TULUA KM 2	CIUDAD:	BUGA - VALLE	TELÉFONO:	6022244921
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.7434380 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTACION DE SERVICIOS DE CARACTER TEMPORAL ORIENTANDO FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL COMO INSTRUCTOR SENA DEL PROGRAMA DE ARTICULACION CON LA EDUCACION MEDIA TECNICA EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS ATENDIDOS POR EL CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA PARA LA VIGENCIA 2025.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	17/02/2025	06/04/2026	$ 4,446,193.90

ACLARACIONES:

VALOR PRIMA NETA:	GASTOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00	$ 4,446,193.90	CONTADO

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

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

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

52-46-101005102

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

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

Hacemos constar, que la póliza No. 52-46-101005102, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

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

Dado en TULUA, a los 13 días del mes de Febrero de 2025



FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

Oficina Principal: Autopista Norte # 103 - 60, Piso 5 Bogotá D.C. Teléfono: 601-2186977, 601-6019330
ASISTENCIA CELULAR #388 - FUERA DE BOGOTA 018000123010
www.segurosdelestado.com

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.52-46-101005102

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

1. AMPAROS.

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ SEGURESTADO OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, HASTA EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO PACTADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA, CUBRIENDO CON ELLOS, SIEMPRE LOS PERJUICIOS DIRECTOS QUE CON SUJECIÓN A LA DEFINICIÓN DE LAS CONDICIONES ADELANTE INDICADAS, LLEGARE A CAUSAR EL GARANTIZADO POR EL INCUMPLIMIENTO QUE, ATRIBUIBLE A SU ACCIÓN U OMISIÓN, PRODUJERE.

LOS AMPAROS QUE SE OTORGAN EN ESTA PÓLIZA SERÁN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. SEGÚN LAS DEFINICIONES QUE A CONTINUACIÓN SE INDICAN:

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

EL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LA SANCIÓN DERIVADA DEL INCUMPLIMIENTO DE LA OFERTA, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1.1.1 LA NO AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUANDO EL PLAZO PARA LA ADJUDICACIÓN O PARA SUSCRIBIR EL CONTRATO ES PRORROGADO, SIEMPRE QUE TAL PRÓRROGA SEA INFERIOR A TRES (3) MESES.

1.1.2 EL RETIRO DE LA OFERTA DESPUÉS DE VENCIDO EL PLAZO FIJADO PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS OFERTAS.

1.1.3 LA NO SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO SIN JUSTA CAUSA POR PARTE DEL ADJUDICATARIO.

1.1.4 LA FALTA DE OTORGAMIENTO POR PARTE DEL PROPONENTE SELECCIONADO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

EL AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE LLEGUEN A CAUSAR, CON OCASIÓN DE (I) LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO, (II) EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO Y (III) LA APROPIACIÓN INDEBIDA DE LOS RECURSOS RECIBIDOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO EN CALIDAD DE ANTICIPO.

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

EL AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE CAUSEN POR LA NO DEVOLUCIÓN TOTAL O PARCIAL, DEL DINERO ENTREGADO AL CONTRATISTA GARANTIZADO A TITULO DE PAGO ANTICIPADO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR.

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

EL AMPARO DE CUMPLIMIENTO, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS DIRECTOS DERIVADOS DE: (A) EL INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (B) EL CUMPLIMIENTO TARDÍO O DEFECTUOSO DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (C) LOS DAÑOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA POR ENTREGAS PARCIALES DE LA OBRA, CUANDO EL CONTRATO NO PREVÉ ENTREGAS PARCIALES; Y (D) EL PAGO DEL VALOR DE LAS MULTAS Y DE LA CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA SIEMPRE QUE SE HUBIEREN PACTADO PREVIAMENTE EN EL CONTRATO GARANTIZADO.

EN VIRTUD DE LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 44 DE LA LEY 610 DE 2000, LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CUBRIRÁ LOS PERJUICIOS CAUSADOS A LA ENTIDAD ESTATAL COMO CONSECUENCIA DE LA CONDUCTA DOLOSA O CULPOSA, IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADOS DE UN PROCESO DE RESPONSABILIDAD FISCAL,SIEMPRE Y CUANDO ESOS PERJUICIOS DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES SURGIDAS DEL CONTRATO AMPARADO POR LA GARANTÍA.

1.5 AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES.

EL AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES DE NATURALEZA LABORAL, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS QUE SE LE OCASIONEN, A RAÍZ DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES A QUE ESTÉ OBLIGADO EL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO AMPARADO EN EL TERRITORIO NACIONAL.

ESTA GARANTÍA NO SE APLICARÁ PARA LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN EN SU TOTALIDAD FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL POR PERSONAL CONTRATADO BAJO UN RÉGIMEN JURÍDICO DISTINTO AL NACIONAL.

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

EL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE GENEREN COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, PRESENTADOS EN LA OBRA ENTREGADA Y RECIBIDA A SATISFACCIÓN DE DICHA ENTIDAD ESTATAL O SUS REPRESENTANTES, CUYA CAUSA SEA IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO.

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

EL AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO, QUE SE OCASIONEN CON POSTERIORIDAD A LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, Y QUE SE DERIVEN DE LA DEFICIENTE CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO.

EN LOS CONTRATOS DE INTERVENTORIA, LA VIGENCIA DE ÉSTE AMPARO DEBE SER IGUAL AL PLAZO DE LA GARANTÍA DE ESTABILIDAD DEL CONTRATO PRINCIPAL EN CUMPLIMIENTO DEL PARAGRAFO DEL ARTÍCULO 85 DE LA LEY 1474 DE 2011.

1.8 CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADOS.

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA, SUFRIDOS POR LA DEFICIENTE CALIDAD E INCORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES QUE RECIBE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO GARANTIZADO.

2. EXCLUSIONES.

LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO OPERARÁN CUANDO LOS DAÑOS A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA SE GENEREN POR:

2.1 CAUSA EXTRAÑA, ESTO ES, LA FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO, EL HECHO DE UN TERCERO O LA CULPA EXCLUSIVA DE LA VÍCTIMA.

2.2. DAÑOS CAUSADOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO, A LOS BIENES DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, NO DESTINADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.

2.3. EL USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A QUE SE ENCUENTRE OBLIGADA LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA.

2.4. EL DETERIORO NORMAL QUE SUFRAN LOS BIENES ENTREGADOS CON OCASIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, COMO CONSECUENCIA DEL TRANSCURSO DEL TIEMPO.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

3. SUMA ASEGURADA.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1079 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO NO ESTARA 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.

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

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