SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL RISARALDA
CENTRO ATENCION SECTOR AGROPECUARIO-RISARALDA-EMPRENDE RURAL

Código Regional	**66**
Código Centro	**912110**
Fecha Elaboración	**3 de agosto de 2020**
Versión	**MAYO 2020 - 4,20**
ID de Proceso	**68111-319001**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	LUCELLY MARTINEZ TROCHEZ	**C.C.**	29.675.654	**IP/Nº de contacto**	3147437181
Correo electrónico contratista:	lumartinez@sena.edu.co				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** NO **Es Pensionado?** NO

Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000 NO **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 85188146797

Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato? NO **Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los $ 117.503.000** NO

Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas: NO

Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: N/A

Se acogió para el mes objeto de cobro, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: N/A

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 1652212/2020 **Nº Compromiso SIIF** **51920**

Valor Total del Contrato	$ 19.872.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 19.872.000	**1**	**Del**	**01/07/2020**	**Al**	**31/07/2020**	**$ 3.680.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 16.192.000		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.680.000	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo		$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.680.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.445.300**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Julio	Junio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**AFILIACION**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.472.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 184.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 235.600	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 15.400	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ -	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 815.100	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.445.300,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.260.400,00	
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	6.521,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
Aporte Voluntario Dec. 568/2020	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 3.673.479,00**	

SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DEL 1 AL 31 DE JULIO DE 2020
Consecución de grupos, gestión de documentos, registro en Sofia Plus de aspirantes y solicitud de matricula. (24 horas)
Carpeta del instructor:Formulación proyectos formativos,Planeación pedagógica,Guías aprendizaje e instrumentos evaluación (32 horas)
Ejecución de las actividades de aprendizaje para dar cumplimiento a los siguientes resultados de aprendizaje:
Ficha 2149985.Determinar los recursos e insumos para la producción de cultivos transitorios, (32 horas)
Ficha 2153949.Determinar los recursos e insumos para la producción de cultivos transitorios, (32 horas)
Ficha 2152740.Definir el área para el establecimiento de invernadero según criterios técnicos. (40 horas)
Total Horas: 160 Horas
Cuenta de ahorros No.85188146797 Banco Bancolombia Planilla Seguridad Social AFILIACION Municipio de Pereira

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

LUCELLY MARTINEZ TROCHEZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

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

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

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

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

NATALIA MARULANDA MENDEZ
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

GERMAN ANDRES SANCHEZ SANCHEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

NIT - 805000427

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A COOMEVA EPS

(NO VÁLIDO PARA MOVILIDAD EN EL SGSSS,

USO DE SERVICIOS MÉDICOS NI PARA PAGO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS)

La afiliada LUCELLY MARTINEZ TROCHEZ identificada con CC-29675654 está vinculada al Sistema General de Seguridad Social en Salud Régimen Contributivo por intermedio de COOMEVA EPS S.A en calidad de COTIZANTE CABEZA DE FAMILIA y su estado actual es ACTIVO.

Reiteramos nuestra entera disposición para colaborar frente a cualquier inquietud que pueda presentarse, en la línea gratuita: 01 8000 930 779.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado el dia Julio 22 de 2020.

Cordialmente,

Director Nacional De Operaciones

29675654

¡Gracias por contar con Coomeva, Coomeva cuenta con usted!

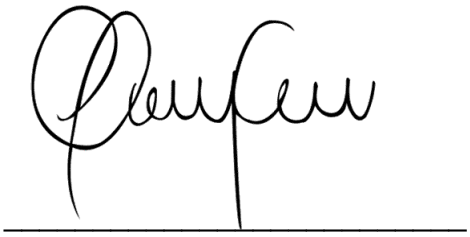
SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

LUCELLY MARTINEZ TROCHEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **29.675.654**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Julio del 2020.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 13 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14529218585

(415)7707212489984(8020) 000001452921858 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
2967565 4	9	Impuestos y Aduanas de Palmira 15	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	29675654	2000 12 27

Lugar de expedición / 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Valle del Cauca 76	Palmira 520

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MARTINEZ	TROCHEZ	LUCELLY	

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Valle del Cauca 76	Palmira 520

41. Dirección principal: CL 44 13 A 79 BRR PLAZA CAMPESTRE

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
cellymar2004@hotmail.com		3147437181	

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8559	2018 01 02	0161	2005 11 11	8299		1210	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2019 05 23

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

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

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo:

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CENTRO DE SERVICIOS DE SALUD SANTANGEL SAS
NIT : 900063271-4 - SEDE PALMIRA
LSST No. 2269 del 26/12/2017

Cra 30 # 32-29 Local 105
Teléfono : (2) 486 5675 - 318 340 9506
gerenciageneral.santangel@gmail.com

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

Fecha Emisión	Realizado en	Tipo Evaluación - Énfasis	Orden Servicio No.
2020-06-24	PALMIRA (Valle del Cauca)	Pre-Ingreso, Osteomuscular	376659



IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombres y Apellidos				Identificación	Sexo
LUCELLY MARTINEZ TROCHEZ				CC 29675654	Femenino
Fecha Nacimiento	**Edad**	**Tipo Sangre - Rh ***	**Peso**	**Talla**	**Índice Masa Corporal**
1982-10-04	37 años	A+	52 kilogramos	157 centimetros	21.1
Dirección Residencia				**Teléfonos**	
CALLE 44 13 A 79				3147437181	

(*) Valor registrado según documento de identidad suministrado por el usuario

INFORMACIÓN LABORAL ACTUAL

Cargo a desempeñar	Empresa Contratante	Empresa Usuaria
INGENIERO AGRICOLA	PERSONA NATURAL A2	PERSONA NATURAL A2

Certificado emitido de acuerdo con la Evaluación Médica Ocupacional realizada el 2020-06-24. Para emitir el concepto médico ocupacional se analizaron los siguientes exámenes complementarios:

Exámenes Paraclinicos

Optometría Ocupacional (Manual)(2020-06-23), Audiometría ocupacional (2020-06-24), Espirometría Ocupacional (2020-06-24), Espectrografía Vocal (2020-06-25)

Exámenes Laboratorio

Glucosa En Suero, Lcr U Otro Fluido Diferente A Orina (2020-06-24), JUNIO 24/2020
COLESTEROL TOTAL
COLESTEROL HDL
TRIGLICERIDOS

Vacunación

Vacunas no realizadas

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Pre-Ingreso: Condiciones de salud acordes con los requerimientos del perfil del cargo.
Osteomuscular: Sin patología osteomuscular aparente

Recomendaciones Específicas

—

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

Se remite al trabajador para valoración por las siguientes especialidades: Medicina General. .

Recomendaciones Generales - Observaciones

SE RECOMIENDA REALIZAR ACTIVIDAD FISICA REGULAR AL MENOS 3 VECES POR SEMANA, NO FUMAR, NO INGERIR LICOR, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, AUTOCUIDADO, PREVENCIÓN DE ACCIDENTES, PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL SEGÚN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS Y NORMAS DEL SG-SST DE LA EMPRESA, CON RESPECTO AL CUADRO ACTUAL DE COVID-19 QUE SE PRESENTA EN EL PAIS SE RECOMIENDA CONSULTAR POR URGENCIAS O A SU EPS EN CASO DE PRESENTAR FIEBRE MAYOR A 38 GRADOS, TOS, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, FATIGA O VÓMITO PERMANENTE.

Firma Especialista
Dra. Sandra Milena Zarate
Registro No.: 027

Firma del Usuario
LUCELLY MARTINEZ TROCHEZ
CC.: 29675654

CENTRO DE SERVICIOS DE SALUD SANTANGEL SAS
NIT : 900063271-4 - SEDE PALMIRA
LSST No. 2269 del 26/12/2017

Cra 30 # 32-29 Local 105
Teléfono : (2) 486 5675 - 318 340 9506
gerenciageneral.santangel@gmail.com

HC No. 29675654 Orden Servicio No. 376659

ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL

Fecha de Examen	2020-06-24 09:31:41	**Orden Servicio No.**	**376659**
Tipo de Examen	Pre-Ingreso		
Enfasis en	Osteomuscular		
Ciudad	PALMIRA (Valle del Cauca)		
Empresa Convenio	PERSONA NATURAL A2		
Empresa Usuaria	PERSONA NATURAL A2		

II. IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombres y Apellidos	LUCELLY MARTINEZ TROCHEZ			**No. Identificación**	CC 29675654
Sexo	Femenino	**Grupo Étnico**	Otro		
Nacionalidad	Colombia			**Fecha Nacimiento**	1982-10-04 **Edad** 37 años
Estado Civil	Soltero			**Composición Familiar**	3 personas
Nivel Educativo	Profesional	**Profesión u Oficio**	INGENIERIA AGRICOLA		
Ciudad	PALMIRA (Valle del Cauca)				
Dirección Residencia	CALLE 44 13 A 79			**Estrato**	2
Zona de Residencia	Urbana	**Localidad/Comuna**			
Teléfonos	3147437181				
Correo Electrónico					
EPS	Coomeva	**ARL**	- No Tiene -	**AFP**	Porvenir
Acompañante/Responsable	No Registra				



III. INFORMACIÓN LABORAL ACTUAL

Cargo a desempeñar	INGENIERO AGRICOLA	**Area de Trabajo**	INGENIERIA
Factores de Riesgo Respiratorio para el cargo a desempeñar	Suministrados por el trabajador		
Exposición a Factores Riesgo Respiratorio	No		
Uso de Elementos de Protección Respiratoria	No	**Frecuencia de Uso**	

IV. ANTECEDENTES OCUPACIONALES DE RIESGO RESPIRATORIO

Empresa	Cargo	Tiempo	Expuesto a Riesgo Respiratorio	Uso Elementos Protección Respiratoria

V. ANTECEDENTES RESPIRATORIOS FAMILIARES

VI. ANTECEDENTES PERSONALES

Generales	**Gripa a repetición**	Negativo	**Tos con frecuencia**	Negativo	**Disnea en reposo**	Negativo
	Asma Bronquial	Negativo	**Rinitis Alérgica**	Negativo	**Bronquitis a repetición**	Negativo
	Tuberculosis	Negativo	**Hipertensión Arterial**	Negativo	**Cáncer de Pulmón**	Negativo
	Cirugía de Tórax	Negativo	**Otro**	Negativo		
Contraindicaciones	**Infarto Miocárdico Reciente (3 meses)**	Negativo	**Epilepsia NO controlada**	Negativo		
	Hipertensión Arterial NO controlada	Negativo	**Cirugía Reciente**	Negativo		
	Embarazo de Alto Riesgo	Negativo	**Fumó en las 2 últimas horas**	Negativo		
	Usó Broncodilatador 8 horas antes	Negativo	**Otra**	Negativo		
Hábitos y Actividades Extralaborales	**Tabaco** No Fumador	**Cantidad**				
	Tiempo Fumando		**Tiempo de Suspensión**			
	Practica Deporte? Si	**Cúal?**		**Frecuencia**		
Observaciones						

CENTRO DE SERVICIOS DE SALUD SANTANGEL SAS
NIT : 900063271-4 - SEDE PALMIRA
LSST No. 2269 del 26/12/2017

Cra 30 # 32-29 Local 105
Teléfono : (2) 486 5675 - 318 340 9506
gerenciageneral.santangel@gmail.com

HC No. 29675654 Orden Servicio No. 376659

VII. EXAMEN ESPIROMETRÍA

Fecha Última Espirometria	No-Recuerda	**Resultado**	PRIMERA VEZ			
Peso	56	**Talla**	160	**Indice Masa Corporal**	21.88	Peso Normal

Resultados (Mejor Test)	**Test**	**% Teóricos**
	Capacidad Vital Forzada (FVC)	95%
	Volúmen Espiratorio Forzado en 1 segundo (FEV_1)	99%
	FEV_1 / FVC	104%
	Flujo Espiratorio Forzado entre el 25% y el 75% de la FVC (FEF_{25-75})	107%

NOTA: Se incluye curva espirometría.

VIII. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Diagnóstico Principal CIE-10	Z100 - Examen de salud ocupacional
Tipo	Impresión Diagnóstica

Diagnóstico	Patrón Normal
Observaciones	

IX. RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

Recomendaciones	Se recomienda Uso de protección respiratoria adecuada al riesgo
Observaciones	



Firma Especialista

Dra. Yuranny Casallas Cifuentes
Registro No.: 5525-10



Firma del Usuario

LUCELLY MARTINEZ TROCHEZ
CC.: 29675654

CENTRO DE SERVICIOS DE SALUD SANTANGEL SAS
NIT : 900063271-4 - SEDE PALMIRA
LSST No. 2269 del 26/12/2017

Cra 30 # 32-29 Local 105
Teléfono : (2) 486 5675 - 318 340 9506
gerenciageneral.santangel@gmail.com

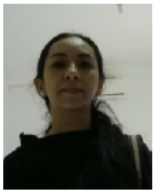
HC No. 29675654 Orden Servicio No. 376659

AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL

Fecha de Examen	2020-06-24 09:30:41	**Orden Servicio No.**	376659
Tipo de Examen	Pre-Ingreso		
Enfasis en	Osteomuscular		
Ciudad	PALMIRA (Valle del Cauca)		
Empresa Convenio	PERSONA NATURAL A2		
Empresa Usuaria	PERSONA NATURAL A2		

I. IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombres y Apellidos	LUCELLY MARTINEZ TROCHEZ			**No. Identificación**	CC 29675654
Sexo	Femenino	**Grupo Étnico**	Otro		
Nacionalidad	Colombia			**Fecha Nacimiento**	1982-10-04 **Edad** 37 años
Estado Civil	Soltero			**Composición Familiar**	3 personas
Nivel Educativo	Profesional			**Profesión u Oficio**	INGENIERIA AGRICOLA
Ciudad	PALMIRA (Valle del Cauca)				
Dirección Residencia	CALLE 44 13 A 79			**Estrato**	2
Zona de Residencia	Urbana	**Localidad/Comuna**			
Teléfonos	3147437181				
Correo Electrónico					
EPS	Coomeva	**ARL**	- No Tiene -	**AFP**	Porvenir
Acompañante/Responsable	No Registra				



II. INFORMACIÓN LABORAL ACTUAL

Cargo a desempeñar	INGENIERO AGRICOLA	**Área de Trabajo**	INGENIERIA
Descripción Cargo	INGENIERO AGRICOLA		
Turno de Trabajo	Diurno	**Rango Salarial**	Desconoce
Factores de Riesgo Auditivo para el cargo a desempeñar	Suministrados por el trabajador		
Exposición a Factores Riesgo Auditivo	No	**Uso de Elementos de Protección Auditiva**	No

III. ANTECEDENTES OCUPACIONALES DE RIESGO AUDITIVO

Empresa	Cargo	Tiempo	Expuesto a Riesgo Auditivo	Uso Elementos Protección Auditiva

IV. ANTECEDENTES AUDITIVOS FAMILIARES

Niega

V. ANTECEDENTES PERSONALES

Generales	Hipertensión Arterial	Negativo	Diabetes	Negativo	Parálisis Facial	Negativo	
	Rinitis	Negativo	Rubeola	Negativo	Sarampion	Negativo	
	Paperas	Negativo	Trauma Craneo Encefálico	Negativo	Otro	Negativo	
Otológicos	Otitis Repetitiva	Negativo	Hipoacusia	Negativo	Tinnitus	Negativo	
	Cirugia Oido	Negativo	Prurito	Negativo	Ototóxicos	Negativo	
	Problemas de Equilibrio	Negativo					
Ruido Extralaboral	Servicio Militar	Negativo	Auriculares	Negativo	Motociclismo	Negativo	
	Tejo	Negativo	Uso armas de fuego	Negativo			
Observaciones	NINGUNO						

VI. EXAMEN AUDIOMETRÍA

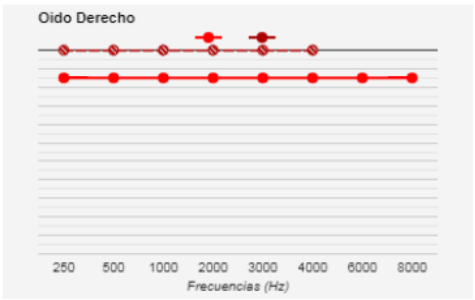
Fecha Ultima Audiometria	No-Recuerda	Resultado			
Reposo auditivo para la prueba actual	Si	Tiempo del reposo auditivo	8 Horas	Tiempo de Exposición a Ruido	0 Horas
Equipo para la prueba actual	MAICO MA 39			Fecha Ultima Calibración	2019-02-23
Otoscopia	Oido Derecho	Normal			
	Oido Izquierdo	Normal			

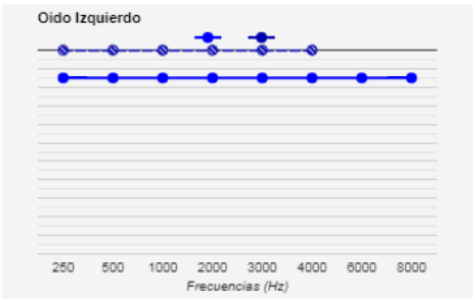
CENTRO DE SERVICIOS DE SALUD SANTANGEL SAS
NIT : 900063271-4 - SEDE PALMIRA
LSST No. 2269 del 26/12/2017

Cra 30 # 32-29 Local 105
Teléfono : (2) 486 5675 - 318 340 9506
gerenciageneral.santangel@gmail.com

HC No. 29675654 Orden Servicio No. 376659

Audiogramas





Resumen de Frecuencias	Intensidad	Frecuencias (Hz)								Promedio Tonos Puros (5,1,2,3)
		250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	
	Oido Derecho - Vía Aérea	15	15	15	15	15	15	15	15	15dB
	Oido Derecho - Vía Ósea	0	0	0	0	0	0			
	Oido Izquierdo - Vía Aérea	15	15	15	15	15	15	15	15	15dB
	Oido Izquierdo - Vía Ósea	0	0	0	0	0	0			

Escalas Auditivas				
	SAL (PTA 5,1,2)	Oido Derecho	15dB	A: Normal
		Oido Izquierdo	15dB	A: Normal
	ELI (4000Hz)	Presbiacusia	0dB	
		Oido Derecho	15dB	C: Normal Limite
		Oido Izquierdo	15dB	C: Normal Limite
	LARSEN	Oido Derecho	Normal	
		Oido Izquierdo	Normal	

VII. DIAGNÓSTICO AUDIOLÓGICO

Diagnóstico Principal CIE-10	Z100 - Examen de salud ocupacional
Tipo	Impresión Diagnóstica

Oido Derecho	Según GATISO, Audición Normal.
Oido Izquierdo	Según GATISO, Audición Normal.

VIII. RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

Recomendaciones	Se recomienda Protección auditiva para laboral expuesto a niveles de presión sonora superiores a 80 dB.
Observaciones	Ninguna

Firma Especialista

Dra. Yuranny Casallas Cifuentes
Registro No.: 5525-10

Firma del Usuario

LUCELLY MARTINEZ TROCHEZ
CC.: 29675654

UNIDAD VISUAL DEL VALLE

900046378-1
Carrera 30 No 31 - 23
Palmira

HISTORIA CLINICA OPTOMETRIA

FECHA: Junio 23-2020

NOMBRE: Lucelly Martinez Trochez EDAD: 37

DOCUMENTO: 29675654 SEDE: Palmira.

RX AV OD: 20/20 AV VP OD: OR
AV OI: 20/20 - AV VP OI: OR

REFRACCION OD Neutro
OI Neutro

COVER TEST: _____ VL Orto VP Exof PPC 5cm

TEST DEL COLOR: Normal Estereopsis: Normal

DIAGNOSTICO: Emetrope (Normal) - Insuficiencia de convergencia

CONDUCTA: Rx de descanso en uso

DR: Dr. Carlos A. Gimenez C.

Omnisalud
Para toda la vida

ORGANIZACION MEDICO ODONTOLOGICA NACIONAL INTEGRADA S.A.
NIT: 811037385-2
DIRECCIÓN: CR 49 N 49 24 2DO PISO
TELÉFONO: 4481044



Nombre Paciente:	MARTINEZ TROCHEZ LUCELLY	**Lugar Residencia**	Palmira (Urbano)
No. Documento:	CC 29675654	**Telefono:**	
Fecha de Nacimiento:	10/04/1982	**Telefono Celular:**	3147437191
Edad:	37 AÑOS	**Correo Electronico:**	
Fecha:	2020-06-25 10:39	**Estado Civil:**	SOLTERO (A)
Lugar de Nacimiento:	Palmira	**Ocupación:**	OTRO
Direccion Residencia	null	**Cliente Aseguradora Cargo Salud:**	PARTICULAR MEDICINA
Genero:	Femenino	**Plan:**	PLAN PARTICULAR MEDICINA PARTICULAR MEDICINA PLAN PARTICULAR CALI
Grado Institución:	PROFESIONAL	**Pension**	PORVENIR S.A.
Grupo Etnico	MESTIZO	**Riesgos Laborales:**	
Tipo Sangre:	A+	**Empresa en Mision:**	
Cargo:	INSTRUCTORA SENA	**Programa:**	
Tipo de Admision	REALIZACION DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS	**EPS:**	
Lugar de realización	Palmira		

ESPECTROGRAFIA VOCAL

ANTECEDENTES PERSONALES

Antecedentes personales

Enfermedades respiratorias: NO ; **Gripa:** NO ; **Otitis:** NO ; **Amigdalitis:** NO ; **Reflujo gastroesofagico:** NO ; **Laringitis:** NO
Paralisis facial: NO ; **Cirugia tiroides:** NO ; **Cancer:** NO ; **Afonia.:** NO ; **Disfonia.:** NO ; **Globus faringeo:** NO
Fonastenia.: NO ; **Fatiga Vocal:** NO ; **Odinofonia :** NO ; **Disresonancia :** NO ; **Carraspeo:** NO ; **Tos crónica :** NO ; **Disfagia :** NO

HABITOS DE LA VIDA DIARIA

Habitos de la vida diaria

Tabaquismo: NO ; **Alcohol:** NO ; **Cafeina:** NO
Agua: SI ; **Deportes:** NO
Observaciones de antecedentes patologicos y habitos de la vida diaria: CONSUMO DE AGUA

Entorno sociolaboral

Espacios cerrados: NO ; **Espacios abiertos:** NO ; **Ruido:** NO
Cambios de temperatura: NO ; **Material particulado:** NO ; **Observaciones de entorno sociolaboral:** NINGUNO

ORGANOS FONOARTICULADORES

Labios: NORMAL, ; **Lengua:** NORMAL, ; **Velo paladar:** NORMAL,
Dientes: NORMAL, ; **Musculos del cuello:** NORMAL, ; **Mandibula:** NORMAL,
Musculos de la cara: NORMAL, ; **Observaciones organos fonoarticuladores:** NINGUNO

CAVIDADES DE RESONANCIA

Biotipo facial: MESOCEFALO, ; **Perfil facial:** PLANO, ; **Simetria facial:** SIMETRICO,
Postura: NORMAL, ; **Modo respiracion:** MIXTO, ; **Tipo respiracion:** COSTAL ALTO O CLAVICULAR,
Observaciones cavidades de resonancia: NINGUNO

VALORACION DE LA EFICIENCIA VOCAL

Tiempo maximo de fonacion (TMF): NORMAL, ; **Cociente fonorespiratorio (indice S/Z):** NORMAL,
Observaciones valoracion de la eficiencia vocal: NINGUNO

ESPECTROGRAFIA VOZ HABLADA

Frecuencia fundamental: NORMAL, ; **Ruido entre armonicos:** NO
Observaciones espectrografia voz hablada: NINGUNO

RECOMENDACIONES EN FONOAUDIOLOGIA

DIAGNÓSTICOS: HIPERNASALIDAD E HIPONASALIDAD (R492) 2020-06-25 TIPO DIAGNOSTICO: IMPRESION DIAGNOSTICA CLASIFICACION DIAGNOSTICO: PRINCIPAL NINGUNO
Observaciones y conclusiones finales: Valoracion tamiz, PARA CORROBORACION DE ESTA VALORACION SE REQUIERE ESPECTROGRAFIA VOCAL

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

OBSERVACIONES: Examen en parametros de normalidad cumpliendo con los lineamientos de la evaluación realizada, se le explica al usuario pautas de higiene vocal cuando este laborando para evitar el mal uso y abuso vocal.

ESPECTROGRAFIA VOCAL

ANTECEDENTES PERSONALES

Antecedentes personales

Enfermedades respiratorias: NO ; **Gripa:** NO ; **Otitis:** NO ; **Amigdalitis:** NO ; **Reflujo gastroesofagico:** NO ; **Laringitis:** NO
Paralisis facial: NO ; **Cirugia tiroides:** NO ; **Cancer:** NO ; **Afonia.:** NO ; **Disfonia.:** NO ; **Globus faringeo:** NO

Fonastenia: NO ; **Fatiga Vocal:** NO ; **Odinofonia :** NO ; **Disresonancia :** NO ; **Carraspeo:** NO ; **Tos crónica :** NO ; **Disfagia :** NO

HABITOS DE LA VIDA DIARIA

Habitos de la vida diaria

Tabaquismo: NO ; **Alcohol:** NO ; **Cafeina:** NO

Agua: SI ; **Deportes:** NO

Observaciones de antecedentes patologicos y habitos de la vida diaria: CONSUMO DE AGUA

Entorno sociolaboral

Espacios cerrados: NO ; **Espacios abiertos:** NO ; **Ruido:** NO

Cambios de temperatura: NO ; **Material particulado:** NO ; **Observaciones de entorno sociolaboral:** NINGUNO

ORGANOS FONOARTICULADORES

Labios: NORMAL, ; **Lengua:** NORMAL, ; **Velo palatar:** NORMAL,

Dientes: NORMAL, ; **Musculos del cuello:** NORMAL, ; **Mandibula:** NORMAL,

Musculos de la cara: NORMAL, ; **Observaciones organos fonoarticuladores:** NINGUNO

CAVIDADES DE RESONANCIA

Biotipo facial: MESOCEFALO, ; **Perfil facial:** PLANO, ; **Simetria facial:** SIMETRICO,

Postura: NORMAL, ; **Modo respiracion:** MIXTO, ; **Tipo respiracion:** COSTAL ALTO O CLAVICULAR,

Observaciones cavidades de resonancia: NINGUNO

VALORACION DE LA EFICIENCIA VOCAL

Tiempo maximo de fonacion (TMF): NORMAL, ; **Cociente fonorespiratorio (indice S/Z):** NORMAL,

Observaciones valoracion de la eficiencia vocal: NINGUNO

ESPECTROGRAFIA VOZ HABLADA

Frecuencia fundamental: NORMAL, ; **Ruido entre armonicos:** NO

Observaciones espectrografia voz hablada: NINGUNO

RECOMENDACIONES EN FONOAUDIOLOGIA

DIAGNÓSTICOS: HIPERNASALIDAD E HIPONASALIDAD (R492) 2020-06-25 TIPO DIAGNOSTICO: IMPRESION DIAGNOSTICA CLASIFICACION DIAGNOSTICO: PRINCIPAL NINGUNO

Observaciones y conclusiones finales: Valoracion tamiz, PARA CORROBORACION DE ESTA VALORACION SE REQUIERE ESPECTROGRAFIA VOCAL

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

OBSERVACIONES: Examen en parametros de normalidad cumpliendo con los lineamientos de la evaluación realizada, se le explica al usuario pautas de higiene vocal cuando este laborando para evitar el mal uso y abuso vocal.

FORY ARIAS STEPHANIA
CC 1113652543
1113652543

FIRMA DEL TRABAJADOR

LABORATORIO ESPECIALIZADO
MARYBEL ROJAS S.A.S
DIRECCION: CALLE 31 No 30-73 TELEFONO: 2873444 - 2879967
Palmira - Valle de Cauca - Colombia
e-mail: labesmaro@yahoo.es

11240406

Orden No : 11240406
Paciente : LUCELLY MARTINEZ TROCHEZ
Identificación : 29675654
Convenio : SANTANGEL SAS
Servicio : URGENCIAS

Fecha recepción : 24/06/2020 09:12:42
Fecha 1ra. Impresión :
Edad/Sexo : 37 / F
Telefono : 3147437181

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
QUIMICA			
Glucosa	**74.1**	mg/dl	70 - 110 mg/dl Primer Dia : 40 - 60 mg/dl Mayor de 1 Dia: 50 - 80 mg/dl Adultos : 70 - 110 mg/dl
Colesterol de Alta Densidad - HDL	**54**	mg/dl	Hombres Mujeres Riesgo Menor : > 50 >60 mg/dl Riesgo Normal : 35-50 45-60 mg/dl Riesgo Elevado: < 35 <45 mg/dl
Colesterol VLDL	**19.0**		
Indice Arterial	**4.8**		
Colesterol Total	**259**	mg/dl	Optimo : Hasta 200 mg/dl Moderado: 200 - 239 mg/dl Elevado : > 240 mg/dl
Observaciones	**DATO CONFIRMADO**		
Triglicéridos	**95**	mg/dl	Hombres :40 - 160 mg/dl Mujeres :35 - 135 mg/dl

VIVIANA SANJUÁN PÉREZ
BACTERIOLOGA
T.P. 01552
Validación: 24/06/2020 12:03:20

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

Hace constar:

Que el Sr(a) LUCELLY MARTINEZ TROCHEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 29675654 realizó el día 24/07/2020 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo LUCELLY MARTINEZ TROCHEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 29675654 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

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

_____
Firma

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

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN DEL DIA 26/06/2020

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	899999034	**Cédula Usuario:**	C 10093372
Nombre:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA				
Dirección:	CL 57 8 64				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	LAGUIRREM@SENA.EDU.CO				
Teléfono:	5481500		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1806001 ESTABLECIMIENTOS DE EDUCACION NO FORMAL INCLUYE PROGRAMAS DE ALFABETIZACION PARA ADULTOS ETC.				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
C 10093372	HAIDEN DE JESUS CASTILLO

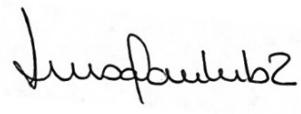
DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	799	01/07/2020	C 29675654	MARTINEZ TROCHEZ LUCELLY	2	1.044	**Independiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,



Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

5A5C18822A650BF45C1D9BEA48937435 Certificado impreso el día 6/26/2020 3:37:03 PM por el portal de empresas Edesk



www.positiva.gov.co

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

LUCELLY
MARTINEZ TROCHEZ
29675654

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
899999034

Este carné es personal e intransferible.

Certificado Bancario

Miércoles, 22 de Julio de 2020

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que LUCELLY MARTINEZ TROCHEZ identificado(a) con CC 29675654, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	85188146797	2018/01/25	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: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 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.

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

Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el momento de todos Bancolombia

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

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

Ciudad de Expedición:	Sucursal:	Cod. Sucursal:	Nro. Póliza:	Anexo:
PEREIRA	PEREIRA	55	55-46-101004427	0

Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:	Vigencia Hasta:			A las:	Tipo Movimiento:
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	
30	06	2020	01	07	2020	00:00	12	04	2021	00:00	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social:	MARTINEZ TROCHEZ LUCELLY			Identificación:	29675654
Dirección:	DIRECCIÓN CONJUNTO IRAZU TORRE 2 APTO 503	Ciudad:	DOSQUEBRADAS - RISARALDA	Teléfono:	3147437181

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA			Identificación:	899999034-1
Dirección:	CARRERA 8 26-79	Ciudad:	PEREIRA - RISARALDA	Teléfono:	3138900

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.1652212 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR TÉCNICO Y APOYO A LA GESTIÓN DEL EMPRENDIMIENTO Y/OLA EMPLEABILIDAD RURAL EN EL MARCO DE LOS LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA SENA EMPRENDE RURAL SER.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	01/07/2020	12/04/2021	$ 1,987,200.00

OBSERVACIONES:

Valor Prima Neta:	Gastos Expedición:	IVA:	Total a Pagar:	Valor Asegurado Total:	Fecha Límite de Pago:
$ 20,000.00	$ 7,000.00	$ 5,130.00	$ 32,130.00	$ 1,987,200.00	30/06/2020

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
MAGDA LORENA MARTINEZ ECHEVERRY	200020	100,00			

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

Para efecto de notificaciones la dirección de Seguros del Estado S.A. es CARRERA 7 NO 19-28 PISO 12 - Teléfono: 5124482 - PEREIRA

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdelestado.com

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

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

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

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

Hacemos constar, que la póliza No. 55-46-101004427, 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 PEREIRA, a los 30 días del mes de Junio de 2020



FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

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.55-46-101004427

1. AMPAROS.

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

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

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

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

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

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

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

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

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

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

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

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

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

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

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

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

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

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

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

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

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

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

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

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

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

2. EXCLUSIONES.

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

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

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

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

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

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

3. SUMA ASEGURADA.

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

4. VIGENCIA.

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

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

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

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

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

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

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

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

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

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

6. COMPENSACIÓN.

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

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

8. PLAZO PARA EL PAGO.

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

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

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

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

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

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

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

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

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

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

13. COASEGURO

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