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	**41400-554811**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: DIANA LORENA ECHEVERRI ALZATE
Correo electrónico contratista: dlecheverri@sena.edu.co
C.C. 24.767.658 **IP/Nº de contacto** 3218021024

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 ?** SI

Banco al cual consignar: BANCO CAJA SOCIAL **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 24523167712

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: 1652216/2020 **Nº Compromiso SIIF** **50820**

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	----------	**43868540**	Valor Base retención en la fuente	2.445.300,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.472.000	$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	3.260.400,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 184.000	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 235.600	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL II	$ 15.400	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	6.521,00	0,200%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -		Aporte Voluntario Dec. 568/2020	0,00	0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 815.100		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		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

Acciones realizadas del 01 de julio al 31 de julio de 2020
Impartir formación en los grupos del programa Sena Emprende Rural SER con Ficha de Caracterización:
2154761-Emprendedor En Transformación de Plátano, Dosquebradas, Días:18,22,24,29/julio, Competencia: Manipular alimentos, Horas:32
2156222-Emprendedor elaboración de derivados lácteos, Sta Rosa, Días:23,25,30/julio, Competencia: Manipular alimentos, Horas:24
2155565-Emprendedor procesamiento artesanal de derivados FRUHOR, Marsella, Días:21,27/julio, Competencia:Manipular alimentos Horas:16
Formulación de 3 Proyectos Formativos para las fichas: 2154761,2156222,2156222. Actualización planeación pedagógica de los programas: 96151514,96151518,96151525. Matrícula de 109 aprendices. Ficha 2154761: 40/40, Ficha 2155565: 30/30, Ficha 2156222: 39/39. Gestión de plataformas virtuales meet, zoom, teams, correo institucional para acciones administrativas y de formación. Horas Administrativas: 20
Seguridad Social Planilla Rad: 43868540 - Cuenta de Ahorros: 24523167712 Banco Caja Social - Municipio: 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.

DIANA LORENA ECHEVERRI ALZATE
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)

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	DIANA LORENA ECHEVERRI ALZATE	**NIT:**	24767658
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	junio 2020
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	junio 2020
Número de Radicación:	43868540	**Total a pagar:**	$259,500
Fecha de vencimiento:	30/09/2020	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	07/07/2020	**Número de Administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	**Número Autorización:**	675383785
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-11	890903790	ARL SURA	1		$0	$9,200
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		$0	$140,500
EPS037	900156264	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	1		$0	$109,800
						$259,500

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

CERTIFICA QUE:

El(La) señor(a) DIANA LORENA ECHEVERRI ALZATE identificado con CC 24767658 cabeza de familia se encuentra afiliado(a) a nuestra EPS.

Los siguientes son los datos básicos de dicha afiliación:

Fecha de Activación de Servicios: **01/05/2020**

IPS Cotizante: **INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A. IDIME SA IPS DOSQUEBRADAS**

Categoría: **A**

Estado: **ACTIVO**

Beneficiarios	Identificación	IPS	Tipo Afiliado	Inicio Vig.	Estado
GLORIA NELLY ALZATE GRISALES	CC 24764196	E.S.E. HOSPITAL SAN JOSE DE MARSELLA	BENEFICIARIO	01/05/2020	ACTIVO
MARIO ECHEVERRI GOMEZ	CC 4451611	E.S.E. HOSPITAL SAN JOSE DE MARSELLA	BENEFICIARIO	01/05/2020	ACTIVO

La presente solicitud se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá **QUIEN INTERESE** , a los 23 días del mes de julio del año 2020 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **DIANA LORENA ECHEVERRI ALZATE** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **24767658,** se encuentra afiliado/a desde **01/06/2020** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 23 de julio de 2020.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14636013922

(415)7707212489984(8020) 000001463601392 2

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

IDENTIFICACIÓN

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

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Risaralda 6 6	Marsella 4 4 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ECHEVERRI	ALZATE	DIANA	LORENA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Risaralda 6 6	Dosquebradas 1 7 0

41. Dirección principal: CL 15 N 4 A 271 CON BAMBU TO 3 AP 1103

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
dialoren1@hotmail.com		6 3 4 2 1 9 7 3	3 2 1 8 0 2 1 0 2 4

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

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 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2020 - 03 - 10

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 ECHEVERRI ALZATE DIANA LORENA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14636013922

(415)7707212489984(8020) **000001463601392 2**

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

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	2 0 1 1 1 0 3 1	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 1 1 1 0 3 1	
77. No. Matrícula mercantil	1 7 2 7 7 2 0 2	
78. Departamento	6 6	
79. Ciudad/Municipio	2 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

BIEN ESTAR SALUD BS S.A.S.

Para hacer del trabajo un acto digno

NIT 900.304.530-2
Calle 15 No. 4-31 Tel. 335 3055 Pereira Risaralda
E-mail: bienestarsaludsas@gmail.com

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL



INFORMACIÓN DEL PACIENTE: Fecha: miércoles, 24 de junio de 2020

Nombre: Diana Lorena Echeverri Alzate Identificación: C.C. 24.767.658 de MARSELLA
Fecha de Nacimiento: 29 de julio de 1984 Sexo: F Edad: 35 Estado Civil: Casado (a)
Dirección: Calle 15 # 4 a 2 71 Barrio: Conjunto Ba Ciudad: DOSQUEBRADAS
Teléfono: 3218021024 Proceso a Ejecutar: INSTRUCTOR ALIMENTOS

EXÁMENES PRACTICADOS

PERFIL LIPIDICO:	SI	X	NO		OPTOMETRIA:	SI	X	NO	
FROTIS FARINGEO:	SI	X	NO		KOH UÑAS:	SI	X	NO	
GLICEMIA:	SI	X	NO		EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL:	SI	X	NO	
VALORACION FONOAUDIOLOGIA:	SI	X	NO		COPROLOGICO:	SI	X	NO	
AUDIOMETRIA:	SI	X	NO						

IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA

Exámen Ocupacional: Alimentos I Nombre: Sena NIT: 899.999.034-1
Dirección: Cra 8 No 26-79 Centro Teléfono: 3122734792 Area: SENA .

RESULTADO DE LA VALORACIÓN MÉDICA

EXAMEN DE MANIPULACION DE ALIMENTOS

Apto para Ingreso: SI [X] NO [ ]
Apto para Manipulación de Alimentos: SI [X] NO [ ]

Diagnósticos / Observaciones:

SIN ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES NI NEUROLOGICAS EVIDENTES
HIGIENE POSTURAL Y VISUAL
MANEJO ADECUADO DE CARGAS
USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
DIETA, EJERCICIO
REQUIERE VALORACION M,EDICA EN SU EPS, PARA MANEJO DE DISLIPIDEMIA MIXTA
REALIZAR VISIOMETRIA Y AUDIOMETRIA ANUAL
SEGUIR NOPRMAS DE LA EMPRESA , BASADOS EN LINEAMIENTOS DEL GOBIERNO,SEGUN RESOLUCION 666 , RESPECTO AL COVID 19

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

MÉDICAS

Remisión E.P.S.: A MEDICINA GRAL Y NUTRICION Remisión A.R.L.: NO

Riesgos Ocupacionales:

Biológicos: Mivroorganismos X
Biomecánicos: Carga dinámica X
Físicos: Iluminación X

RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA EVALUACIÓN

CHARLAS EDUCATIVAS

HIGIENE POSTURAL [X] INDUCCIÓN [X] ALTURAS [ ] EPP [X] OTRAS

USO DE EPP

GUANTES [ ] MONOGAFAS [ ] CASCO [ ] TAPA OIDOS [ ] TAPA BOCAS [X] OTRAS UNIFORME

CONTROLES MÉDICOS PERIÓDICOS [X] PAUSAS ACTIVAS [X]
CUMPLIR REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL: [X]
SOCIALIZACION DE LOS FACTORES DE RIESGO A LOS QUE ESTA EXPUESTO: [X]
USO DE FORMULA OPTICA: [ ]

El trabajador examinado debe ser informado de cualquier hallazgo médico y recomendación aplicable. La resolución 1918 de junio de 2009 del ministerio de protección social, también establece que la empresa solo puede conocer el certificado médico de ingreso del aspirante. Los documentos completos de la historia clínica ocupacional están bajo custodia y guarda, acorde con lo establecido en la resolución y el trabajador puede obtener una copia de ella cuando lo requiera.

- Declaro que toda la información para los registros en la historia clínica es fidedigna y que no he omitido ningún detalle sobre mi estado de salud, ha objeto de que puedan ser confirmada. He sido informado(a) a cerca de la naturaleza y los fines de los exámenes médicos ocupacionales y paraclínicos que la empresa contratante solicita. Autorizo que sean estos realizados por los médicos y profesionales de la IPS.

Dr. Victor Hugo Monroy M.
Médico Especialista Seguridad Ocupacional No. 3914 Licencia 1333

Dr(a). VICTOR HUGO MONRROY MURILLO
Licencia en Salud Ocupacional:

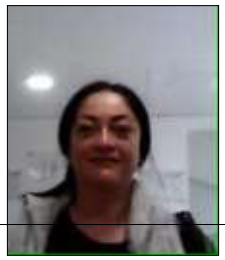
FIRMA TRABAJADOR EXAMINADO
Identificación: C.C. 24.767.658 de MARSELLA

BIEN ESTAR SALUD BS S.A.S.

Para hacer del trabajo un acto digno

NIT 900.304.530-2
Calle 15 No. 4-31 Tel. 335 3055 Pereira Risaralda
E-mail: bienestarsaludsas@gmail.com

CERTIFICADO AUDIOMETRIA



Fecha: 24 / 06 / 2020

Empresa: Sena Tipo Examen: Ingreso

Nombre: Diana Lorena Echeverri Alzate

Identificación: C.C. No: 24.767.658 de MARSELLA Edad: 35 Años

Cargo: INSTRUCTOR ALIMENTOS Sexo: M F X

Observaciones: SARAMPIÓN Y PAPERAS EN LA NIÑEZ -- AMIGDALITIS A REPETICIÓN -- OTALGIA EN

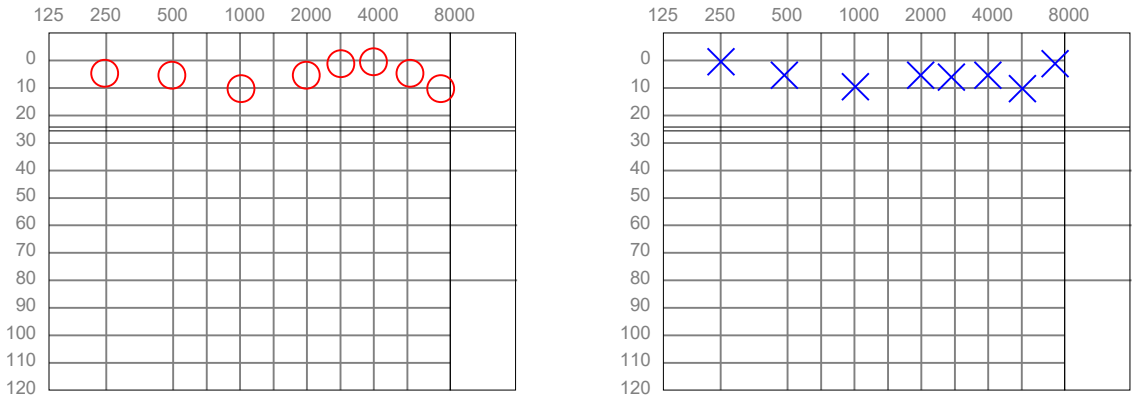
	SI	NO		SI	NO		SI	NO		SI	NO
Tiro o caza		X	Rurido ambiental	X		Tejo		X	Uso de audifonos	X	
Discotecas		X	Servicio militar		X	Uso de moto		X			

Observaciones:

Equipo: Calibración: Reposo Auditivo Horas: No. Horas:

OTOSCOPIA: Oido Derecho: Oido Izquierdo:

FRECUENCIA EN HZ. **AUDIOMETRIA** **FRECUENCIA EN HZ.**



Promedio O.D. 6.6 dbs Binaural 6.6 dbs Promedio O.I. 6.6 dbs

PRESBIACUSIA	**O.D.**	**O.I.**		
ELI	A	A	SAL	A
LARSEN			CAOHC-GATISO	NORMAL

Observaciones: AUDICIÓN NORMAL BILATERAL

Recomendaciones: PROTECCIÓN AUDITIVA EN ÁREAS DE EXPOSICIÓN A RUIDO – CONTROL ANUAL

Dr(a). NATALY GALLEGO SEPULVEDA

T.P. No. 65234

Trabajador

C.C.

BIEN ESTAR SALUD IPS
Para hacer del trabajo un acto digno

INFORME DE EVALUACIÓN FONOAUDIOLOGICA DE VOZ (PRUEBA TAMIZ)

NOMBRE: Diana Lorena Echeverri Alzate.
CEDULA: 24767658.
EMPRESA: SENA.
FECHA DE NTO: 29-Julio-1984 **EDAD:** 35 años.
OCUPACIÓN Instructora.
DOMICILIO Calle 15 #4A-271-Dosquebradas **TEL:** 3218021024.
FECHA DE EVALUACIÓN 24-Junio-2020.

MOTIVO DE CONSULTA:
Requisito por Salud Ocupacional.

Uso de Voz: Profesional_____ Hablada X

Cantada_____

1. ANTECEDENTES PERSONALES

Ronquera SI pérdida de la voz NO dolor al hablar NO.
Sensación de constricción en el cuello SI, sensación de cuerpo extraño SI
Secreciones en el fondo de la garganta SI, carraspeo a veces.

Obstrucciones nasales: NO. Malformaciones: NO.
Procesos crónicos NO agudos NO. alérgicos SI-Rinitis.
Nerviosos NO.
Otras enfermedades: NO.

2. ANTECEDENTES RESPIRATORIOS
. RESPIRACIÓN:

3. PARAFUNCIONES
SUCCIÓN: lengua NO. objetos NO. labio inferior y/o superior NO.
MASTICACIÓN: morder uñas NO objetos SI.
FONACIÓN: tics SI, tartamudez NO.
DEGLUCIÓN: NO.

4. EXAMEN EXTRAORAL
BOCA: Normal.
LABIOS: competencia Normal.
Esfuerzo en comisura Normal.
Labio inferior y superior Normales.
MENTÓN: Tamaño Normal. Surco Normal.
Labiomentoniano (tono) Normal.

5. EXAMEN DE LA VOZ

- RITMO: Normal.
- FLUIDEZ: Normal - Inteligible.
- TIPO BIOTIPO: _____
- ATAQUE: _____ Cuerpo: _____ Filatura: _____
- EFECTO KAYSER: _____

5.1 VOZ HABLADA

Musculatura extralaríngea No se evidencia dificultad.
Movilidad laríngea Normal
Coordinación fono-respiratoria:
. Entre cortas las frases: NO
.Se queda sin aire en mitad de las palabras: NO
.Se congestiona el cuello al respirar mientras habla: NO
Ritmo Conversacional:
.Bradilálico _____ Taquilálico _____ Normal SI.
Registro vocal: (respecto al sexo) _____
Tono o altura de la voz: Normal.
Intensidad de la voz: Normal. - Media.
Timbre vocal: Normal.

5.2. VOZ LEÍDA

Lectura a distintas intensidades:
.voz a poca intensidad: Sin dificultad.
.voz normal: Sin dificultad.
.voz de mando: Sin dificultades.

5.3 ÓRGANOS ARTICULATORIOS Y DE RESONANCIA. CUELLO

Se evidencian integros y competentes para su actividad laboral a desempeñar.

6. RESPIRACIÓN

Series automáticas: Números hasta 30. Vocalizaciones _____
Conversación espontánea Normal
Canto con características aceptables. Sin dificultad. En la lectura el ritmo es Normal.
Participación de la musculatura del cuello Sin tensión muscular.

Permeabilidad nasal: _____

a) Prueba de Glatzer (espejo) _____

BIEN ESTAR SALUD IPS
Para hacer del trabajo un acto digno

b) Prueba de Rosenthal: 20 respiraciones normales:_____

20 con narina derecha: _____

20 con narina izquierda: _____

c) Ascenso clavicular: No se evidencia.

Palpación de la musculatura del diafragma y abdomen durante la respiración_____

Retención 32 seg.

Vocalizaciones: a 19 seg e 16 seg i 18 seg o 17 seg u 19 seg.

Soplo abierto: _____ soplo cerrado_____

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Control de la Postura.
- Beber agua en pequeñas cantidades constantemente.
- Procurar no tomar bebidas excesivamente frías o calientes.
- Evitar consumir cafeína y especias picantes.
- Tomar pausas vocales y evitar exposiciones prolongadas.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Cualidades de la voz y mecánica respiratoria en parámetros de normalidad.

*IMPORTANTE: Algunos ítems no se desarrollaron debido a la emergencia Sanitaria COVID-19, por seguridad del usuario y el evaluador.

Nataly Gallego Sepúlveda
Fonoaudióloga
Reg. 055579-14

FIRMA Y SELLO DE PROFESIONAL

FIRMA PACIENTE

CC: 24767658

BIEN ESTAR SALUD BS S.A.S.

Para hacer del trabajo un acto digno

NIT 900.304.530-2
Calle 15 No. 4-31 Tel. 335 3055 Pereira Risaralda
E-mail: bienestarsaludsas@gmail.com

CERTIFICADO VISUAL VISIOMETRÍA

Fecha: 24 / 06 / 2020 Empresa: Sena Tipo Examen: I

Nombre: Diana Lorena Echeverri Alzate

Identificación: C.C. No: 24.767.658 de MARSELLA Edad: 35 Años

Cargo: INSTRUCTORA DE ALIMENTOS Sexo: M ____ F X

Antiguedad en el Cargo: _____ Antiguedad en la Empresa: _____ Jornada: D

ANAMNESIS Usa anteojos formulados Uso permanente ☐ Lejos ☐

Último Examen 24 / 09 / 2019 SI ☐ NO ☒ Lentes contacto ☐ Cerca ☐ Visión prolongada ☐

Observaciones: NO REPORTA

SÍNTOMAS

Cefalea ☐ Lagrimeo ☐ Ardor ☐ Dolor ☐ Secreción ☐ Hiperemia ☐ Visión borrosa VL ☐ Visión borrosa VC ☐

Fotofobia ☐ Fatiga visual ☐ Visión doble ☐ Salto de renglón ☐ Otros ☐ Ninguno ☐

EXAMEN EXTERNO

Pterigio ☐ Pingüecula ☐ Ptosis ☐ Secreción ☐ Hiperemia ☐ Nistagmus ☐ Otros ☐

Observaciones: ASPECTO SANO AO

AGUDEZA VISUAL	SIN CORRECCION	CON CORRECCION
Visión Lejos:	OD: 20/: 20 OI: 20/: 20	OD: 20/: 0 OI: 20/: 0
Visión Cerca:	OD: 20/: 20 OI: 20/: 20	OD: 20/: 0 OI: 20/: 0

OFTALMOSCOPIA OD: N ☒ A ☐ OI: N ☒ A ☐ Hallazgos: _____

Queratometro: OD: _____ OI: _____ Lensometro: OD: _____ OI: _____

RX

OD: _____ AV: 20/ _____ ADD: _____ AV: 20/ _____

OI: _____ AV: 20/ _____ ADD: _____ AV: 20/ _____

DP: _____ Uso: Lejos: ☐ Cerca: ☐ Permanente: ☐

Primera Vez: ☐ Cambio RX: ☐ Igual RX: ☐ Tipo Lente: Bifocal: ☐ Sencillo: ☐

Test Estereopsis	Normal:	☒	Anormal:	☐
Visión Cromática	Normal:	☒	Anormal:	☐
Campo Visual	OD Normal:	☒	OI Normal:	☒

Diagnóstico: Astigmatismo

Observaciones: LA PACIENTE NO REQUIERE CORRECCION OPTICA PARA LABORAR, SE RECOMIENDA USO DE LEN TES DE PROTECCION, CONTROL EN UN AÑO

Dr(a). LUISA MARIA PEREZ POLANIA

Luisa Ma. Pérez D
OPTOMETRA - F.U.A.
REGISTRO 2593 CTNO

T.P. No.

Trabajador

C.C.

BIEN ESTAR SALUD BS S.A.S.

Para hacer del trabajo un acto digno

NIT 900.304.530-2
Calle 15 No. 4-31 Tel. 335 3055 Pereira Risaralda
E-mail: bienestarsaludsas@gmail.com

LABORATORIO CLINICO

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Fecha: miércoles, 24 de junio de 2020



Nombre: Diana Lorena Echeverri Alzate
Identificación: C.C. 24.767.658 de MARSELLA
Fecha de Nacimiento: 29 de julio de 1984
Sexo: F Edad: 35 Estado Civil: Casado (a)
Dirección: Calle 15 # 4 a 2 71 Barrio: Conjunto Ba
Ciudad: DOSQUEBRADAS
Empresa: Sena
NIT: 899.999.034-1
Proceso a Ejecutar: INSTRUCTOR ALIMENTOS

EXÁMENES REALIZADOS	RESULTADO	VLR. REFERENCIA
FROTIS FARINGEO	REACCION LEUCOCITARIA ESCASA	.
	FLORA BACTERIANA ESCASA	.
KOH UÑAS	NEGATIVO PARA FORMAS MICOTICAS	.
GLICEMIA	87 mg/dl	70 a 105 mg/dl
PERFIL LIPIDICO	COLESTEROL TOTAL 317mg/dl	MENOR A 200 mg/dl
	TRIGLICERIDOS 352 mg/dl	MENOR A 150 mg/dl
	COLESTEROL HDL 52,9 mg/dl	MAYOR O IGUAL A 60 mg/dl
	COLESTEROL LDL 264,1 mg/dl	MENOR A 110 mg/dl
	COLESTEROL VLDL 70,4 mg/dl	MENOR A 40 mg/dl
	INDICE ARTERIAL 6,0	MENOR DE 5
COPROLOGICO	ESTUDIO MACROSCOPICO	.
	COLOR CAFE	.
	CONSISTENCIA BLANDA	.
	ESTUDIO MICROSCOPICO	.
	REACCION LEUCOCITARIA ESCASA	.
	FLORA BACTERIANA NORMAL	.
	ESTUDIO PARASITOLOGICO	.
	PARASITOS INTESTINALES NO SE OBSERVAN	.

Dr(a). PAULA ANDREA GRISALES SALAZAR
Licencia en Salud Ocupacional:

FIRMA TRABAJADOR EXAMINADO
Identificación: C.C. 24.767.658 de MARSELLA

Hace constar:

Que el Sr(a) DIANA LORENA ECHEVERRI ALZATE Identificado(a) con cédula de ciudadanía 24767658 realizó el día 28/07/2020 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 DIANA LORENA ECHEVERRI ALZATE Identificado(a) con cédula de ciudadanía 24767658 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

Medellín, 23 de julio de 2020

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

CERTIFICA:

Que DIANA LORENA ECHEVERRI ALZATE identificado(a) con cédula de ciudadanía 24767658 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 01/07/2020 **Fecha fin cobertura:** 12/12/2020

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA N899999034

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
1805001 - EDUCACION SUPERIOR, HACE REFERENCIA A EMPRESAS DEDICADAS A ESPECIALIZACIONES Y POSGRADOS CUANDO SE REALICEN ACTIVIDADES PRACTICAS SE ASIMILARAN AL RIESGO DEL CENTRO DE TRABAJO.
CLASE DE RIESGO: 1 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 0,522%
CENTRO DE TRABAJO: 0000000066 - PRINCIPAL
CLASE: 1 **PORCENTAJE:** 0,522% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES
ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
1806001 - ESTABLECIMIENTOS DE EDUCACION NO FORMAL, INCLUYE PROGRAMAS DE ALFABETIZACION PARA ADULTOS ETC.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
1806001 - ESTABLECIMIENTOS DE EDUCACION NO FORMAL, INCLUYE PROGRAMAS DE ALFABETIZACION PARA ADULTOS ETC.
CODIGO DE ACTIVIDAD: 1806001
CLASE DE RIESGO: 1 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 0,522%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C247676582020582503

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 23/07/2020 10.55 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

DIANA LORENA ECHEVERRI ALZATE Identificado con CC 24767658

Actualmente tiene(n) Cuenta de Ahorros, radicado(a) en la oficina PEREIRA, con las siguientes características:

Número:	24523167712
Fecha de apertura:	29 de Enero de 2009
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, el 23 del mes Julio de 2020.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

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	55-46-101004416	0

Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:	Vigencia Hasta:			A las:	Tipo Movimiento:
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	
26	06	2020	01	07	2020	00:00	12	04	2021	00:00	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social:		Identificación:	
ECHEVERRI ALZATE DIANA LORENA		24767658	
Dirección:	**Ciudad:**	**Teléfono:**	
CALLE 15 4A-271 TORRE 3 APTO 1103 CONJUNTO RESIDENCIAL BAMBÚ	DOSQUEBRADAS - RISARALDA	3218021024	

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social:		Identificación:	
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA		899999034-1	
Dirección:	**Ciudad:**	**Teléfono:**	
CARRERA 8 26-79	PEREIRA - RISARALDA	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.1652216 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	26/06/2020

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

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

Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdelestado.com

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

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. 55-46-101004416, 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 26 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.55-46-101004416

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.

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

77099980211670022662l8

Nit: 860009578-6

SEGUROS DEL ESTADO GENERALES

RECIBO DE PAGO Nº: 10000022662184

CERTIFICAMOS QUE:

FECHA
27/06/2020 03:10p.m.

RECIBIMOS DE: MAGDA LORENA MARTINEZ ECHEVERRY — CC. 25.174.069

LA SUMA DE: Cuatrocientos noventa y siete mil ciento dieciocho pesos .**********

POR CONCEPTO DE: PAGO BOLETA RECAUDO REF. NRO.: 10000022662184

SUC - RAMO - POLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTO	IVA	VALOR
PEREIRA-3-101004081-0-1	$193,500.00		$36,765.00	$230,265.00
PEREIRA-46-101004404-0-1	$62,246.00		$11,827.00	$74,073.00
PEREIRA-46-101004409-0-1	$27,000.00		$5,130.00	$32,130.00
PEREIRA-46-101004410-0-1	$27,000.00		$5,130.00	$32,130.00
PEREIRA-46-101004411-0-1	$27,000.00		$5,130.00	$32,130.00
PEREIRA-46-101004414-0-1	$27,000.00		$5,130.00	$32,130.00
PEREIRA-46-101004416-0-1	$27,000.00		$5,130.00	$32,130.00
PEREIRA-46-101004417-0-1	$27,000.00		$5,130.00	$32,130.00

FORMA DE PAGO

Pse - $ 497,118.00

EFECTIVO:
CHEQUE:
TARJETA:
BD: 497,118.00
OTROS: $497,118.00

TRANSACCION: 0002266218

TOTAL: $497,118.00

CAJERO: PAGUESTADO

6/27/2020 4:43:07PM

172.16.10.24