SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

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

REGIONAL VALLE

CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE

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

Código Regional	**76**
Código Centro	**912410**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**43077-438941**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	KATHERINE GUTIERREZ OSPINA	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	1.115.075.605	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	katherinego0614@gmail.com	**Número de Cuenta:**	0550488441240196
IP/Nº de contacto:		**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	SI
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2024**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a $65.891.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a $164.336.700 (debe registrarse como responsable del IVA)	NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	7434507/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**22425**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

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

DATOS PERIODO DEL PAGO

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

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.146.438	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 2.146.438**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.483.038**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**0000000000**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 569.400	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 71.200	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 91.200	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	II	$ 6.000	$ 0
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ -	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 36.062.775	$ 495.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.483.038,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.146.438,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8523 - GUADALAJARA D	6.439,00	0,300%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Pro-UCEVA	10.732,00	0,500%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$2.129.267,00**	

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

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se anexan documentos de contratación, certificado de salud, pensión y ARL

Se anexa informe contractual con anexo de evidencias.

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

KATHERINE GUTIERREZ OSPINA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

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

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

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

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

LUDWIG MAURICIO ROJAS DELGADO
INSTRUCTOR G10

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

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

04/03/25 16:44:04 USUARIO: SIC - C.C. 1115075605

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **KATHERINE GUTIERREZ OSPINA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1115075605** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1115075605
NOMBRES Y APELLIDOS	KATHERINE GUTIERREZ OSPINA
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	30/01/2025
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	0
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	0

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **14/02/2025**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GUTIERREZ OSPINA KATHERINE** identificado(a) con **CC** número **1.115.075.605** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de marzo de 2025 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 05 de febrero de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

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

2025020517131

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141158267760

(415)7707212489984(8020) **000014115826776 0**

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

IDENTIFICACIÓN

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

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Guadalajara de Buga 1 1 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GUTIERREZ	OSPINA	KATHERINE	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 23 1 D N 10

42. Correo electrónico: katherinego0614@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 4 7 3 2 0 6 6 1	

CLASIFICACIÓN

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

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

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

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre GUTIERREZ OSPINA KATHERINE

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141158267760

(415)7707212489984(8020) **000014115826776 0**

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

Características y formas de las organizaciones

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

Constitución, Registro y Última Reforma

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

Composición del Capital

82. Nacional ____ %

83. Nacional público ____ %

84. Nacional privado ____ %

85. Extranjero ____ %

86. Extranjero público ____ %

87. Extranjero privado ____ %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

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

Vinculación económica

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

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

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

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Página 3 de 3 **Hoja 6**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141158267760

(415)7707212489984(8020) **000014115826776 0**

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

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de fotografía 7 4 2 0	

162. Nombre del establecimiento: PET FASHION SHOW

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Valle del Cauca 7 6	Tuluá 8 3 4	

165. Dirección: CR 25 32 69

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

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección

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

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

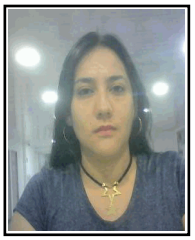
163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 129.210

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
31 DÍA	01 MES	2025 AÑO	GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MEDICA OSTEOMUSCULAR DE INGRESO, CON ENFASIS CARDIOVASCULAR Y PSICOSOCIAL

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

Empresa en misión

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
GUTIERREZ OSPINA KATHERINE	FEMENINO	33 AÑOS 7 MESES 18 DÍAS	CC (Tipo)	1115075605 (Número)

Cargo
INSTRUCTORA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN MÉDICA OSTEOMUSCULAR	✓	EVALUACIÓN PSICOLÓGICA	✓
GLUCOSA EN SUERO	✓	OPTOMETRÍA	✓
PERFIL LIPÍDICO	✓	HEMOLEUCOGRAMA/CUADRO HEMATICO/HEMOGRAMA	✓
CITOQUIMICA DE ORINA / UROANÁLISIS (PARCIAL DE ORINA)	✓	- - - - - - - - - - - - - - - - - - -	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	EDUCACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y MEDIDAS DE ERGONOMÍA. DOTAR Y EXIGIR USO ADECUADO DE EPP SEGÚN EXPOSICIÓN Y LABOR A DESEMPEÑAR	
	DEBE LABORAR DURANTE TODA LA JORNADA LABORAL CON LENTES DE CORRECCIÓN : CONTROL ANUAL CON OPTOMETRIA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- VALORACIÓN POR MEDICO DE EPS POR ALTERACIÓN DE UROANALISIS
- RIESGO CARDIOVASCULAR SEGÚN FRAMINGHAM BAJO.

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

Médico



Firma:

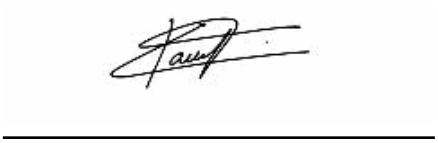
Nombre: CONCHA BERMUDEZ MARIA LIZETH

R. M.: 768424 **L.S.O.:** 071/2018

Código de Seguridad

D475J1P129210

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: GUTIERREZ OSPINA KATHERINE

CC: 1115075605

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

RECOMENDACIONES

Paciente: GUTIERREZ OSPINA KATHERINE

Fecha: 31/01/2025

Identificación: CC: 1115075605

Fecha Nacimiento: 14/06/1991

Cargo: INSTRUCTORA

Edad: 33 AÑOS 7 MESES 18 DÍAS

Género: FEMENINO

Estado Civil: SOLTERO(A)

Dirección: CR 23 1BN 10

Ciudad: GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, CO

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

EDUCACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y MEDIDAS DE ERGONOMÍA. DOTAR Y EXIGIR USO ADECUADO DE EPP SEGÚN EXPOSICIÓN Y LABOR A DESEMPEÑAR, DEBE LABORAR DURANTE TODA LA JORNADA LABORAL CON LENTES DE CORRECCIÓN: CONTROL ANUAL CON OPTOMETRIA

RECOMENDACIONES GENERALES

EJERCICIO FÍSICO REGULAR, DE ACUERDO A SU ESTADO FÍSICO Y CONDICIÓN DE SALUD, DEFECTO DE REFRACCIÓN NO CORREGIDO. REQUIERE VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA PARA ADAPTACIÓN DE LENTES DE CORRECCIÓN

Médico

Firma:

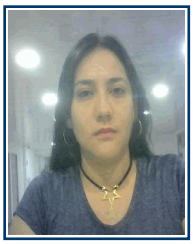
Dra. Maria Lizeth Concha B.
Médico Esp. Salud Ocupacional
Unilibre
Lic. 071 / 2018

Nombre: CONCHA BERMUDEZ MARIA LIZETH

R. M.: 768424 **L.S.O.:** 071/2018

ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL

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



PSICOLOGÍA OCUPACIONAL

Datos Personales

N° Atención: 11,177

Ciudad: GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) 31/01/2025 - 08:08 A. M. **Fecha Atención:** 31/01/2025 08:08:28a. m.

CC: 1115075605 **Nombres y Apellidos:** GUTIERREZ OSPINA KATHERINE **Fecha de Nacimiento:** **Edad:** 33 AÑOS 7 MESES 18 DÍA

Genero: FEMENINO **Estado Civil:** SOLTERO(A) **Dirección:** CR 23 1BN 10 **Teléfono:** 3155536653 - PAI **Celular:** 3247320661

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

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

Teléfono del Acudiente: **Parentesco:**

Diagnóstico:

CONCEPTO

Durante el proceso, se muestra orientada en tiempo y espacio, expresándose de manera elocuente. Destaca por su seguridad en sí misma y su capacidad para reconocer sus fortalezas. Establece relaciones interpersonales con facilidad, se comunica de forma asertiva y demuestra un enfoque metódico y organizado. Además, posee habilidades para la planificación y disfruta de actividades relacionadas con la enseñanza.

Según prueba Minimult muestra que la evaluada tiene una buena adaptación psicológica, es segura de sí misma, ingeniosa y versátil. Su pensamiento es claro y sistemático, con una capacidad intelectual elevada y un interés amplio en diversas áreas. Es sociable, entusiasta y posee fluidez verbal, lo que le permite asumir roles de liderazgo. Además, enfrenta adecuadamente las situaciones de la vida y valora el éxito. Es prudente y convencional, pero podría beneficiarse de una mayor flexibilidad en la solución de problemas y en su autopercepción.

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

APTA PARA EL CARGO

PSICÓLOGO

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

Firma:

Nombre: GARCIA CALERO YORLI

R. M.: 11114813224

PACIENTE

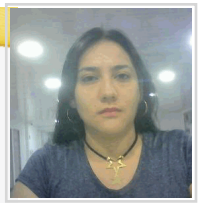
Firma:

Nombre: GUTIERREZ OSPINA KATHERINE

CC: 1115075605

ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL

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



DATOS PERSONALES

Orden de Servicio N°: 161334

Municipio: GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) **Fecha y Hora:** viernes, 31 de enero de 2025 06:39:20 a.m.

Nombres y Apellidos: GUTIERREZ OSPINA KATHERINE **CC:** 1115075605 **Género:** FEMENINO

F. Nacimiento: 14/06/1991 **Edad:** 33 AÑOS 7 MESES 18 DÍAS **Entidad:** PARTICULAR PROWORK

RESULTADOS DEL LABORATORIO

HEMATOLOGÍA

HEMOLEUCOGRAMA/CUADRO HEMATICO/HEMOGRAMA

HEMOGRAMA

ITEM	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
WBC	6.90	10^3/uL	4,5 - 11,00
Lym #	2.14	10^3/uL	0,9 - 5,2
Mid#	0.46	10^3/uL	0,1 - 1,0
Gran#	4.30	10^3/uL	1,9 - 7,6
Lym%	31.0	%	20,0 - 50,0
Mid%	6.6	%	3,0 - 10,0
Gran%	62.4	%	40,0 - 70,0
RBC (Globulos Rojos)	4.86	10^6/uL	4.2-5.4
HGB Hemoglobina	12.8	g/dL	12,0 - 16,0 Mujeres 13,0 - 17,5 Hombres
HCT Hematocrito	38.8	%	36,0 -47,0 Mujeres 41,0 -51,0 Hombres
MCV	79.8	fL	80 - 100
MCH	26.3	pg	28,0 - 32,0
MCHC	33.0	g/dL	32,0 - 36,0
RDW-CV	12.4	%	11,0 - 16,0
PLT (Plaquetas)	359	10^3/uL	150 - 450
MPV	8.4	fL	9,0 -13,0

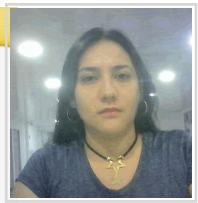
Mariana Mosquera Vasco
Bacteriólogo(a) RP: 767583

Mariana Mosquera
BACTERIOLOGA
UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES

MICROSCOPÍA

ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL

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



DATOS PERSONALES

Orden de Servicio N°: 161334

Municipio: GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) **Fecha y Hora:** viernes, 31 de enero de 2025 06:39:20 a.m.

Nombres y Apellidos: GUTIERREZ OSPINA KATHERINE **CC:** 1115075605 **Género:** FEMENINO

F. Nacimiento: 14/06/1991 **Edad:** 33 AÑOS 7 MESES 18 DÍAS **Entidad:** PARTICULAR PROWORK

CITOQUIMICA DE ORINA / UROANÁLISIS (PARCIAL DE ORINA)

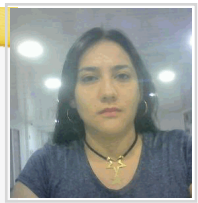
EXAMEN SOLICITADO	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA
PARCIAL DE ORINA		
EXAMEN FISICO Y QUIMICO		
Color	Amarillo	
Aspecto	Lig turbio	
pH	5.0	
Densidad	1030	
Bilirrubina	Negativo	Negativo
Urobilinogeno	Normal	0,2
Cetona	Negativo	Negativo
Glucosa	Negativo	Negativo
Proteina	Negativo	Negativo
Nitritos	Positivo	Negativo
Eritrocitos	Negativo	Negativo
Leucocitos	25	Negativo
EXAMEN MICROSCOPICO		
Celulas Epiteliales	0-2 x c	0 - 3 x Campo
Leucocitos	2-4 x c	0 - 3 x Campo
Eritrocitos	0-1 x c	0 - 1 x Campo
Bacterias	+++	Escasas
Moco	-	Negativo
Cristales	-	Negativo
Otros	-	

Mariana Mosquera Vasco
Bacteriólogo(a) RP: 767583

Mariana Mosquera
BACTERIOLOGA
UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES

ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL

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



DATOS PERSONALES

Orden de Servicio N°: 161334

Municipio: GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) **Fecha y Hora:** viernes, 31 de enero de 2025 06:39:20 a.m.

Nombres y Apellidos: GUTIERREZ OSPINA KATHERINE **CC:** 1115075605 **Género:** FEMENINO

F. Nacimiento: 14/06/1991 **Edad:** 33 AÑOS 7 MESES 18 DÍAS **Entidad:** PARTICULAR PROWORK

QUÍMICA

GLUCOSA EN SUERO

EXAMEN SOLICITADO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
GLUCOSA	82	mg/dl	70-100 mg/dl

Tecnica: Enzimatica

Mariana Mosquera Vasco
Bacteriólogo(a) RP: 767583

Mariana Mosquera
BACTERIOLOGA
UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES

PERFIL LIPÍDICO

EXAMEN SOLICITADO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
COLESTEROL TOTAL	177	mg/dl	Hasta 200 mg/dl
OBSERVACIONES:			
COLESTEROL HDL	44	mg/dl	Mayor de 35 mg/dl
OBSERVACIONES:			
COLESTEROL LDL	117	mg/dl	Hasta 150 mg/dl
OBSERVACIONES:			
COLESTEROL VLDL	16	mg/dl	Menor de 30 mg/dl
OBSERVACIONES:			
TRIGLICERIDOS	78	mg/dl	Hasta 160 mg/dl
OBSERVACIONES:			
INDICE ARTERIAL	4.0		< 4.5

Tecnica: Enzimatica

Mariana Mosquera Vasco
Bacteriólogo(a) RP: 767583

Mariana Mosquera
BACTERIOLOGA
UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES

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



EXAMEN DE OPTOMETRÍA

DATOS PERSONALES

Atención Nº: 69,704

Fecha: 31/01/2025 **Municipio:** GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA **CC:** 1115075605 **Nombre:** GUTIERREZ OSPINA KATHERINE **Edad:** 33 AÑOS 7
Genero: FEMENINO **Profesión o Cargo:** INSTRUCTORA **Empresa:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
Eps: SURA **Tipo Evaluación Medica:** EVALUACIÓN MEDICA OSTEOMUSCULAR DE INGRESO, CON ENFASIS (**F. Último Examen:** EN EL 2018
Lugar del Último Examen: TULUA **Motivo Consulta:** CONTROL VISUAL

ANTECENDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	VDT
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	PERMANENTES
TRAE RX	NO TRAE GAFAS
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	MIOPIA Y ASTIGMATISMO POR H,C
USA ANTEOJOS	SI USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

VISION BORROSA DEE LEJOS CON A.O

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/80	0.50M	20/20	NO APLICA	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/ 60	0.50M	20/20	NO APLICA	N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	20/ 60	0.50M	N/A	NO APLICA	N/A	N/A

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: **HIPEREMIA CONJUNTIVAL**
OJO IZQUIERDO: **HIPEREMIA CONJUNTIVAL**

REFLEJOS

OBSERVACIÓN: **PRESENTES Y NORMALES**

COVER TEST

VISIÓN LEJANA: **NORMAL**
VISIÓN PROXIMA: **NORMAL**

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

OFTALMOSCOPÍA

OJO DERECHO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**
OJO IZQUIERDO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**

QUERATROMETRÍA

OJO IZQUIERDO: **K´ =**
OJO DERECHO: **K´ =**

REFRACCIÓN

OJO DERECHO	-	AV VL 20/ **20**	
OJO IZQUIERDO	-	AV VL 20/ **20**	

RX FINAL

OJO IZQUIERDO	-0.75-0.50X90	AV VL 20/ **20**	AV VP 20/ **0.5**
OJO DERECHO	-0.50-0.50X90	AV VL 20/ **20**	AV VP 20/ **0.5**

VISIÓN COLOR

OJO DERECHO: **NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL EN 25" DE ARCO**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H521	MIOPIA	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
H522	ASTIGMATISMO	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN LEJANA

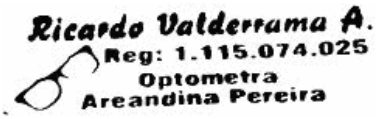
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

DX MIOPIA Y ASTIGMATISMO EN AMBOS OJOS
SE DA RX DE USO PERMANENTE
CONTROL EN 1 AÑO

PROFESIONAL



Firma:

Nombre: VALDERRAMA ALBORNOZ RICARDO

R. M.: 1115074025 **L.S.O.:**

PACIENTE



Firma:

Nombre: GUTIERREZ OSPINA KATHERINE

CC: 1115075605

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) KATHERINE GUTIERREZ OSPINA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1115075605 realizó el día 23/02/2025 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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

Compromiso SST:

Yo KATHERINE GUTIERREZ OSPINA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1115075605 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.

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

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

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



Firma

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

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **KATHERINE GUTIERREZ OSPINA** identificado con **CC** No. **1115075605**, registra la siguiente información.

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

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501012707212.

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

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

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

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora KATHERINE GUTIERREZ OSPINA** con **Cédula de Ciudadanía** número **1115075605**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488441240196**
Fecha de apertura	**11/09/2023**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

PMLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIMN:	SUCURSAL:	COD. SUC:	NO. PMLIZA:	ANEXO:
TULUA	AGENCIA TULUA	52	52-46-101005201	0

FECHA EXPEDICIMN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DIA:	MES:	AHO:	DIA:	MES:	AHO:	HORAS:	DIA:	MES:	AHO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
17	02	2025	17	02	2025	00:00	06	04	2026	23:59	EMISIMN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZMN SOCIAL:	GUTIERREZ OSPINA KATHERINE			IDENTIFICACIMN:	C.C. :1,115,075,605
DIRECCIMN:	KR 23 1 DN 10	CIUDAD:	BUGA - VALLE	TEL FONO:	3247320661

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:	SENA CENTRO AGROPECUARIO DE GUADALAJARA DE BUGA VALLE DEL CAUCA			IDENTIFICACIMN:	NIT. :899,999,034-1
DIRECCIMN:	CARRETERA CENTRAL, VARIANTE BUGA, TULUA	CIUDAD:	BUGA - VALLE	TEL FONO:	2376300
ADICIONAL:					

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIMN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PMLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LIMITE DE VALOR ASEGURADO SEHALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.7434507 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTACIMN DE SERVICIOS DE CAR CTER TEMPORAL ORIENTANDO FORMACIMN PROFESIONAL INTEGRAL COMO INSTRUCTOR SENA DEL PROGRAMA DE ARTICULACIMN CON LA EDUCACIMN MEDIA T CNICA EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS ATENDIDOS POR EL CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA PARA LA VIGENCIA 2025

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

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

ACLARACIONES:

VALOR PRIMA NETA:	GASTOS EXPEDICIMN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
$ 20,123.60	$ 8,000.00	$ 5,343.48	$ 33,467.08	$ 4,446,193.90	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIMN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	PART:	NOMBRE COMPAHIA:	PART:	VALOR ASEGURADO:
GLORIA ISABEL SOTO VELASCO	91929	100,00			

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

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

52-46-101005201

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

USTED PUEDE CONSULTAR ESTAR PMLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

Oficina Principal: Autopista Norte # 103 - 60, Piso 5 BogotĄ D.C. Piso 5.Telćfono: 601-2186977, 601-

31203494

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

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

Hacemos constar, que la pΓliza No. 52-46-101005201, anexo 0, no expirarĄ por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la pΓliza o de la aseguradora.

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

Dado en TULUA, a los 17 dţas del mes de Febrero de 2025



FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

Hace constar que: **RECIBO DE PAGO NI:** 5246101005201

FECHA	
CONTADO	

RECIBIMOS DE: GUTIERREZ OSPINA KATHERINE C.C. C.C. :1,115,075,605

LA SUMA DE: TREINTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y SIETE CON OCHO CENTAVOS PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PMLIZA NRO.: 52-46-101005201

SUC - RAMO - PMLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
AGENCIA TULUA - CU. ESTATAL - 101005201 - 0 - 0	$ 20,123.60	$ 8,000.00	$ 5,343.48	$ 33,467.08

FORMA DE PAGO

		EFECTIVO:	$ 33,467.08
		CHEQUE:	$ 0.00
		TARJETA:	$ 0.00
		BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO:	GLORIA ISABEL SOTO VELASCO - 91929	**OTROS:**	$ 0.00
		TOTAL:	$ 33,467.08
		CAJERO: RAPIESTADO	

ORIGINAL

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

Hace constar que: **RECIBO DE PAGO NI:** 5246101005201

FECHA	
CONTADO	

RECIBIMOS DE: GUTIERREZ OSPINA KATHERINE C.C. C.C. :1,115,075,605

LA SUMA DE: TREINTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y SIETE CON OCHO CENTAVOS PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PMLIZA NRO.: 52-46-101005201

SUC - RAMO - PMLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
AGENCIA TULUA - CU. ESTATAL - 101005201 - 0 - 0	$ 20,123.60	$ 8,000.00	$ 5,343.48	$ 33,467.08

FORMA DE PAGO

		EFECTIVO:	$ 33,467.08
		CHEQUE:	$ 0.00
		TARJETA:	$ 0.00
		BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO:	GLORIA ISABEL SOTO VELASCO - 91929	**OTROS:**	$ 0.00
		TOTAL:	$ 33,467.08
		CAJERO: RAPIESTADO	

COPIA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

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

PMLIZA jNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.52-46-101005201

1. AMPAROS.

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINAR SEGURESTADO OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, HASTA EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO PACTADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CAR TULA DE LA PRESENTE PMLIZA, CUBRIENDO CON ELLOS, SIEMPRE LOS PERJUICIOS DIRECTOS QUE CON SUJECIMN A LA DEFINICIMN DE LAS CONDICIONES ADELANTE INDICADAS, LLEGARE A CAUSAR EL GARANTIZADO POR EL INCUMPLIMIENTO QUE, ATRIBUIBLE A SU ACCIMN U OMISIMN, PRODUJERE.

LOS AMPAROS QUE SE OTORGAN EN ESTA PMLIZA SER N INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. SEGjN LAS DEFINICIONES QUE A CONTINUACIMN SE INDICAN:

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

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

1.1.1 LA NO AMPLIACIMN DE LA VIGENCIA DE LA GARANTIA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUANDO EL PLAZO PARA LA ADJUDICACIMN O PARA SUSCRIBIR EL CONTRATO ES PRORROGADO, SIEMPRE QUE TAL PRMRROGA SEA INFERIOR A TRES (3) MESES.

1.1.2 EL RETIRO DE LA OFERTA DESPU S DE VENCIDO EL PLAZO FIJADO PARA LA PRESENTACIMN DE LAS OFERTAS.

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

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

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIMN DEL ANTICIPO.

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

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIMN DE PAGO ANTICIPADO.

EL AMPARO DE DEVOLUCIMN DE PAGO ANTICIPADO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE CAUSEN POR LA NO DEVOLUCIMN 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 TARDIO O DEFECTUOSO DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (C) LOS DAHOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA POR ENTREGAS PARCIALES DE LA OBRA, CUANDO EL CONTRATO NO PREV ENTREGAS PARCIALES; Y (D) EL PAGO DEL VALOR DE LAS MULTAS Y DE LA CL USULA PENAL PECUNIARIA SIEMPRE QUE SE HUBIEREN PACTADO PREVIAMENTE EN EL CONTRATO GARANTIZADO.

EN VIRTUD DE LO SEHALADO POR EL ARTICULO 44 DE LA LEY 610 DE 2000, LA GARANTIA DE CUMPLIMIENTO CUBRIR 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 GARANTIA.

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 RAIZ DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES A QUE EST OBLIGADO EL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADAS DE LA CONTRATACIMN DEL PERSONAL UTILIZADO PARA LA EJECUCIMN DEL CONTRATO AMPARADO EN EL TERRITORIO NACIONAL.

ESTA GARANTIA NO SE APLICAR PARA LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN EN SU TOTALIDAD FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL POR PERSONAL CONTRATADO BAJO UN R GIMEN JURIDICO 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 DAHO O DETERIORO, PRESENTADOS EN LA OBRA ENTREGADA Y RECIBIDA A SATISFACCIMN 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 TERMINACIMN DEL CONTRATO GARANTIZADO, Y QUE SE DERIVEN DE LA DEFICIENTE CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO.

EN LOS CONTRATOS DE INTERVENTORIA, LA VIGENCIA DE STE AMPARO DEBE SER IGUAL AL PLAZO DE LA GARANTIA DE ESTABILIDAD DEL CONTRATO PRINCIPAL EN CUMPLIMIENTO DEL PARAGRAFO DEL ARTICULO 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 PMLIZA NO OPERAR N CUANDO LOS DAHOS A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA SE GENEREN POR:

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

2.2. DAHOS 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 OCASIMN DEL CONTRATO GARANTIZADO, COMO CONSECUENCIA DEL TRANSCURSO DEL TIEMPO.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

3. SUMA ASEGURADA.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 1079 DEL CMDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO NO ESTAR OBLIGADO A RESPONDER SI NO HASTA CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA EN CASO DE SINIESTRO, DETERMINADA EN LA CAR TULA DE ESTA PMLIZA PARA CADA AMPARO.

4. VIGENCIA.

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PMLIZA, SE HAR BAJO LOS LINEAMIENTOS DEL DECRETO 1082 DE 2015 Y CONSTARAN EN LA CAR TULA DE LA MISMA O EN SUS ANEXOS.

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

LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LE CORRESPONDER DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y ACREDITAR LA CUANTIA DE LA P RDIDA SI FUERE EL CASO.

EL PROCEDIMIENTO QUE DEBER SEGUIR LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PARA LA EFECTIVIDAD DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR ESTA PMLIZA, SER :

5.1 RESPECTO DEL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIR EL ACTO ADMINISTRATIVO QUE IMPONGA LA SANCIMN PREVIAMENTE ESTABLECIDA POR LA OCURRENCIA DE UNO CUALQUIERA DE LOS EVENTOS PREVISTOS EN LA CONDICIMN 1.1 DE STA PMLIZA, Y DISPONGA LA EFECTIVIDAD DE STE AMPARO A SEGURESTADO.

5.2 EN CASO DE DECRETARSE LA CADUCIDAD, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIR EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL, ADEM S DE LA DECLARATORIA DE LA MISMA, HAR EFECTIVA LA CL USULA PENAL O CUANTIFICAR EL MONTO DEL PERJUICIO, ORDENANDO SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO A SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SER CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

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

5.4 EN LOS DEM S EVENTOS DE INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIR EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE, EN EL CUAL, ADEM S DE DECLARAR EL INCUMPLIMIENTO PROCEDER A CUANTIFICAR EL MONTO DE LA P RDIDA O A HACER EFECTIVA LA CL USULA PENAL, ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ES LA RECLAMACIMN PARA LA COMPAHIA 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 ARTICULO 87 DE LA LEY 1437 DE 2011.

6. COMPENSACIMN.

EN VIRTUD DE LA COMPENSACIMN COMO MEDIO DE EXTINCIMN DE LAS OBLIGACIONES RECONOCIDA EL ARTICULO 17 DE LA LEY 1150 DE 2007, SEGURESTADO TENDR EN CUENTA TODAS LAS SUMAS DE DINERO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE ADEUDE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, POR CUALQUIER CONCEPTO. PARA TALES EFECTOS, SE DEBER TENER EN CUENTA LA LIQUIDACIMN DEL CONTRATO GARANTIZADO, EFECTUADA EN LOS T RMINOS LEGALES O CONVENCIONALES.

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIMN.

LA INDEMNIZACIMN SER PAGADERA EN DINERO, O MEDIANTE LA REPOSICIMN, REPARACIMN O RECONSTRUCCIMN DE LA COSA ASEGURADA, A OPCIMN DE SEGURESTADO, SIN PERJUICIO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN EL EVENTO DE DECLARATORIA DE CADUCIDAD DECIDA CONTINUAR LA EJECUCIMN DEL OBJETO CONTRATADO A TRAV S DE SEGURESTADO O DE OTRO CONTRATISTA, A QUIEN A SU VEZ SE LE PODR 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 EJECUCIMN DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA ESTUVIESE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA GARANTIZADO ACEPTA DESDE EL MOMENTO DE LA CONTRATACIMN DE ESTA PMLIZA, LA CESIMN DEL CONTRATO GARANTIZADO A FAVOR DE SEGURESTADO.

8. PLAZO PARA EL PAGO.
DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 1080 DEL CMDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO DEBER EFECTUAR EL PAGO DEL SINIESTRO DENTRO DEL MES SIGUIENTE AL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HAYA ACREDITADO LOS REQUISITOS DEL ARTICULO 1077 DEL CMDIGO DE COMERCIO, A TRAV S DEL ACTO ADMINISTRATIVO A QUE HACE REFERENCIA EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIMN.

PARA LOS CASOS EN QUE LA SUMA ASEGURADA DE ESTA PMLIZA 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), EXPEDIR UN CERTIFICADO O ANEXO DE MODIFICACIMN DE LA PMLIZA, EN EL CUAL CONSTEN LAS MODIFICACIONES CORRESPONDIENTES. PARA TAL EFECTO SE HACE INDISPENSABLE ACOMPAHAR A LA SOLICITUD DE MODIFICACIMN A SEGURESTADO EL DOCUMENTO (OTROSI, CL USULA ADICIONAL, ETC.) QUE CONTENGA LAS MODIFICACIONES AL CONTRATO GARANTIZADO.

EL ULTIMO ANEXO O CERTIFICADO DE MODIFICACIMN, SER EL QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HAR EFECTIVO, DE CONFORMIDAD CON EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIMN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

SEGURESTADO TENDR LA FACULTAD DE EJERCER LA VIGILANCIA DEL CONTRATO, PARA LO CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE PRESTAR LA COLABORACIMN NECESARIA PARA ELLO. EN LOS CASOS EN LOS CUALES EL CONTRATO GARANTIZADO TENGA POR OBJETO ASUNTOS RELACIONADOS CON EL ORDEN PJBLICO Y LA SEGURIDAD NACIONAL, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PODR PROHIBIR O LIMITAR STA FACULTAD.

11. NO CANCELACIMN DE LA PMLIZA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA E IRREVOCABILIDAD DE ESTE SEGURO.

LA PRESENTE PMLIZA NO EXPIRAR POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NI PODR SER REVOCADA UNILATERALMENTE.

12. CL USULAS INCOMPATIBLES

EN CASO DE INCONGRUENCIA PRESENTADA ENTRE LAS CONDICIONES PARTICULARES Y LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTA PMLIZA, PREVALECER N LAS PRIMERAS.

13. COASEGURO

EN CASO DE EXISTIR COASEGURO, ESTO ES LA DISTRIBUCIMN ENTRE VARIAS ASEGURADORAS DE DETERMINADO RIESGO, AL NO EXISTIR SOLIDARIDAD ENTRE LAS MISMAS, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIMN SE DISTRIBUIR Y HAR EXIGIBLE ENTRE LOS COASEGURADORES, EN PROPORCIMN A LAS CUANTIAS DE SU RESPECTIVA PARTICIPACIMN.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO