


| | | | | | |
|--|---|---|--|------------------------|---------------|
|  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) | | Código Regional | 25 | |
| | REGIONAL CUNDINAMARCA | | Código Centro | 101025 | |
| | CONSTRUCCIONES Y ADECUACIONES | | Fecha Elaboración | Mayo de 2025 | |
| | Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1 | | Versión | ENERO - 2.25 | |
| | | | ID de Proceso | 52755-942816 | |
| DATOS DEL CONTRATISTA | | | | | |
| Nombres y apellidos: DIANA MERCEDES HERNANDEZ JIMENEZ Cédula de Ciudadanía: 1.065.587.283 Correo electrónico: dmhernandezj@sena.edu.co IP/Nº de contacto: Inducción SST: SI Régimen del IVA: NO RESPONSABLE | Banco a consignar: DAVIVIENDA Tipo de cuenta: AHORROS Número de Cuenta: 0570450670036307 Presta Servicios Excluidos de IVA: NO Pertenece al régimen simple de tributación: NO 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: 7786973/2025 | Nº Compromiso SIIF 61825 | Número de pagos durante la vigencia del contrato 9 | | | |
| OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado) | PROVEER SERVICIOS PROFESIONALES PARA EJECUTAR LOS LINEAMIENTOS QUE EMITA LA DIRECCIÓN GENERAL, GRUPO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DEL SENA ENFOCADOS A LA IMPLEMENTACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PLAN ANUAL DE TRABAJO 2025, REALIZANDO SEGUIMIENTO Y CO | | | | |
| DATOS PERIODO DEL PAGO | | | | | |
| Del 21/04/2025 Al 30/04/2025 | Saldo Anterior del Contrato: \$ 30.041.667 | | Valor Total del Contrato: \$ 30.041.667 | | |
| Número de pago 1 | Valor Bruto Pago: \$ 1.201.667,00 | | Nuevo Saldo del Contrato: \$ 28.840.000 | | |
| RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO | | | | | |
| Ingresos por honorarios \$ 1.201.667 Ingresos por comisiones \$ 0 Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0 TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 1.201.667 BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE \$ 585.967 | Ninguno 0,00% Retención en la Fuente del Periodo \$ 0 Menos, Retefuente Otros Ingresos \$ 0 TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 0 | | | | |
| LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR | | | | | |
| Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS | Abril | Marzo | Base retención en la fuente a título de RENTA | 585.967,00 | TARIFA |
| Ingreso Base de Cotización - IBC | \$ 1.423.500 | \$ 0 | Base retención en la fuente a título de ICA | 795.867,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | \$ 178.000 | \$ 0 | Valor base IVA | 0,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | \$ 227.800 | \$ 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 | \$ 14.900 | \$ 0 | Menos Retención IVA | 0,00 | 15% |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | \$ - | | Reteica - 8299 - MOSQUERA | 5.571,00 | 0,700% |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | \$ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0% |
| Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes | \$ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0% |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | \$ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0% |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC | \$ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias | \$ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Intereses Prestamo de Vivienda | \$ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Dependientes hasta | \$ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Salud hasta \$ 796.784 | \$ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Renta Exenta 25% | \$ 29.505.907 | \$ 195.000 | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | \$ 0 | | VALOR A PAGAR | \$ 1.196.096,00 | |
| Retención en la Fuente Contingente | \$ - | | | | |
| SON: UN MILLÓN CIENTO NOVENTA Y SEIS MIL NOVENTA Y SEIS PESOS M/CTE | | | | | |
| ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO | | | | | |
| Se presento informe de las actividades realizadas en materia de seguridad y salud en el trabajo a coordinación del talento humano | | | | | |
| Se realizo registro de la planilla y servidores publicos con riesgo IV Y V del CBA mes de abril. | | | | | |
| Se envió informe de actividades Se presento informe del periodo del mes de abril | | | | | |
| Se envió informe de actividades Se presento informe del periodo del mes de abril | | | | | |
| Se realiza entrega de protección a funcionarios CBA. | | | | | |
| Se presento informe del periodo del mes de abril, a la subdirección, supervisora del contrato, y lider sst de la regional | | | | | |
| Se realiza inducción y reducción a los servidores públicos del Centro de Biotecnología Agropecuaria Inducción en sst | | | | | |
| socialización y divulgación del plan de emergencias a aprendices nuevos. | | | | | |
| Se realiza requisitos SST al Centro Biotecnología Agropecuario | | | | | |
| PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE: | | | | | |
| 1. Cumplo 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 | | | DIANA MERCEDES HERNANDEZ JIMENEZ 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 periodo 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, | | |
| | | | YOLANDA PEREZ RODRIGUEZ SECRETARIA G09(E) | | |
| 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 JAVIER RICARDO JIMENEZ RINCON DIRECTOR REGIONAL (E) | | | | | |

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD | |
|---------------------|-------------------|----------------------------------|--------|----------------------|--------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | | CORREO |
| CC | 1065587283 | DIANA MERCEDES HERNANDEZ JIMENEZ | | Carrera 7 A # 148-59 | 8110252 | | valentinavelazco2003@hotmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I - Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D. C. | | |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-03 | 2025-03 | I | 08/05/2025 | 86410701 | \$430.800 | |

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|---------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 180.300 | 0 | | 0 | | 0 | 16 | 1.900 | 0 | 182.200 | 1 |

TOTALES PENSIÓN

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|----------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 230.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 16 | 2.500 | 0 | 233.300 | 1 |

TOTALES RIESGOS LABORALES

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|------------------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 15.100 | | | | 15.100 | 16 | 200 | 15.300 | | | 151 | 15.300 | 1 |

TOTALES CAJAS

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| | | | | | | | |

TOTALES PARAFISCALES

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| SENA | | | | |
| 0 | 16 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 16 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

TOTALES POR SUBSISTEMA

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| Salud | 1 | 180.300 | 182.200 |
| Pensión | 1 | 230.800 | 233.300 |
| Riesgos Laborales | 1 | 15.100 | 15.300 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 426.200 | 430.800 |

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|----------------------------------|--------|----------------------|--------------------|----------------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1065587283 | DIANA MERCEDES HERNANDEZ JIMENEZ | | Carrera 7 A # 148-59 | 8110252 | valentinavelazco2003@hotmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I - Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|----------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | TOTAL A PAGAR | | | | |
| 2025-03 | 2025-03 | \$430.800 | | | | |

DETALLE POR COTIZANTE

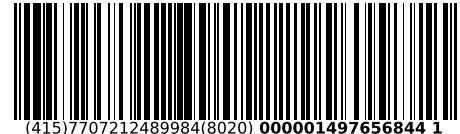
| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|------|-----------------------|----------------------------------|-----------------------|---------|-----------|----------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|---------|----|----|-----|-------|-----|------------|-------------------|-----------|------------|-----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| No. | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Com. exonerado | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | ISE | MA | MA | ASP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 1065587283 | HERNANDEZ JIMENEZ DIANA MERCEDES | 59 | 0 | | | N | X | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.442.000 | 230.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.442.000 | 180.300 | 14-23 | 1.442.000 | 2 | 15.100 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

2. Concepto Actualización

4. Número de formulario

14976568441



(415)7707212489984(8020) 000001497656844 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 6 5 5 8 7 2 8 3

6. DV

4

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

26. Número de Identificación

1 0 6 5 5 8 7 2 8 3

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Cesar

2 0

30. Ciudad/Municipio

Valledupar

0 0 1

31. Primer apellido

HERNANDEZ

32. Segundo apellido

JIMENEZ

33. Primer nombre

DIANA

34. Otros nombres

MERCEDES

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 7 A 148 59 AP 301

42. Correo electrónico

valentinavelazco2003@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 4 5 1 8 4 4 4 8

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código 47. Fecha inicio actividad

6 5 2 2 | 2 0 1 9 0 9 2 4

Actividad secundaria

48. Código 49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código 1 2

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

Exportadores

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

| | | | | | |
|-----------|----------|----------|---|---|---|
| 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

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:

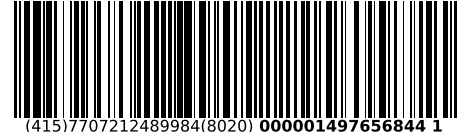
984. Nombre ACERO RIVEROS GILBERTO

985. Cargo Gestor II

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14976568441



(415)7707212489984(8020) 000001497656844 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 6 5 5 8 7 2 8 3

6. DV

4

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

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

| | | | |
|--|---------------------|--|-----------------|
| 160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comerci | 0 2 | 161. Actividad económica Expendio a la mesa de comidas preparadas | 5 6 1 1 |
| 162. Nombre del establecimiento RESTAURANTE VALENTINA VELAZCO | | | |
| 163. Departamento Cesar | 2 0 | 164. Ciudad/Municipio El Paso | 2 5 0 |
| 165. Dirección CL CENTRAL CORR LA LOMA DE CALENTURA | | | |
| 166. Número de matrícula mercantil | 0 0 0 8 9 3 6 1 | 167. Fecha de la matrícula mercantil | 2 0 0 9 0 3 0 6 |
| 168. Teléfono | 3 1 4 5 1 8 4 4 4 8 | 169. Fecha de cierre | 2 0 1 5 0 7 1 2 |
| 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 | |

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA NORTE 106

DIRECCIÓN: Autopista Norte # 106-93, Pasadena

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

TELÉFONO: 6017464727 - 6017562592

EMAIL: citas.norte1@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2024-01-17

Nombres y apellidos: DIANA MERCEDES HERNANDEZ JIMENEZ
Fecha de nacimiento: 28/08/1987
Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: ADMINISTRATIVO

CC: 1065587283
Edad: 36 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-01-17 / 09:14:06
Fecha salida: 2024-01-17 / 12:26:33



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- EXAMEN OPTOMETRICO
- UROANALISIS
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO
- ENFASIS CARDIOVASCULAR
- PERFIL LIPIDICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL

CONCEPTO DE APTITUD:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

RECOMENDACIONES:

NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.


DRA. GLADYS MENDIVELSO VEGA
MÉDICO ESPECIALISTA
EN SALUD OCUPACIONAL
LIC No 10428/21

GLADYS MENDIVELSO VEGA
RM: 52095385
Firma y sello del médico



DIANA MERCEDES HERNANDEZ JIMENEZ
CC: 1065587283
Firma del paciente

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Norte 106 - Norte 83
- Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 -
Zona Franca Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali
Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena -
Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra -
Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta -
Villavicencio

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE: CENDIATRA NORTE 106

DIRECCIÓN: Autopista Norte # 106-93, Pasadena

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

TELÉFONO: 6017464727 - 6017562592

EMAIL: citas.norte1@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2024-01-17

Nombres y apellidos: DIANA MERCEDES HERNANDEZ JIMENEZ
Fecha de nacimiento: 28/08/1987
Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: ADMINISTRATIVO

CC: 1065587283
Edad: 36 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-01-17 / 09:14:06
Fecha salida: 2024-01-17 / 12:26:33



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.

Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:

Glady's Mendivelso Vega
DRA. GLADYS MENDIVELSO VEGA
MÉDICO ESPECIALISTA
EN SALUD OCUPACIONAL
LIC No 10428/21

GLADYS MENDIVELSO VEGA
RM: 52095385
Firma y sello del médico



DIANA MERCEDES HERNANDEZ
JIMENEZ
CC: 1065587283
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Norte 106 - Norte 83
- Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 -
Zona Franca Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali
Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena -
Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra -
Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta -
Villavicencio

EXAMEN OPTOMETRICO

SEDE: CENDIATRA NORTE 106

DIRECCIÓN: Autopista Norte # 106-93, Pasadena

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

TELÉFONO: 6017464727 - 6017562592

EMAIL: citas.norte1@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2024-01-17

CC: 1065587283

Nombres y apellidos: DIANA MERCEDES HERNANDEZ JIMENEZ

Empresa: PARTICULAR

Empresa usuaria:

Fecha de nacimiento: 28/08/1987

Cargo: ADMINISTRATIVO

Edad: 36 Sexo: FEMENINO RH: O +

Fecha ingreso: 17/01/2024

Teléfono:

Fecha salida: 17/01/2024

Nombre acompañante:

Teléfono acompañante:



ANTECEDENTES PERSONALES

SECCIÓN 1

| | |
|---|----|
| DIABETES: | NO |
| CIRUGÍA OCULAR: | NO |
| GLAUCOMA: | NO |
| HIPERTENSIÓN ARTERIAL: | NO |
| ALERGIAS: | NO |
| OTROS: | NO |
| ¿PRESENTA CORRECCIÓN ÓPTICA DURANTE EL EXAMEN?: | NO |

MOTIVO DE CONSULTA

SECCIÓN 1

| | |
|--------------------------------|----|
| VISIÓN BORROSA: | NO |
| ARDOR: | NO |
| LAGRIMEO: | NO |
| ENROJECIMIENTO: | NO |
| PRURITO: | NO |
| CEFALEA: | NO |
| ASTENOPIA: | NO |
| SALTO DE RENGLON: | NO |
| FOTOFOBIA: | NO |
| SECRECIÓN: | NO |
| DOLOR OCULAR: | NO |
| VISIÓN DOBLE: | NO |
| INVERSIÓN DE NÚMEROS Y LETRAS: | NO |
| MAREO: | NO |
| VERTIGO: | NO |
| MIODESOPSIAS: | NO |
| OTROS: | NO |

AGUDEZA VISUAL

VISIÓN LEJANA

| | |
|----------------------------------|-------|
| SIN CORRECCION OD VISIÓN LEJANA: | 20/20 |
| CON CORRECCION OD VISIÓN LEJANA: | |
| SIN CORRECCION OI VISIÓN LEJANA: | 20/20 |
| CON CORRECCION OI VISIÓN LEJANA: | |
| SIN CORRECCION AO VISIÓN LEJANA: | 20/20 |
| CON CORRECCION AO VISIÓN LEJANA: | |

VISIÓN PRÓXIMA

| | |
|-----------------------------------|----------|
| SIN CORRECCION OD: | 0.50 CM. |
| CON CORRECCION OD: | |
| SIN CORRECCION OI: | 0.50 CM. |
| CON CORRECCION OI: | |
| SIN CORRECCION AO VISIÓN PRÓXIMA: | 0.50 CM. |
| CON CORRECCION AO VISIÓN PRÓXIMA: | |

ESTENOPEICO

| |
|--------------------------------|
| SIN CORRECCION OD ESTENOPEICO: |
| SIN CORRECCION OI ESTENOPEICO: |
| SIN CORRECCION AO ESTENOPEICO: |

EXAMEN EXTERNO Y MOTOR

SECCIÓN 1

| | |
|-----|--------|
| OD: | NORMAL |
|-----|--------|

Sedes Bogotá

Sedes Nacionales

Principal - Centro - Connecta 26 - Norte 106 - Norte 83
- Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 -
Zona Franca Fontibón

Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali
Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versailles - Cartagena -
Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra -
Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta -

OI:

NORMAL

SECCIÓN 1

COVER TEST

LEJOS:
CERCA:
HIRSCHBERG:
P.P.C:
MOTILIDAD OCULAR:

O
X
CENTRADO
5 CM
NORMAL

SECCIÓN 1

QUERATOMETRÍA

OD QUERATOMETRÍA:
OI QUERATOMETRÍA:

NSE
NSE

SECCIÓN 1

OFTAMOLSCOPIA

OD OFTAMOLSCOPIA:
OI OFTAMOLSCOPIA:

FON
FON

OJO DERECHO

REFRACCIÓN

ESTÁTICA:
DINÁMICA:
CICLOPLEJIA:

N
-
--

OJO IZQUIERDO

ESTÁTICA:
DINÁMICA:
CICLOPLEJIA:

N
-
-

SECCIÓN 1

TEST ADICIONALES

TEXT ADICIONALES:
VISIÓN CROMÁTICA:
ESTERIOPSIS:
TITMUS:

NO
NORMAL
NORMAL
NO

RX EN USO

OD:
OI:

SECCIÓN 1

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO 1:
DIAGNÓSTICO 2:
DIAGNÓSTICO 3:
DIAGNÓSTICO 4:
DIAGNÓSTICO 5:
OBSERVACIONES:

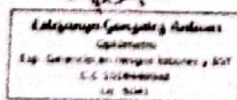
EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN

SECCIÓN 1

RECOMENDACIONES

REQUIERE FORMULA:
CONTROL ANUAL:
VALORACIÓN OFTALMOLÓGICA:
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA:

NO
SI
NO
NO



YUDITH ESTEFANYA GONZALEZ
ANTIVAR
RM: N/A
Firma y sello del médico

DIANA MERCEDES HERNANDEZ
JIMENEZ
CC: 1065587283
Firma del paciente

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Norte 106 - Norte 83
- Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bello - Bucaramanga

AUDIOMETRIA OCUPACIONAL

SEDE: CENDIATRA NORTE 106

DIRECCIÓN: Autopista Norte # 106-93, Pasadena

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

TELÉFONO: 6017464727 - 6017562592

EMAIL: citas.norte1@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2024-01-17

CC: 1065587283

Nombres y apellidos: DIANA MERCEDES HERNANDEZ JIMENEZ

Fecha de nacimiento: 28/08/1987

Edad: 36 Sexo: FEMENINO RH: O +

Teléfono:

Nombre acompañante:

Empresa: PARTICULAR

Empresa usuaria:

Cargo: ADMINISTRATIVO

Fecha Ingreso: 17/01/2024

Fecha salida: 17/01/2024

Teléfono acompañante:



ANTECEDENTES OTOLOGICOS

SECCION 1

ENFERMEDAD DEL OIDO:

EXPOSICION A ACTIVIDADES RUIDOSAS:

ALTERACION DE LA AUDICION:

DOLOR DE OIDOS:

DIFICULTAD PARA ESCUCHAR LAS COVERSACIONES:

PRESENTA ZUMBIDOS EN LOS OIDOS:

USO DE AUDIFONOS RECREATIVOS:

REALIZO POLIGONO:

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

SECCION 1

TIEMPO EN EL CARGO (PERIODICO O RETIRO):

DESCRIPCION (PERIODICO O RETIRO):

NIVEL DEL RUIDO (PERIODICO O RETIRO):

TIPO DE PROTECCION (PERIODICO O RETIRO):

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

SECCION 1

CARGO:

TIEMPO EN EL CARGO:

NIVEL DEL RUIDO:

TIPO DE PROTECCION:

OTOSCOPIA

SECCION 1

OD:

OI:

NORMAL

NORMAL

AUDIOGRAMA VIA AEREA

AUDIOGRAMA

AUDIOGRAMA VIA AEREA

AUDIOGRAMA OÍDO IZQUIERDO

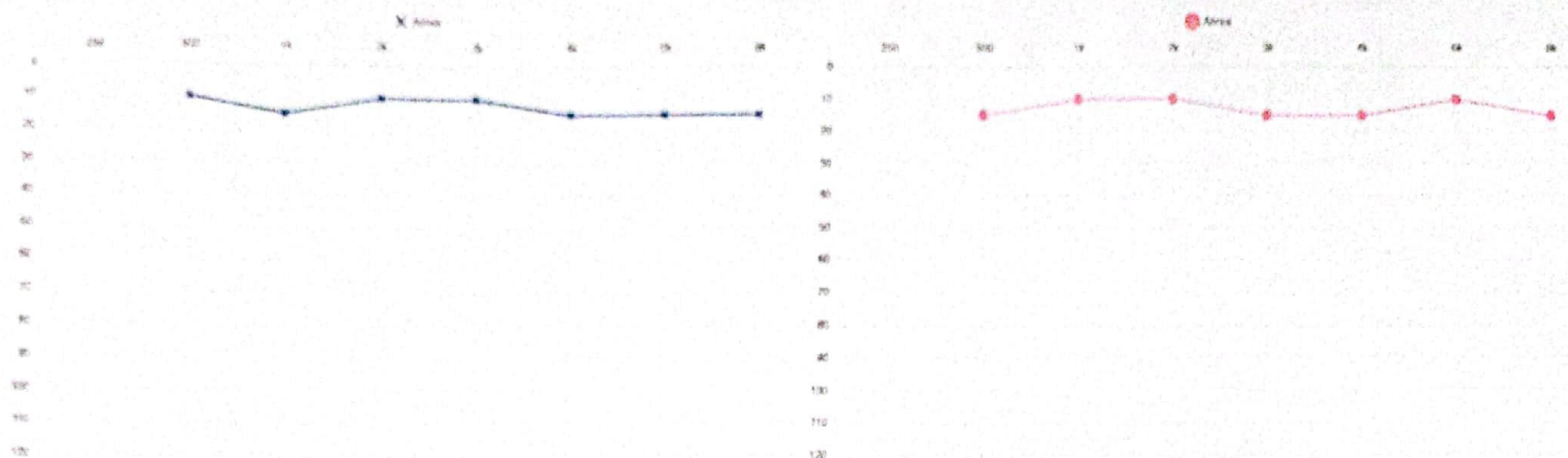
AUDIOGRAMA OÍDO DERECHO

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Norte 106 - Norte 83
- Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 -
Zona Franca Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali
Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena -
Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra -
Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta -



| | 250 | S.R | 500 | S.R | 1K | S.R | 2K | S.R | 3K | S.R | 4K | S.R | 6K | S.R | 8K | S.R |
|----|-----|-----|-----|-----|----|-----|----|-----|----|-----|----|-----|----|-----|----|-----|
| OD | | | 15 | | 10 | | 10 | | 15 | | 15 | | 10 | | 15 | |
| OI | | | 10 | | 15 | | 10 | | 10 | | 15 | | 15 | | 15 | |

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

NIVELES DE AUDICION NIOSH 126/1998

- NORMAL 24 DB:
- HIPOACUSIA LEVE 26-40 DB:
- HIPOACUSIA MODERADO 41-55 DB:
- HIPOACUSIA MODERADO-SEVERA 56-70 DB:
- HIPOACUSIA SEVERA 71-90 DB:
- HIPOACUSIA PROFUNDA > 91 DB:
- OBSERVACIONES:

BILATERAL

SENSIBILIDAD AUDITIVA DENTRO DE PARAMETROS NORMALES BILATERAL

DIAGNOSTICO

SECCION 1

DIAGNÓSTICO 1:
DIAGNÓSTICO 2:

EXAMEN DE OÍDOS Y DE LA AUDICIÓN

CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

SECCION 1

- INGRESAR AL SISTEMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA: NO
- CONTROL AUDITIVO EN: SI
- LIMPIEZA AUDITIVA: NO
- USO DE E.P.P. AUDITIVO: NO
- VALORACION / CONTROL POR ORL: NO
- EXAMENES AUDIOLOGICOS COMPLEMENTARIOS: NO

1 AÑO



ERIKA XIOMARA ESTUPINAN
SANJUAN
RM: N/A
Firma y sello del médico

DIANA MERCEDES HERNANDEZ
JIMENEZ
CC: 1065587283
Firma del paciente

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Norte 106 - Norte 83
- Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 -
Zona Franca Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali
Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena -
Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra -
Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta -

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

SEDE: CENDIATRA NORTE 106

DIRECCIÓN: Autopista Norte # 106-93, Pasadena

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

TELÉFONO: 6017464727 - 6017562592

EMAIL: citas.norte1@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2024-01-17

CC: 1065587283

Nombres y apellidos: DIANA MERCEDES HERNANDEZ JIMENEZ

Fecha de nacimiento: 28/08/1987

Edad: 36 **Sexo:** FEMENINO **RH:** O +

Teléfono:

Empresa: PARTICULAR

Empresa usuaria:

Cargo: ADMINISTRATIVO

Fecha ingreso: 17/01/2024

Fecha salida: 17/01/2024



UROANALISIS

EXAMEN FÍSICO

| | RESULTADO | UNIDAD DE MEDIDA | VALOR DE REFERENCIA |
|---------|--------------------|------------------|---------------------|
| COLOR | AMARILLO | | |
| OLOR | SG | | |
| ASPECTO | LIGERAMENTE TURBIO | | |

EXAMEN MICROSCOPICO

| | |
|---------------------|---------|
| LEUCOCITOS | AUSENTE |
| HEMATIES | AUSENTE |
| BACTERIAS | ESCASA |
| CELULAS EPITELIALES | ESCASA |
| CRISTALES | AUSENTE |
| MOCO | AUSENTE |

EXAMEN QUIMICO

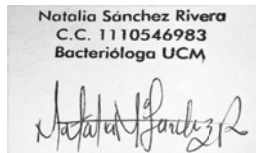
| | |
|---------------|----------|
| NITRITOS | NEGATIVO |
| UROBILONOGENO | NEGATIVO |
| PROTEINAS | NEGATIVO |
| DENSIDAD | 1.030 |
| PH | 5.0 |
| SANGRE | NEGATIVO |
| CETONAS | NEGATIVO |
| GLUCOSA | NEGATIVO |
| LEUCOCITOS | NEGATIVO |

OBSERVACIONES UROANALIS

OBSERVACIONES DE UROANALISIS

ADJUNTAR RESULTADO

CARGAR ARCHIVO



NATALIA MARIA SANCHEZ RIVERA
RM: N/A
Firma y sello del médico

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Norte 106 - Norte 83
- Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 -
Zona Franca Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali
Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena -
Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra -
Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta -
Villavicencio

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Norte 106 - Norte 83
- Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 -
Zona Franca Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali
Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena -
Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra -
Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta -
Villavicencio

Código: Versión: Fecha:

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO**SEDE:** CENDIATRA NORTE 106**DIRECCIÓN:** Autopista Norte # 106-93, Pasadena**CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ**TELÉFONO:** 6017464727 - 6017562592**EMAIL:** citas.norte1@cendiatra.com**FECHA EXAMEN:** 2024-01-17**CC:** 1065587283**Nombres y apellidos:** DIANA MERCEDES HERNANDEZ JIMENEZ**Fecha de nacimiento:** 28/08/1987**Edad:** 36 **Sexo:** FEMENINO **RH:** O +**Teléfono:****Empresa:** PARTICULAR**Empresa usuaria:****Cargo:** ADMINISTRATIVO**Fecha ingreso:** 17/01/2024**Fecha salida:** 17/01/2024**HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO****SECCIÓN 1**

| | RESULTADO | UNIDAD DE MEDIDA | VALOR DE REFERENCIA |
|---------------------------------|------------------|-------------------------|----------------------------|
| ERITROCITOS | VER ANEXO | MILLONES/MM3 | 4.0-5.5MILLONES/MM3 |
| HEMOGLOBINA | . | G/DL | 12.0-17.4G/DL |
| HEMATOCRITO | . | % | 36.0-52.0% |
| VCM | . | FL | 76-96FL |
| HCM | . | PG | 27.0-32.0PG |
| CHCM | . | G/DL | 30.0-35.0G/DL |
| RDW | . | % | <15.0% |
| LEUCOCITOS | . | | |
| RECUENTO DIFERENCIAL | | | |
| GRANULOCITOS | . | % | 50-70% |
| LINFOCITOS | . | % | 25-40% |
| MIXTAS | . | % | 3-7% |
| RECUENTO DIFERENCIAL MM3 | | | |
| GRANULOCITOS | . | MM3 | 2.500-7.500MM3 |
| LINFOCITOS | . | MM3 | 1.300-4.000MM3 |
| MIXTAS | . | MM3 | 150-750MM3 |
| RECUENTO PLAQUETARIO | | | |
| PLAQUETAS | . | MM3 | 150.000-400.000MM3 |
| ADJUNTAR | | | |

Natalia Sánchez Rivera
C.C. 1110546983
Bacterióloga UCM

NATALIA MARIA SANCHEZ RIVERA

RM: N/A

Firma y sello del médico

Sedes BogotáPrincipal - Centro - Connecta 26 - Norte 106 - Norte 83
- Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 -
Zona Franca Fontibón**Sedes Nacionales**Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali
Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena -
Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra -
Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta -
Villavicencio

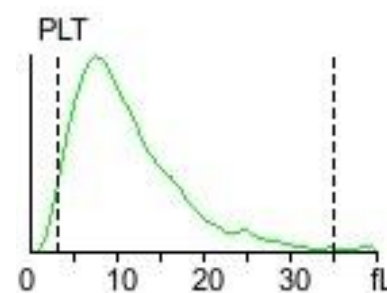
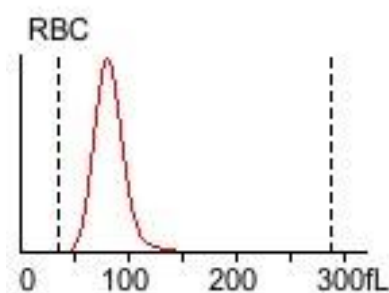
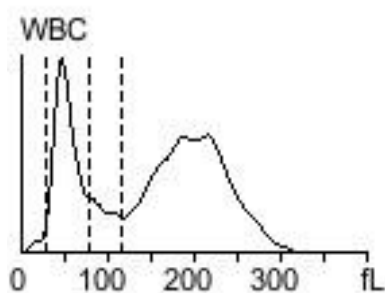
INFORME DE ANÁLISIS DE HEMATOLOGÍA

Nombre de pila: diana mercedes
Apellido(s): hernandez jimenez
Género:
Fecha: 17-01-2024 11:22

Tipo de muestra:
ID de muestra: 1065587283
Edad:



| Parámetro | Resultado | Rango de ref. | Unidad |
|---------------|-------------|------------------|--------------------------|
| 1 WBC | 6,98 | 3,50-9,50 | 10⁹/L |
| 2 Lym% | 27,2 | 20,0-50,0 | % |
| 3 Gran% | 64,5 | 50,0-70,0 | % |
| 4 Mid% | 8,3 | 3,0-9,0 | % |
| 5 Lym# | 1,90 | 1,10-3,20 | 10 ⁹ /L |
| 6 Gran# | 4,50 | 2,00-7,00 | 10 ⁹ /L |
| 7 Mid# | 0,58 | 0,10-0,90 | 10 ⁹ /L |
| 8 RBC | 5,32 | 3,80-5,80 | 10¹²/L |
| 9 HGB | 13,3 | 11,5-17,5 | g/dL |
| 10 HCT | 39,8 | 35,0-50,0 | % |
| 11 MCV | 74,7 ↓ | 82,0-100,0 | fL |
| 12 MCH | 25,0 ↓ | 27,0-34,0 | pg |
| 13 MCHC | 33,5 | 31,6-35,4 | g/dL |
| 14 RDW-CV | 15,9 ↑ | 11,5-14,5 | % |
| 15 RDW-SD | 40,5 | 35,0-56,0 | fL |
| 16 PLT | 261 | 125-350 | 10⁹/L |
| 17 MPV | 8,5 | 7,0-11,0 | fL |
| 18 PDW | 10,1 | 9,0-17,0 | fL |
| 19 PCT | 0,222 | 0,108-0,282 | % |
| 20 P-LCR | 17,6 | 11,0-45,0 | % |
| 21 P-LCC | 46 | 30-90 | 10 ⁹ /L |



Natalia Sánchez Rivera
C.C. 1110546983
Bacterióloga UCM

Natalia Sánchez Rivera
Bacterióloga
Universidad Católica de Manizales
T.P: 1110546983

Autopista Norte # 106 - 93

Tel: 7442103 - 7464727 - 7562592 - 7443001 Ext 1528
Correo electronico: laboratorionorte@cendiatra.com

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

SEDE: CENDIATRA NORTE 106

DIRECCIÓN: Autopista Norte # 106-93, Pasadena

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

TELÉFONO: 6017464727 - 6017562592

EMAIL: citas.norte1@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2024-01-17

CC: 1065587283

Nombres y apellidos: DIANA MERCEDES HERNANDEZ JIMENEZ

Fecha de nacimiento: 28/08/1987

Edad: 36 **Sexo:** FEMENINO **RH:** O +

Teléfono:

Empresa: PARTICULAR

Empresa usuaria:

Cargo: ADMINISTRATIVO

Fecha ingreso: 17/01/2024

Fecha salida: 17/01/2024



PERFIL LIPIDICO

COLESTEROL TOTAL

| RESULTADO.CT | RESULTADO | UNIDAD DE MEDIDA | VALOR DE REFERENCIA |
|--------------|-----------|------------------|--|
| | 284.0 | MG/DL | DESEABLE: < 200 MG/DL, INTERMEDIO ALTO: 200-239 MG/DL, ALTO: IGUAL O > 240 MG/DL |

TRIGLICERIDOS

| | | | |
|--------------|-------|-------|---|
| RESULTADO.TG | 107.0 | MG/DL | NORMAL:<150MG/, INTERMEDIO:150 - 199MG/DL, ALTO:200 - 499MG/DL, MUY ALTO: IGUAL O >500MG/DL |
|--------------|-------|-------|---|

COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL

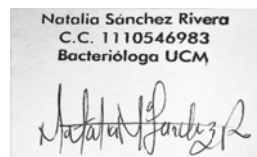
| | | | |
|---------------|------|-------|------------------|
| RESULTADO.HDL | 43.0 | MG/DL | NORMAL:>40 MG/DL |
|---------------|------|-------|------------------|

COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO

| | | | |
|---------------|--------|-------|---|
| RESULTADO.LDL | 219.60 | MG/DL | OPTIMO:<100 MG/DL, CERCANO AL OPTIMO: 100 -129 MG/DL, INTERMEDIO ALTO: 130 -159 MG/DL, ALTO: 160 -189 MG/DL, MUY ALTO: IGUAL O >190 MG/DL |
|---------------|--------|-------|---|

ADJUNTAR RESULTADO

ADJUNTA FORMATO



NATALIA MARIA SANCHEZ RIVERA

RM: N/A

Firma y sello del médico

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali - Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena - Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

SEDE: CENDIATRA NORTE 106

DIRECCIÓN: Autopista Norte # 106-93, Pasadena

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

TELÉFONO: 6017464727 - 6017562592

EMAIL: citas.norte1@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2024-01-17

CC: 1065587283

Nombres y apellidos: DIANA MERCEDES HERNANDEZ JIMENEZ

Fecha de nacimiento: 28/08/1987

Edad: 36 **Sexo:** FEMENINO **RH:** O +

Teléfono:

Empresa: PARTICULAR

Empresa usuaria:

Cargo: ADMINISTRATIVO

Fecha ingreso: 17/01/2024

Fecha salida: 17/01/2024

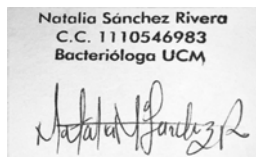


GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

| RESULTADO | RESULTADO | UNIDAD DE MEDIDA | VALOR DE REFERENCIA |
|-----------|-----------|------------------|--|
| | 97.0 | MG/DL | NORMAL: 70-100 MG/DL, AGA: >100-125MG/DL, DM: >126 |

ADJUNTAR RESULTADO

CARGAR ARCHIVO



NATALIA MARIA SANCHEZ RIVERA

RM: N/A

Firma y sello del médico

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Norte 106 - Norte 83
- Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 -
Zona Franca Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali
Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena -
Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra -
Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta -
Villavicencio

PSICOSOCIAL

SEDE: CENDIATRA NORTE 106

DIRECCIÓN: Autopista Norte # 106-93, Pasadena

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

TELÉFONO: 6017464727 - 6017562592

EMAIL: citas.norte1@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2025-03-27

CC: 1065587283

Nombres y apellidos: DIANA MERCEDES HERNANDEZ JIMENEZ

Fecha de nacimiento: 28/08/1987

Edad: 37 Sexo: FEMENINO RH: O +

Teléfono:

Nombre acompañante:

Empresa: PARTICULAR

Empresa usuaria:

Cargo: PROFESIONAL SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Fecha Ingreso: 27/03/2025

Fecha salida: 27/03/2025

Teléfono acompañante:



SECCIÓN 1

INTERPRETACIÓN DEL RESULTADO:

CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD

CON LA APLICACIÓN DE LA PRUEBA SE IDENTIFICAN RASGOS DE PERSONALIDAD ASOCIADOS CON EL PERFIL DE INDIVIDUOS FUERTES, EQUILIBRADOS Y DE MOVILIDAD RÁPIDA, SON PERSONAS SOCIALES, DISCORDANTES, LOCUACES, REACTIVAS, VIVACES Y DESPREOCUPADAS, TIENDEN A SER LÍDERES DE GRAN PRODUCTIVIDAD, BUENA CAPACIDAD DE TRABAJO Y FACILIDAD PARA ADECUARSE A SITUACIONES NUEVAS.

SE PRESENTA ALTA INCIDENCIA DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS EN LA ESCALA DE CONTROL.

DE ACUERDO CON TEST DE PERSONALIDAD REALIZADO A LA FECHA, NO SE EVIDENCIA LA EXISTENCIA DE TRASTORNOS MENTALES NI DE CONDUCTA O ALTERACIONES RELEVANTES EN LA ESCALA DE SALUD MENTAL, POR TAL MOTIVO NO SE REFLEJA NINGUNA ALTERACIÓN PSICOLÓGICA.

NOTA: ESTA PRUEBA CORRESPONDE A UNA PRUEBA TAMIZ ESTANDARIZADA Y NO UNA PRUEBA DIAGNÓSTICA.

OBSERVACIONES:

SECCIÓN 2

ADJUNTA FORMATO:



MARIA FERNANDA ZARTA AYA
PSICÓLOGA ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y
SALUD EN EL TRABAJO
LIC. 81739 de 18/10/2023

MARIA FERNANDA ZARTA AYA
RM: N/A
Firma y sello del médico



DIANA MERCEDES HERNANDEZ
JIMENEZ
CC: 1065587283
Firma del paciente

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Connecta 26 VIP -
Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 -
Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca - Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Call Éxito
San Fernando - Call La Flora - Call Versalles - Cartagena - Ibagué -
Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alvarado - Medellín



CERTIFICACIÓN CUMPLIMIENTO CIRCULAR NO 3-2025-000017

En cumplimiento del lineamiento impartido en la circular 3-2025-000017, emitido por la Secretaria General, la cual establece la exigencia de la presente certificación como soporte de la primera presentación de factura y pago inicial para contratos de prestación de servicios personales 2025.

Certifico que el (la) señor(a) **Diana Mercedes Hernández** Identificado con cédula de ciudadanía **No 1065587283** aporto para la firma de contrato vigencia 2025, Certificado de Valoración Medico Laboral vigente, donde se describe la realización de los exámenes complementarios para el perfil de contratista **Administrativo(a)** con concepto medico de aptitud.

| Vigilancia de la salud de trabajador contratista | |
|---|---|
| Recomendaciones médicas | |
| Componente | Actividades |
| Autogestión y autocuidado | Control médico anual por EPS |
| PYP y programas de vigilancia epidemiológica | PYP de medicina preventiva y del trabajo |
| Fomento estilos de vida y trabajo saludable | Dieta Y Refrigerios Saludables, Actividad Física Regular 45 Minutos X 3 Días X Semana |
| Recomendaciones médicas específicas | Se recomienda realizar un nuevo control del perfil lipídico dentro de 6 meses , con el fin de evaluar la evolución de los niveles de colesterol total, HDL, LDL y triglicéridos. Este seguimiento es fundamental para la prevención de enfermedades cardiovasculares y el control de factores de riesgo metabólicos. |

| Restricciones |
|----------------------|
| Ninguna |

La presente se expide con base certificado de aptitud laboral de fecha 17/01/2024 emitido por CENDIATRA y tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, hasta el 17/01/2027.

Se firma en Bogotá a los **21 días de abril del 2025**
Cordialmente,

Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
Contratista SENA Regional Cundinamarca



Hace constar:

Que el Sr(a) DIANA MERCEDES HERNANDEZ JIMENEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1065587283 realizó el día 15/05/2025 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, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo DIANA MERCEDES HERNANDEZ JIMENEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1065587283 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 -



Hace constar:

Que el Sr(a) DIANA MERCEDES HERNANDEZ JIMENEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1065587283 el día 15/05/2025 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

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

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA



Verificados los resultados del participante en el curso virtual
Función Pública certifica que:

DIANA MERCEDES HERNANDEZ JIMENEZ

C.C 1.065.587.283

Participó y completó el curso virtual:

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 15 de mayo 2025

Aura Isabel Mora

Código: 761146577000

Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano

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, **DIANA MERCEDES HERNANDEZ JIMENEZ** identificado con **CC No. 1065587283**, registra la siguiente información.

| Datos del Contratante | Datos de la Relación Laboral |
|--|---|
| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034 | Fecha de inicio de cobertura: 21/04/2025 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 21/04/2025 Fecha fin de Contrato: 31/12/2025 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): 202501015193435.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 15 días del mes de mayo de 2025.

Cordialmente,

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

Positiva Compañía de Seguros S.A:
Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502.
Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. - 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.
Más información <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS



CERTIFICADO

**BOGOTA D.C.,
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese**

15/05/2025

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor DIANA MERCEDES HERNANDEZ JIMENEZ** con **Cédula de Ciudadanía n#mero 1065587283**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

| | |
|-------------------|------------------------|
| N#mero | 450670036307 |
| Saldo a la fecha | 10,329.60 Pesos |
| Fecha de apertura | 06/10/2017 |

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
3102149204

PÓLIZA No: 310-47-994000015486 ANEXO: 0

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--------------------|-----|-----|----|----|------|--|-----|-----|-----|----|----|------|
| AGENCIA EXPEDIDORA: AVENIDA SUBA | COD. AGENCIA: 310 | RAMO: 47 | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION | TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td>15</td> <td>04</td> <td>2025</td> </tr> </table> | DIA | MES | AÑO | 15 | 04 | 2025 | <table border="1"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td>15</td> <td>04</td> <td>2025</td> </tr> </table> | DIA | MES | AÑO | 15 | 04 | 2025 |
| DIA | MES | AÑO | | | | | | | | | | | | |
| 15 | 04 | 2025 | | | | | | | | | | | | |
| DIA | MES | AÑO | | | | | | | | | | | | |
| 15 | 04 | 2025 | | | | | | | | | | | | |
| | FECHA DE EXPEDICIÓN | FECHA DE IMPRESIÓN | | | | | | | | | | | | |

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE: **DIANA MERCEDES HERNANDEZ JIMENEZ** IDENTIFICACIÓN: CC **1065.587.283**

DIRECCIÓN: **CRA 7A NO 148-59 APTO 301 BARRIO CEDRO GOLF** CIUDAD: **BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL** TELÉFONO: **3145184448**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA** IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**

BENEFICIARIO: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA** IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS**

| DESCRIPCION AMPAROS | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEGURADA |
|-----------------------|----------------|----------------|----------------|
| CONTRATO CUMPLIMIENTO | 21/04/2025 | 30/04/2026 | 3,004,166.70 |

BENEFICIARIOS
NIT 899999034 - **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DE LA GARANTIA

EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No CO1.PCCNTR.7786973 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES RELACIONADO CON PROVEER SERVICIOS PROFESIONALES PARA EJECUTAR LOS LINEAMIENTOS QUE EMITA LA DIRECCIÓN GENERAL, GRUPO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DEL SENA ENFOCADOS A LA IMPLEMENTACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PLAN ANUAL DE TRABAJO 2025, REALIZANDO SEGUIMIENTO Y CONSOLIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LA GESTIÓN DE LOS CENTROS DE FORMACIÓN ASOCIADOS A LA REGIONAL CUNDINAMARCA.

ASEGURADO Y/O BENEFICIARIOA: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - CENTRO APOYO HYSI CENTRO DE FORMACIÓN - SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - MOSQUERA- REGIONAL CUNDINAMARCA KILOMETRO 7 VÍA BOGOTÁ MOSQUERA, CUNDINAMARCA - TELÉFONO: (57) 601 7366060.**

| | | | | |
|---|---------------------------------------|--|------------------------------|---|
| VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *****3,004,166.70 | VALOR PRIMA: \$ *****25,000 | GASTOS EXPEDICION: \$ *****11,000.00 | IVA: \$ *****6,840 | TOTAL A PAGAR: \$ *****42,840 |
|---|---------------------------------------|--|------------------------------|---|

| NOMBRE INTERMEDIARIO | CLAVE | %PART | NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO | %PART | VALOR ASEGURADO |
|-----------------------------|-------|--------|----------------------------------|-------|-----------------|
| MV ASESORES DE SEGUROS LTDA | 7545 | 100.00 | | | |

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN: DECLARO CONOCER Y ESTAR INFORMADO QUE LOS CANALES QUE A CONTINUACIÓN SE RELACIONAN, CUYOS DATOS VERACES Y FIDELIGNOS HE SUMINISTRADO VOLUNTARIAMENTE EN EL PRESENTE DOCUMENTO, PUEDEN SER UTILIZADOS POR LA ASEGURADORA PARA REALIZAR GESTIONES DE COBRANZA, ASI COMO PARA EL ENVÍO DE MENSAJES PUBLICITARIOS A TRAVÉS DE MENSAJES CORTOS DE TEXTO (SMS), MENSAJERIA POR APLICACIONES WEB, CORREOS ELECTRÓNICOS Y LLAMADAS TELEFÓNICAS DE CARÁCTER COMERCIAL O PUBLICITARIO, TODO DENTRO DEL MARCO LEGAL APLICABLE. DE ESTA MANERA, AUTORIZO EXPRESAMENTE PARA SER CONTACTADO POR LA ASEGURADORA Y/O SUS GESTORES COMERCIALES, DE COBRANZA E INTERMEDIARIOS, PARA LOS FINES MENCIONADOS EN LA PRESENTE DECLARACIÓN, MEDIANTE LOS CANALES DE: PRESENCIAL, LLAMADAS, CORREO ELECTRÓNICO Y EN ALGUNOS CASOS MENSAJES DE TEXTO Y WHATSAPP POR MEDIO DE GESTIÓN AUTOMÁTICA. EN CASO QUE DESEE CAMBIAR EL CANAL DE CONTACTO O TENER UN CANAL EXCLUSIVO PARA LA GESTIÓN DE COBRANZA, POR FAVOR INFORMAR AL CORREO ELECTRÓNICO: GESTIONDECARTERA@SOLIDARIA.COM.CO, PARA FINES COMERCIALES POR FAVOR INFORMAR AL CORREO GESTIONCOMERCIAL@SOLIDARIA.COM.CO Y PARA MODIFICAR O ACTUALIZAR SUS DATOS DE CONTACTO POR FAVOR INGRESAR A: https://www.solidaria.com.co/wa_digital/cliente/#login

MEDIANTE LA SOLICITUD Y CONTRATACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO, USTED EN CALIDAD DE TITULAR(ES) DE LA INFORMACIÓN; DE MANERA LIBRE, EXPRESA, VOLUNTARIA E INFORMADA, AUTORIZA A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA O A LA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A QUIÉN ESTE ENCARGUE, A RECOLECTAR, ALMACENAR, UTILIZAR, CIRCULAR, SUPRIMIR Y EN GENERAL, A REALIZAR CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO A LOS DATOS PERSONALES POR USTED SUMINISTRADOS, PARA TODOS AQUELLOS ASPECTOS INHERENTES A LAS ACTIVIDADES COMERCIALES Y PROMOCIONALES, Y CUALQUIER OTRO RELACIONADO CON EL DESARROLLO DEL OBJETO SOCIAL PRINCIPAL DEL REFERIDA SOCIEDAD, LO QUE IMPLICA EL USO DE LOS DATOS EN ACTIVIDADES DE MERCADEO, PROMOCIÓN Y DE SER EL CASO, CUANDO LA ACTIVIDAD COMERCIAL LO REQUIERA, LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN DE LOS MISMOS A UN TERCERO (INCLUYENDO TERCEROS PAÍSES), BAJO LOS PARÁMETROS DE LA LEY 1581 DE 2012, DECRETO 1074 DE 2015 Y DEMÁS NORMATIVIDAD VIGENTE QUE REGULE LA MATERIA. EN TODO CASO, ASEGURADORA SOLIDARIA GARANTIZA LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD, PRIVACIDAD Y DEMÁS PRINCIPIOS QUE IMPLIQUEN EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ACORDE CON LA LEGISLACIÓN APLICABLE. ESTA AUTORIZACIÓN SE MANTENDRÁ POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DEL VÍNCULO O LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA SOCIEDAD RESPONSABLE, CONFORME LO ESTABLECIDO EN SUS MANUALES Y POLÍTICAS. IGUALMENTE DECLARO QUE HE CONOCIDO LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DISPONIBLE EN: [HTTPS://ASEGURADORASOLIDARIA.COM.CO/ENLACES-DE-INTERES/POLITICA-DE-PRIVACIDAD.ASPX](https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/politica-de-privacidad.aspx)

PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESE AL SIGUIENTE LINK <https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/biblioteca-de-clausulados.aspx> Y BUSQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TÍTULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIÉN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA DESDE NUESTRA PÁGINA WEB <https://www.aseguradorasolidaria.com.co>, EN EL MENÚ "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS".



FIRMA ASEGURADOR

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá CLIENTE

CDD9207A0E0BF57C5F



Defensor del Consumidor Financiero – Principal: Manuel Guillermo Rueda Serrano * Celular: 312 342 6229 * Correo electrónico: defensoriasolidaria@gmail.com
Defensor del Consumidor Financiero – Suplente: Jorge Humberto Martínez Luna * Celular: 310 223 4304 * Correo electrónico: martinezlunaabogados@gmail.com
Dirección: Carrera 13A# 28-38 oficina 221, Bogotá * Teléfono: (601) 791 91 80 * Fax: (601) 791 91 80 * Horario: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. y 2:00 p.m. a 6:00 p.m.

GRAN CONTRIBUYENTE RES-2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6801 - ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

CAPITULO 1 AMPAROS Y EXCLUSIONES

1. AMPAROS

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, A TRAVÉS DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO SIN EXCEDER EL VALOR ASEGURADO, COBERTURA PARA LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARATULA DE LA PRESENTE PÓLIZA, DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 1088 DEL CÓDIGO DE COMERCIO SEGÚN EL CUAL EL CONTRATO DE SEGURO ES DE MERA INDEMNIZACIÓN Y JAMAS PODRÁ SER FUENTE DE ENRIQUECIMIENTO. ESTA PÓLIZA CUBRE LOS PERJUICIOS DIRECTOS CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES DE LA PRESENTE PÓLIZA, EN SU ALCANCE Y CONTENIDO, SEGÚN LAS DEFINICIONES QUE EN ADELANTE SE ESTIPULAN:

LA COBERTURA DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO O SUS ANEXOS NO CONSTITUYE UNA FIANZA, NI ES SOLIDARIA, NI INCONDICIONAL, SU EXIGIBILIDAD ESTÁ CONDICIONADA A LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y LA DEMOSTRACIÓN DE LA CUANTÍA. EL AMPARO ESTA CIRCUNSCRITO A LOS PERJUICIOS CAUSADOS POR EL INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA SIEMPRE QUE EL MISMO SE AJUSTE AL VALOR ASEGURADO, VIGENCIA DE LAS COBERTURAS Y EXCLUSIONES, Y LA RECLAMACIÓN SE EFECTÚE DENTRO DE LOS TÉRMINOS SEÑALADOS EN EL ART. 1081 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA

LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUBRIRÁ A LA ENTIDAD ESTATAL POR LA IMPOSICIÓN DE SANCIONES AL PROPONENTE DERIVADAS DEL INCUMPLIMIENTO DE LA OFERTA, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

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

1.1.2 LA NO AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE OFERTA CUANDO EL TÉRMINO PREVISTO EN LOS PLIEGOS PARA LA ADJUDICACIÓN O PARA LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO SE PRORROGUE, SIEMPRE Y CUANDO ESAS PRÓRROGAS NO EXCEDAN EL TÉRMINO DE TRES (3) MESES.

1.1.3 LA FALTA DE OTORGAMIENTO POR PARTE DEL PROPONENTE SELECCIONADO, DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO EXIGIDA POR LA ENTIDAD PARA AMPARAR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATO.

1.1.4 EL RETIRO DE LA OFERTA DESPUÉS DE VENCIDO EL TÉRMINO FIJADO PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS PROPUESTAS.

1.2 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO

EL AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE DE LOS PERJUICIOS DIRECTOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DE LAS OBLIGACIONES NACIDAS DEL CONTRATO, ASÍ COMO DE SU CUMPLIMIENTO TARDÍO O DE SU CUMPLIMIENTO DEFECTUOSO, CUANDO ELLOS SON IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO, LOS DAÑOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA POR ENTREGAS PARCIALES DE LA OBRA, CUANDO EL CONTRATO NO PREVÉ ENTREGAS PARCIALES, ADEMÁS DE ESOS RIESGOS, ESTE AMPARO COMPRENDERÁ EL PAGO DEL VALOR DE LAS MULTAS Y DE LA CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA QUE SE HAYAN PACTADO EN EL CONTRATO GARANTIZADO.

1.3 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN AL ANTICIPO

EL AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, DE LOS PERJUICIOS SUFRIDOS CON OCASIÓN DE (I) LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO, (II) EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO Y (III) LA APROPIACIÓN INDEBIDA QUE EL CONTRATISTA GARANTIZADO HAGA DE LOS DINEROS O BIENES QUE SE LE HAYAN ENTREGADO EN CALIDAD DE ANTICIPO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO. CUANDO SE TRATE DE BIENES ENTREGADOS COMO ANTICIPO, ÉSTOS DEBERÁN TASARSE EN DINERO EN EL CONTRATO.

LA GARANTIA DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO DEBE ESTAR VIGENTE HASTA LA LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO O HASTA LA AMORTIZACIÓN DEL ANTICIPO, DE ACUERDO CON LO QUE DETERMINE LA ENTIDAD ESTATAL. EL VALOR DE LA GARANTIA COMPRENDERÁ EL 100% DE LA SUMA ESTABLECIDA COMO ANTICIPO, YA SEA EN DINERO O EN ESPECIE.

1.4 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGOS ANTICIPADOS

EL AMPARO DE DEVOLUCIÓN DEL PAGO ANTICIPADO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE DE LOS PERJUICIOS SUFRIDOS POR LA NO DEVOLUCIÓN TOTAL O PARCIAL, POR PARTE DEL CONTRATISTA, DE LOS DINEROS QUE LE FUERON ENTREGADOS A TÍTULO DE PAGO ANTICIPADO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR. LA GARANTIA DE

PAGO ANTICIPADO DEBE ESTAR VIGENTE HASTA LA LIQUIDACION DEL CONTRATO O HASTA QUE LA ENTIDAD ESTATAL VERIFIQUE EL CUMPLIMIENTO DE TODAS LAS ACTIVIDADES O LA ENTREGA DE TODOS LOS BIENES O SERVICIOS ASOCIADOS AL PAGO ANTICIPADO, DE ACUERDO CON LO QUE DETERMINE LA ENTIDAD ESTATAL. EL VALOR DE LA GARANTIA COMPRENDERA EL 100% DEL MONTO PAGADO DE FORMA ANTICIPADA, YA SEA ESTE EN DINERO O EN ESPECIE.

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

EL AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES, CUBRIRÁ A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE OCACIONEN COMO CONSECUENCIA DEL INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES LABORALES A QUE ESTE OBLIGADO EL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADAS DE LA CONTRATACION DEL PERSONAL UTILIZADO PARA LA EJECUCION DEL CONTRATO AMPARADO EN EL TERRITORIO NACIONAL.

ESTA GARANTIA NO SE APLICARA PARA LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL POR PERSONAL CONTRATADO BAJO UN REGIMEN JURIDICO DIFERENTE AL COLOMBIANO.

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA

EL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA, CUBRIRÁ A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE DE LOS PERJUICIOS OCACIONADOS POR CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, IMPUTABLE AL CONTRATISTA, SUFRIDO POR LA OBRA ENTREGADA A SATISFACCIÓN.

PARAGRAFO: LA COBERTURA DEL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA INICIA SU VIGENCIA A PARTIR DEL RECIBO A SATISFACCION DE LA OBRA POR PARTE DE LA ENTIDAD CONTRATANTE.

1.7 CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADOS

EL AMPARO DE CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADOS CUBRIRÁ A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE DE LOS PERJUICIOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO, (I) DERIVADOS DE LA MALA CALIDAD O DEFICIENCIAS TÉCNICAS DE LOS BIENES O EQUIPOS POR EL SUMINISTRADOS, DE ACUERDO CON LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO O (II) POR EL INCUMPLIMIENTO DE LOS PARÁMETROS O NORMAS TÉCNICAS ESTABLECIDAS PARA EL RESPECTIVO BIEN O EQUIPO, UNA VEZ SEAN RECIBIDOS POR LA ENTIDAD.

1.8 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

EL AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE DE LOS PERJUICIOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO QUE SE DERIVEN DE (I) LA MALA CALIDAD O INSUFICIENCIA DE LOS PRODUCTOS ENTREGADOS CON OCASIÓN DE UN CONTRATO DE CONSULTORÍA, O (II) DE LA MALA CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO, TENIENDO EN CUENTA LAS CONDICIONES PACTADAS EN EL CONTRATO.

PARAGRAFO PRIMERO.

EN VIRTUD DE LO SEÑALADO EN 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 O DE LA RESPONSABILIDAD IMPUTABLE A LOS PARTICULARES, DERIVADOS DE UN PROCESO DE RESPONSABILIDAD FISCAL.

PARÁGRAFO SEGUNDO.

LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA SERÁN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA NO PODRÁ RECLAMAR O TOMAR EL VALOR DE UN AMPARO PARA CUBRIR O INDEMNIZAR EL VALOR DE OTROS. ESTOS NO SON ACUMULABLES Y SON EXCLUYENTES ENTRE SÍ.

PARÁGRAFO TERCERO.

ANTES DEL INICIO DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, SERA RESPONSABILIDAD DE LA ENTIDAD CONTRATANTE APROBAR LA GARANTIA. LA APROBACION COMPRENDERA LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA POLIZA.

2. EXCLUSIONES

LOS AMPAROS PREVISTOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO OPERARAN EN LOS SIGUIENTES CASOS:

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

2.2 DAÑOS CAUSADOS POR EL CONTRATISTA A LOS BIENES DE LA ENTIDAD NO DESTINADOS AL CONTRATO.

2.3 EL USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A QUE ESTÉ OBLIGADA LA ENTIDAD CONTRATANTE.

2.4 EL DEMÉRITO O DETERIORO NORMAL QUE SUFRAN LOS BIENES ENTREGADOS CON OCASIÓN DEL CONTRATO

GARANTIZADO, COMO CONSECUENCIA DEL MERO TRANSCURSO DEL TIEMPO.

CAPITULO II - DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Para efectos de este contrato de seguro las expresiones o vocablos relacionados a continuación, tendrán el siguiente significado.

2.1 Tomador

Es la persona natural o jurídica que contrata el seguro y se hace responsable del pago de la prima y quien ha celebrado un contrato con la entidad estatal contratante, cuyas obligaciones se encuentran garantizadas con la presente póliza.

2.2 Asegurado

Es la entidad estatal contratante que por tener interés asegurable figura como tal en la carátula de la póliza.

2.3 Beneficiario

Es la entidad estatal contratante que ha sufrido un perjuicio amparado, o en el amparo de salarios el trabajador vinculado al contratista mediante contrato de trabajo.

2.4 Siniestro

Es la realización del riesgo asegurado por un hecho imputable al contratista, ocurrido durante la vigencia consignada en la carátula de la póliza, que ha causado un perjuicio indemnizable a la entidad estatal contratante.

2.5 Acto Administrativo

Es el medio a través del cual la entidad estatal en uso de su función administrativa manifiesta su voluntad encaminada a producir ciertos efectos jurídicos de carácter particular.

2.6 Acto Administrativo Ejecutoriado

Es la manifestación de la entidad estatal contratante que puede producir los efectos previstos en el acto, por haber cumplido con los requisitos establecidos del artículo 62 del código contencioso administrativo, y Aseguradora Solidaria de Colombia en calidad de garante ha ejercido su derecho a la defensa.

CAPITULO III - CONDICIONES APLICABLES A TODO EL CONTRATO

1. SUMA ASEGURADA

LA SUMA ASEGURADA DETERMINADA PARA CADA AMPARO EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA, DELIMITA LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA ASEGURADORA EN CASO DE SINIESTRO.

2. VIGENCIA

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA SE HARÁ CONSTAR EN LA CARÁTULA DE LA POLIZA Y/O EN SUS ANEXOS Y/O CERTIFICADOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA.

3. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA

DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DEBERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y ACREDITAR LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA, PREVIO AGOTAMIENTO DEL DERECHO DE AUDIENCIA DEL CONTRATISTA Y DEL GARANTE, DE LA SIGUIENTE FORMA:

3.1 EN CASO DE CADUCIDAD, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011 LA ENTIDAD ESTATAL PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL, ADEMÁS DE LA DECLARATORIA DE CADUCIDAD, PROCEDERÁ A HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL O A CUANTIFICAR EL MONTO DEL PERJUICIO Y A ORDENAR SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO AL GARANTE. EL ACTO ADMINISTRATIVO DE CADUCIDAD CONSTITUYE SINIESTRO.

3.2 EN CASO DE APLICACIÓN DE MULTAS, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011 LA ENTIDAD ESTATAL, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL IMPONDRÁ LA MULTA Y ORDENARÁ SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO AL GARANTE. EL ACTO ADMINISTRATIVO CONSTITUYE SINIESTRO.

3.3 EN LOS DEMÁS CASOS DE INCUMPLIMIENTO, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL DECLARARÁ EL INCUMPLIMIENTO Y CUANTIFICARÁ EL MONTO DE LA PÉRDIDA Y/O HARA EFECTIVA LA CLÁUSULA

PENAL, SI ELLA ESTÁ PACTADA Y ORDENARA SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO AL GARANTE.

4. REDUCCIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN

SI EL ASEGURADO O BENEFICIARIO, AL MOMENTO DE TENER CONOCIMIENTO DEL INCUMPLIMIENTO O CON POSTERIORIDAD A ÉSTE Y ANTERIOR AL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, FUERE DEUDOR DEL CONTRATISTA POR CUALQUIER CONCEPTO, SE APLICARÁ LA COMPENSACIÓN Y LA INDEMNIZACIÓN SE DISMINUIRÁ EN EL MONTO DE LAS ACREENCIAS, SEGÚN LA LEY, DE CONFORMIDAD CON LO SEÑALADO EN LOS ARTÍCULOS 1714 Y SUBSIGUIENTES DEL CÓDIGO CIVIL.

IGUALMENTE SE DISMINUIRÁ DEL VALOR DE LA INDEMNIZACIÓN EN EL DE LOS BIENES QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HAYA OBTENIDO DEL CONTRATISTA, JUDICIAL O EXTRAJUDICIALMENTE, EN EJERCICIO DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO CUYO CUMPLIMIENTO SE GARANTIZA CON LA PRESENTE PÓLIZA.

5. PAGO DEL SINIESTRO

LA ASEGURADORA PAGARÁ EL VALOR DEL SINIESTRO, ASÍ:

5.1. PARA EL CASO PREVISTO EN EL NUMERAL 3.1., DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE CON TAL FIN HAGA LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE PARA RECLAMAR EL PAGO, ACOMPAÑADA DEL ACTO ADMINISTRATIVO DEBIDAMENTE EJECUTORIADO Y DEL ACTA DE LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO O DE LA RESOLUCIÓN EJECUTORIADA QUE ACOJA LA LIQUIDACIÓN UNILATERAL.

5.2 PARA EL CASO DEL NUMERAL 3.2, DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE HAGA LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, ACOMPAÑADA DEL ACTO ADMINISTRATIVO DEBIDAMENTE EJECUTORIADO, JUNTO CON LA CONSTANCIA DE LA ENTIDAD ESTATAL DE LA NO EXISTENCIA DE SALDOS A FAVOR DEL CONTRATISTA RESPECTO DE LOS CUALES SE PUEDA APLICAR LA COMPENSACIÓN DE QUE TRATA LA CONDICIÓN CUARTA DE ESTE CLAUSULADO O EN LA QUE CONSTE LA DISMINUCIÓN EN EL VALOR A INDEMNIZAR EN VIRTUD DE TAL COMPENSACIÓN.

PARAGRAFO.

LA ASEGURADORA PODRÁ OPTAR POR CUMPLIR SU PRESTACIÓN MEDIANTE EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN O CONTINUANDO LA EJECUCIÓN DE LA OBLIGACIÓN GARANTIZADA, DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1102 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

6. VIGILANCIA SOBRE EL CONTRATISTA EN LA EJECUCION DEL CONTRATO

LA ASEGURADORA TIENE DERECHO A EJERCER LA VIGILANCIA SOBRE EL CONTRATISTA EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, PARA LO CUAL LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE LE PRESTARÁ LA COLABORACIÓN NECESARIA.

7. SUBROGACION

EN VIRTUD DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN LA ASEGURADORA SE SUBROGA HASTA CONCURRENCIA DE SU IMPORTE, EN TODOS LOS DERECHOS QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE TENGA CONTRA EL CONTRATISTA.

LA ENTIDAD ESTATAL NO PUEDE RENUNCIAR EN NINGÚN MOMENTO A SUS DERECHOS CONTRA EL CONTRATISTA Y SI LO HICIERE PERDERÁ EL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN.

EL CONTRATISTA SE OBLIGA A REEMBOLSAR INMEDIATAMENTE A LA ASEGURADORA, LA SUMA QUE ÉSTA LLEGARE A PAGAR A LA ENTIDAD ESTATAL, CON OCASIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, INCREMENTADA CON LOS INTERÉSES MÁXIMOS LEGALES VIGENTES AL MOMENTO DEL REEMBOLSO, CALCULADOS DESDE QUE LA ASEGURADORA EFECTÚE EL PAGO RESPECTIVO, SIN NECESIDAD DE REQUERIMIENTOS PREVIOS.

8. CESION DEL CONTRATO

EN EL EVENTO QUE POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA EL ASEGURADOR RESOLVIERA CONTINUAR, COMO CESIONARIO, CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ESTUVIESE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA ACEPTA DESDE AHORA LA CESIÓN DEL CONTRATO A FAVOR DEL ASEGURADOR.

EN TAL EVENTO LAS PARTES SUSCRIBIRÁN EL CONTRATO CORRESPONDIENTE, Y ASEGURADORA SOLIDARIA PRESENTARÁ GARANTÍAS EN LOS TÉRMINOS EXIGIDOS POR LA LICITACIÓN O CONTRATO.

9. NO EXPIRACION POR FALTA DE PAGO DE PRIMA E IRREVOCABILIDAD

LA PRESENTE PÓLIZA NO EXPIRARÁ POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NI POR REVOCACIÓN UNILATERAL.

10. NOTIFICACIONES Y RECURSOS

LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE DEBERÁ NOTIFICAR A LA ASEGURADORA LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS ATINENTES A LA EFECTIVIDAD DE LA PÓLIZA, PREVIO AGOTAMIENTO DEL DERECHO DE AUDIENCIA DEL CONTRATISTA Y DEL GARANTE.

11. PROHIBICIÓN DE LA TRANSFERENCIA

NO SE PERMITE HACER CESIÓN O TRANSFERENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA SIN EL CONSENTIMIENTO ESCRITO DE LA ASEGURADORA. EN CASO DE INCUMPLIMIENTO DE ESTA DISPOSICIÓN, EL AMPARO TERMINA AUTOMÁTICAMENTE Y LA ASEGURADORA SOLO SERÁ RESPONSABLE POR LOS ACTOS DE INCUMPLIMIENTO QUE HAYAN OCURRIDO CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE LA CESIÓN O TRANSFERENCIA.

12. COEXISTENCIA DE SEGUROS

EN CASO DE EXISTIR, AL MOMENTO DEL SINIESTRO, OTRO SEGURO DE CUMPLIMIENTO CON RELACIÓN AL MISMO CONTRATO, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN A QUE HAYA LUGAR, SE DISTRIBUIRÁ ENTRE LOS ASEGURADORES EN PROPORCIÓN A LAS CUANTÍAS DE SUS RESPECTIVOS SEGUROS, SIN QUE EXISTA SOLIDARIDAD ENTRE LAS ASEGURADORAS PARTICIPANTES Y SIN EXCEDER DE LA SUMA ASEGURADA BAJO EL CONTRATO DE SEGURO.

13. LLAMAMIENTO EN GARANTIA

CUANDO SE AMPAREN CONTRATOS EN LOS CUALES SE HA SUSCRITO CLAUSULA COMPROMISORIA, DE CONFORMIDAD CON O PREVISTO EN EL ARTÍCULO 37 DE LA LEY 1563 DE 2012, LA ASEGURADORA QUEDARA VINCULADA A LOS EFECTOS DEL MISMO.

14. PROCESOS CONCURSALES LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA SE OBLIGA A HACER VALER SUS DERECHOS DENTRO DE CUALQUIER PROCESO CONCURSAL O PRECONCURSAL O LOS PREVISTOS EN LA LEY 550 DE 1999, LEY 1116 Y SUS NORMAS COMPLEMENTARIAS, EN EL QUE LLEGARE A SER ADMITIDO EL CONTRATISTA GARANTIZADO, EN LA FORMA EN QUE DEBERÍA HACERLO SI CARECIERE DE LA GARANTÍA OTORGADA POR LA PRESENTE PÓLIZA, SUS CERTIFICADOS DE APLICACIÓN Y SUS AMPAROS, DANDO AVISO A LA ASEGURADORA DE TAL CONDUCTA.

15. PRESCRIPCIÓN LAS ACCIONES DERIVADAS DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, SE SUJETAN A LOS TÉRMINOS DE PRESCRIPCIÓN DISPUESTOS EN EL ARTÍCULO 1081 DEL CÓDIGO DE COMERCIO Y DEMÁS NORMAS QUE LO ADICIONEN Y/O MODIFIQUEN.

16. DOMICILIO SIN PERJUICIO DE LAS DISPOSICIONES PROCESALES, PARA LOS EFECTOS RELACIONADOS CON EL PRESENTE CONTRATO SE FIJA EL DOMICILIO EN LA CIUDAD DE BOGOTA EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA.



TOMADOR



ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA

RECIBO DE CAJA No. 310098877

| | | | |
|--|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------|
| AGENCIA AVENIDA SUBA | TRANSACCIÓN Nro. 310161985 | FECHA DE RECAUDO 16/04/2025 | TIPO PAGADOR ASEGURADO |
| NOMBRE PAGADOR HERNANDEZ JIMENEZ DIANA MERCEDES | | C.C o NIT 1065587283 | |
| TOMADOR PÓLIZA HERNANDEZ JIMENEZ DIANA MERCEDES | | | |
| DETALLE DE PAGO PAGO POLIZA DE CUMP. ENT. ESTATALES 994000015486 - NRO. ELECTRÓNICO 3102149204 | | | |
| VALOR EN LETRAS (en Pesos) CUARENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS CUARENTA PESOS | | VALOR RECIBO \$ 42,840.00 | |
| PAGO PÓLIZA DE CUMP. ENT. ESTATALES 994000015486 - ANEXO 0 AGENCIA AVENIDA SUBA, TOMADOR PÓLIZA: CC-1065587283 HERNANDEZ JIMENEZ DIANA MERCEDES. VALOR PAGADO \$ 42,840.00 RELACIONADO CON EL NRO. DE RECIBO 310161985 | | | |


FIRMA RECIBIDO PAGO

RECIBO GENERADO POR: MV ASESORES DE SEGUROS LTDA