 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO POR CONCEPTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)		Código Regional Código Centro Fecha Elaboración Versión ID de Proceso		8 101008 Agosto de 2025 ENERO - 2.25 57516-726195	
	REGIONAL ATLÁNTICO					
	ACTUALIZACIÓN Y MODERNIZACIÓN TECNOLÓGICA DE CENTROS DE FORMACION					
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1					
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos:		MARIA CRISTINA ROSALES OROZCO	Banco a consignar:	AV VILLAS		
Cédula de Ciudadanía		22.478.050	Tipo de cuenta:	AHORROS		
Correo electrónico:		mrosales@sena.edu.co	Número de Cuenta:	824851450		
IP/Nº de contacto:			Presta Servicios Excluidos de IVA:	NO		
Inducción SST:		SI	Pertenece al régimen simple de tributación:	NO		
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE	Es declarante de renta por el año gravable 2024	SI		
¿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		SI				
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:		8205079/2025	Nº Compromiso SIIF	84625	Número de pagos durante la vigencia del contrato	5
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		SERVICIOS PERSONALES: PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO APOYO TÉCNICO EN EL ÁREA DE MERCADEO EN LA REGIONAL ATLÁNTICO DE LA ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN DE ACCIÓN PARTICIPATIVA - IAP ZONA CARIBE I RADICADO 08-9-2025-024123...PZO 31/12/2025				
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del		15/08/2025	Al	31/08/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 19.040.000
Número de pago		1			Valor Total del Contrato:	\$ 19.040.000
Valor Bruto Pago:		\$ 2.240.000,00		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 16.800.000
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Ingresos por honorarios		\$ 2.240.000		Ninguno		0,00%
Ingresos por comisiones		\$ 0		Retención en la Fuente del Periodo		\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0				
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 2.240.000		Menos, ReteFuente Otros Ingresos		\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE		\$ 1.369.700		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		Agosto	Julio	Base retención en la fuente a título de RENTA		1.369.700,00
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.423.500	\$ 0	Base retención en la fuente a título de ICA		2.240.000,00
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
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente		0,00
ARL		\$ 7.500	\$ 0	Menos Retencion IVA		0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -	-	Reteica - 8299 - BARRANQUILLA		25,984,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -	-			0,00
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -	-			0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -	-			0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -	-			0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -	-	Otras Retenciones		0,00
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -	-	Otras Retenciones		0,00
Dependientes hasta		\$ -	-	Otras Retenciones		0,00
Salud hasta		\$ 796.784	\$ -	Otras Retenciones		0,00
Renta Exenta 25%		\$ 16.392.170	\$ 457.000	Otras Retenciones		0,00
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 0	-	Descuentos de embargo (Si tiene)		0,00
Retención en la Fuente Contingente		\$ -	-	VALOR A PAGAR		\$2.214.016,00
SON: DOS MILLONES DOSCIENTOS CATORCE MIL DIECISEIS PESOS M/CTE						
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Realizar ejercicios de asesoramiento en la identificación, diseño e implementación de canales de venta directa que minimicen la interm						
Preparar y Guiar a las comunidades en el uso de herramientas de marketing digital básicas y accesibles para la promoción y venta de su						
Apoyar los procesos administrativos de la Regional relacionados con las evidencias de los servicios prestados, inherentes a las activi						
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:						
1. Cumpli 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						
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,						
STEPHANY VALLE CORDOBA PROFESIONAL G04						
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 JACQUELINE ROJAS SOLANO DIRECTOR REGIONAL A G08						



Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto Comprobante

Usuario Solicitante: Mhedonado
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: 36-02-00-008-000000
Fecha y Hora Sistema: 2025-08-19-5:02 p. m.

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO															
Con base en el CDP No: 20525 de fecha 2025-05-23. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle															
Número:	84625	Fecha Registro:	2025-08-15	Unidad / Subunidad Ejecutora:	36-02-00-008-000000 SENA REGIONAL ATLANTICO-DIRECCION REGIONAL										
Vigencia Presupuestal	Actual	Estado:	Generado		Tipo de Moneda:	COP-Pesos	Tasa de Cambio:				0,00				
Valor Inicial:	19,040,000,00	Valor Total Operaciones:		0,00	Valor Actual:	19,040,000,00	Saldo x Obligar:				19,040,000,00				
TERCERO ORIGINAL															
Identificación: Cédula de Ciudadanía	22478050	Razón Social:	MARIA CRISTINA ROSALES OROZCO				Medio de Pago:				Abono en cuenta				
CUENTA BANCARIA															
Número:		Banco:	824851450				Tipo:	Ahorro	Estado:		Registro Previo				
ORDENADOR DEL GASTO															
Identificación:		Nombre:	22588620	JACQUELINE ROJAS SOLANO		Cargo:	DIRECTOR REGIONAL - ATLANTICO								
VIÁTICOS															
Identificación:		Fecha de Registro:		Genera Viáticos:	No	Num. Solicitud de Comisión:		Número:	CO.LPCCNTR.8205079-2025	Tipo:	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS 2025-08-15				
ITEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO															
DEPENDENCIA	101023 ACTUALIZACION Y MODERNIZACION TECNOLÓGICA DE CENTROS DE FORMACION	POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	C-3605-1300-3-040402A-3605001-02 ADQUIS. DE BYS - DOCUMENTOS DE INVESTIGACIÓN - IMPLANTACIÓN SISTEMA DE INVESTIGACIÓN APLICADA, DESARROLLO TECNOLÓGICO Y COMPETITIVIDAD	FUENTE	Propios	RECURSO	27	SITUAC.	CSF	FECHA OPERACIÓN	VALOR INICIAL	VALOR OPERACIÓN	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR	
											19,040,000,00	0,00			
											19,040,000,00	0,00	19,040,000,00		19,040,000,00
											Total:				
Objeto: SERVICIOS PERSONALES: profesionales de carácter temporal como apoyo técnico en el área de mercadeo en la Regional Atlántico de la estrategia de Investigación de Acción Participativa - IAP zona caribe I RADICADO 08-9-2025-024123...PZO 31/12/2025															

PLAN DE PAGOS								
DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		POSICION DEL CATALOGO DE PAC		FECHA	VALOR A PAGAR	SALDO POR OBLIGAR	LINEA DE PAGO	
36-02-00-008-0000000	SENA REGIONAL ATLANTICO-DIRECCION REGIONAL	9-1	INVERSION PROPIOS CSF	2025-08-30	2.240.000,00	2.240.000,00	NINGUNO	
36-02-00-008-0000000	SENA REGIONAL ATLANTICO-DIRECCION REGIONAL	9-1	INVERSION PROPIOS CSF	2025-09-30	4.200.000,00	4.200.000,00	NINGUNO	
36-02-00-008-0000000	SENA REGIONAL ATLANTICO-DIRECCION REGIONAL	9-1	INVERSION PROPIOS CSF	2025-10-30	4.200.000,00	4.200.000,00	NINGUNO	
36-02-00-008-0000000	SENA REGIONAL ATLANTICO-DIRECCION REGIONAL	9-1	INVERSION PROPIOS CSF	2025-11-30	4.200.000,00	4.200.000,00	NINGUNO	
36-02-00-008-0000000	SENA REGIONAL ATLANTICO-DIRECCION REGIONAL	9-1	INVERSION PROPIOS CSF	2025-12-30	4.200.000,00	4.200.000,00	NINGUNO	

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

Simple®

Fecha creación reporte:

2025-08-23, 10:28:52 AM

Periodo Cotización:

agosto de 2025

Periodo Servicio:

agosto de 2025

Numéro Planilla:

107511355

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

PAGOSIMPLE |

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

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

PAGADO 22/08/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARIA CRISTINA RPSALES OROZCO										Dirección	CR 26 #4 - 21
Documento	CC22478050										Teléfono	64578902
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE										Forma Presentación	ÚNICO
Tipo Persona	NATURAL										Departamento	ATLANTICO
Ciudad	PUERTO COLOMBIA										Identificación	
Representante Legal											ARP	NINGUNA ARP
Total Afiliados	1											

II. DETALLE DEL APORTANTE

Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	Novedades												Pensiones				Salud				Riesgos				Cajas				Parafiscales				Total		
				NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	SI	Total
CC 22478050	MARIA CRISTINA ROSALES OROZCO	03	00																																			\$ 1.174.700

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 4.121.600	\$ 4.121.600	\$ 0	\$ 0	\$ 659.500	\$ 515.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.174.700	\$ 0	\$ 1.174.700

Líneas de Servicio FonosIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Página 1 de 1

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 02 Actualización		4. Número de formulario 14658380045			
		 (415)7707212489984(8020) 000001465838004 5			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 224780500		6. DV 0		12. Dirección seccional Impuestos de Barranquilla	
				14. Buzón electrónico 2	
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 13		26. Número de Identificación 22478050	
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA 169		29. Departamento Atlántico 08		30. Ciudad/Municipio Barranquilla 001	
31. Primer apellido ROSALES		32. Segundo apellido OROZCO		33. Primer nombre MARIA	
				34. Otros nombres CRISTINA	
35. Razón social					
36. Nombre comercial					
37. Sigla					
UBICACIÓN					
38. País COLOMBIA 169		39. Departamento Atlántico 08		40. Ciudad/Municipio Puerto Colombia 573	
41. Dirección principal CL 4 26 03 AP 301 BRR COUNTRY CLUB VILLA					
42. Correo electrónico mariac.rosales@hotmail.com					
43. Código postal		44. Teléfono 1 3185893702		45. Teléfono 2	
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica					
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código 0010	47. Fecha inicio actividad 19980101	48. Código 7020	49. Fecha inicio actividad 20110131	50. Código 12	
				51. Código	52. Número establecimientos
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 549					
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario					
49 - No responsable de IVA					
Usuarios aduaneros					
Exportadores					
54. Código 1234567891011121314151617181920					
55. Forma 56. Tipo Servicio 123					
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.			Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.		
Firma del solicitante:			Firma autorizada:		
			984. Nombre ROSALES OROZCO MARIA CRISTINA		
			985. Cargo CONTRIBUYENTE		

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



No de Radicacion
4015276976

Fecha de Radicación
01/08/2015

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

Página 1 de 2

1. Tipo de trámite	2. Tipo afiliación	3. Régimen	4. Contribución Solidaria
A. Afiliación	A. Individual:	A. Contributivo	Si
B. Reporte de Novedades	- Cotizante Cabeza de familia	B. Subsidado	No
	- Beneficiario afiliado adicional		
	C. Colectiva		
	C. Institucional		
	D. De oficio		
5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código	
A. Cotizante	A. Dependiente	(a registrar por la EPS)	3
B. Cabeza de Familia	B. Independiente		
C. Beneficiario	C. Pensionado		
D. Afiliado adicional			

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante - cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres	9. Tipo documento de Identidad	10. Número del documento de Identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación
SEPULVEDA	CC	1095797493	Femenino	F M T NB Otro Cual
MERCADO			Masculino	
SANDRA				
PATRICIA				
13. Nacionalidad	14. Lugar Nacimiento	15. Fecha Nacimiento		
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA	2/5/03/11/9/8		
	Departamento: CESAR			
	Municipio: AGUSTIN CODAZZI			

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBEN	20. Clasificación SISBEN	21. Grupo población especial
6		Si No	SI NO	Nivel Grupo	
		Categoría Discapacidad			
22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria		
26. Residencia	27. Teléfono fijo	28. Teléfono celular	29. Correo electrónico		
CR 42 B 114 31 CNJ GUACAMAYA TO 1 AP 101	3002464780	SANDRASEPULVEDA25@HOTMAIL.COM			
Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	Zona		
ATLANTICO	BARRANQUILLA	Urbana cabecera municipal	Rural dispersa		
		Urbana centro poblado	Resto rural		

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

27. Apellidos y nombres	28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
Primer apellido Segundo apellido			Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual
32. Nacionalidad	33. Lugar Nacimiento	34. Fecha Nacimiento		
	Pais: Departamento: Municipio:			

V. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS Y DE LOS AFILIADOS ADICIONALES

35. Apellidos y nombres	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo Biológico	40. Sexo Identificación	41. Lugar Nacimiento	42. Fecha de nacimiento
Primer apellido Segundo apellido				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	Pais Departamento Municipio	
B1 MERCADO	CC	49691934	COLOMBIA			COLOMBIA CESAR BECERRIL	01/03/1971
B2 SEPULVEDA	CC	77152291	COLOMBIA			COLOMBIA CESAR AGUSTIN CODAZZI	01/03/1965
B3							
B4							
B5							

VI. DATOS COMPLEMENTARIOS DEL BENEFICIARIO

43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo poblacional especial	47. Encuesta SISBEN	48. Clasificación SISBEN	49. Discapacidad	50. Incapacidad Permanente
B1 PD	6			Si No	Nivel Grupo	Si No	Si No
B2 PD	6						
B3							
B4							
B5							
51. Datos de residencia	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)						
Departamento Municipio/Distrito							
ATLANTICO BARRANQUILLA							
ATLANTICO BARRANQUILLA							
Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico					
CL 20 24 54	RIOMAR	SANDRASEPULVEDA25@HOTMAIL.COM					
CL 20 24 54	METROPOLITANA	SANDRASEPULVEDA25@HOTMAIL.COM					

VII. SELECCIÓN DE LA IPS PRIMARIA

53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C VS 20 DE JULIO BARRANQUILLA - VS UOD PRADO	VS20JULIOB - VSUODPRADO
B 1 VS ALKARAWI - VS UOD ALKARAWI	VSALKARAWI - VSUODALKAR
B 2 VS ALKARAWI - VS UOD ALKARAWI	VSALKARAWI - VSUODALKAR
B -	-

VIII. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Número de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
59. Ubicación			
Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento Municipio/distrito

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">1. Modificación datos básicos de identificación2. Corrección datos básicos de identificación3. Actualización documento de identidad4. Actualización y/o corrección datos complementarios5. Terminación de la inscripción en la EPS.
Código: ☐6. Reporte de pago a través de un tercero; Código: ☐7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando11. Inscripción EPS retorno al país. | <ul style="list-style-type: none">12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas14. Movilidad: A. Régimen Contributivo
 B. Régimen Subsidiado
 A. Mismo régimen
 B. Diferente régimen15. Traslado: A. Mismo régimen
 B. Diferente régimen16. Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia17. Reporte del trámite de protección al cesante18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado19. Reporte de la calidad del pensionado20. Ingreso a contribución solidaria21. Retiro de contribución solidaria |
|---|---|

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de Identidad ☐		Número documento de Identidad	
62. Sexo biológico		63. Sexo identificación	
Femenino Masculino		F M T NB Otro Cual	
65. EPS anterior		66. Fecha de Novedad	
67. Motivo de traslado		68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones	
Código: ☐			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud.
- 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o celular como mensaje de texto
- 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes
- 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según encuesta del Sisbén vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de Identidad ☐		Número documento de Identidad	

IX. FIRMAS

	
80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

X. ANEXOS

82. Anexo Copia del documento de identidad: CN. RC. TI. CC. PA. CE. CD. SC. PT.
Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: ☐
83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
84. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
86. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
87. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la Institución	
Código del municipio ☐	Código del Departamento ☐		
XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL			
94. Apellidos y Nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de identidad ☐		95. Firma del funcionario	
Número documento de identidad			
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación		
Observaciones			

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARIA CRISTINA ROSALES OROZCO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **22478050**, se encuentra afiliado/a desde **01/08/2022** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 08 de agosto de 2025.



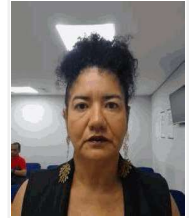
Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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



CMG Salud Laboral SAS
NIT. 901546955-0

Carrera 56 No. 74-70 Local 101
Cels. (+57) 3138762692 - (+57) 3138762694 - Tel. (605) 3851865
E-mail. info@cmgsaludlaboral.com
www.cmgsaludlaboral.com



AUDIOMETRIA

Atención N°: 25312

DATOS PERSONALES

Fecha: 08/08/2025 Ciudad: BARRANQUILLA (ATLÁNTICO, COLOMBIA)
Tipo Exámen: EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO Eps: SALUD TOTAL
CC: 22478050 Nombre: ROSALES OROZCO MARIA CRISTINA Edad: 48 AÑOS 8 MESES 14 DÍAS Genero: FEMENINO
Fecha Nacimiento: 24/11/1976 Empresa: PARTICULARES Ocupación: EXPERTA EN MERCADEO

ANTECEDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
NO REPORTA	NO REPORTA	NINGUNA	NO APLICA	0	0

ANTECEDENTES FAMILIARES

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
OTITIS	NO REFIERE	HIPOACUSIA SUBJETIVA	NO REFIERE
TRAUMA	NO REFIERE	ACÚFENOS	NO REFIERE
CIRUGÍA	NO REFIERE	OTROS	
INGESTA OTOTÓXICOS	NO REFIERE		

EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	NO REFIERE
MOTO	NO REFIERE	AUDÍFONOS	NO REFIERE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

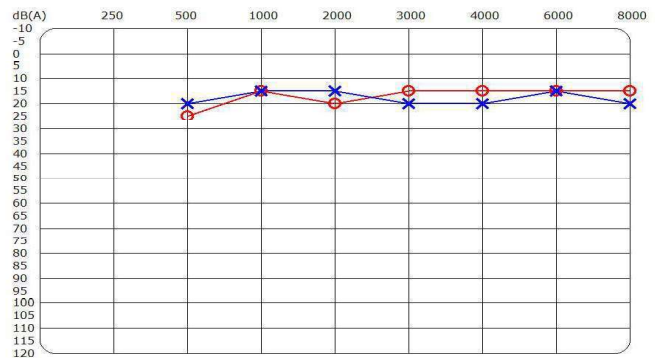
Descanso auditivo(Horas) : 12 Hora(s) Realizó re test: NO Uso Cabina Sonoamortiguada: NO
Marca y Referencia audiómetro utilizado: AUDIOMETRO F. Ultima Calibración: 2024-08-08



OTOSCOPIA

Oído derecho: NORMAL
Oído izquierdo: NORMAL

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD		25	15	20	15	15	15	15
VAOI		20	15	15	20	20	15	20



PTA Oído derecho: 18.75

PTA Oído izquierdo: 17.50

SEVERIDAD - CAOHC

Oído derecho: Normal(0 - 25 dB) Oído izquierdo: Normal(0 - 25 dB)

Código	Nombre del Diagnóstico	Oído	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OÍDOS Y DE LA AUDICIÓN	AMBOS	Enfermedad general	PRINCIPAL

RECOMENDACION

OBSERVACION

CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO

Observaciones

AUDICION NORMAL BILATERAL, -CONTROL AUDITIVO ANUAL, EVITAR USO PROLONGADO DE REPRODUCTOR DE MUSICA Y CELULAR, REPOSO AUDITIVO, USO DE PROTECCION AUDITIVA EN CASO DE EXPOSICION A RUIDO.

FONOAUDIÓLOGO

TRABAJADOR

Firma: _____

Nombre: CC: 1033256229 - MARIA JOSE PERDOMO

R. M.: 2020 L.S.O.: 000



Código de Seguridad

A1217G2M25312

Firma: _____

Nombre: ROSALES OROZCO MARIA CRISTINA

CC: 22478050



N° 41,820

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
08	08	2025	BARRANQUILLA (ATLÁNTICO, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
DÍA	MES	AÑO	Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA							
PARTICULARES CONTADO				PARTICULARES			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE							
ROSALES OROZCO MARIA CRISTINA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	48 AÑOS 8 MESES 13 DÍAS	CC	22478050
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo							
EXPERTA EN MERCADEO							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APLICA AL PERFIL BIOLABORAL CON RECOMENDACIONES							
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EXAMEN CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR				PERFIL LIPIDICO			
AUDIOMETRÍA				PRUEBA PSICOLOGICA VALANTI			
OPTOMETRÍA				-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : MD INTERNISTA			SVE VISUAL			HABITOS SALUDABLES : DIETA HIPOSODICA	
USAR CORRECCIÓN VISUAL : CAMBIO DE LENTES			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			CONTROL DE PESO	
VALORACIÓN POR EPS : CONTROL DE P.LIPIDICO						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
PESO: 69 TALLA: 157 IMC: 27.99							
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.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
 Firma:				 Firma:			
Nombre: CC: 8693329 - RAMON ENRIQUE DE LA CRUZ				Nombre: ROSALES OROZCO MARIA CRISTINA			
R. M.: 8693329		L.S.O.: 2538		Código de Seguridad		CC: 22478050	
				E1217K1Q41820			



Calle 27 Nro. 45-109 Tel: 57 (4) 369 51 00
www.segurossura.com.co/ayudasdiagnosticas

Paciente: ROSALES OROZCO MARIA CRISTINA	Identificación: 22478050	Nro. Servicio: 10509871	No. Paciente: 31006
Sexo/Edad: FEMENINO / 48 Años	Teléfono: 3185893702	Tipo servicio:	
Médico: SIN REGISTRO MEDICO	Fecha servicio: 08/08/2025	Fecha impresión: 08/08/2025 03:49 PM	
Empresa: CMG SALUD LABORAL SAS		Habitación:	

COLESTEROL HDL Validado: 08/08/2025 02:24 PM

Análisis	Resultado	Valores de Referencia	Unidad
Colesterol HDL	54		mg/dL
Notas : INTERPRETACIÓN:			
Sin Riesgo:			
Hombres: >55 mg/dL.			
Mujeres: >65 mg/dL.			
Riesgo Moderado:			
Hombres: 35-55 mg/dL.			
Mujeres: 45-65 mg/dL.			
Alto Riesgo:			
Hombres: <35 mg/dL.			
Mujeres: <45 mg/dL.			

Isaura

BACTERIOLOGA
ISAURA ELENA ROJAS PINEDA
REG. 43602212

COLESTEROL VLDL Validado: 08/08/2025 02:24 PM

Análisis	Resultado	Valores de Referencia	Unidad
Colesterol VLDL	20	0 40	mg/dL
Notas : El valor de referencia definido por			
ATPIII (2004) es <30 mg/dL.			
Circulation.2004;110:227-239.			

Isaura

BACTERIOLOGA
ISAURA ELENA ROJAS PINEDA
REG. 43602212

COLESTEROL LDL Validado: 08/08/2025 02:24 PM

Análisis	Resultado	Valores de Referencia	Unidad
LDL Inmunológico	218	55 116	mg/dL
Notas : La meta de LDL depende del riesgo			
cardiovascular del paciente.			
Revista colombiana de cardiología, volumen 31,			
supl 4 nov 2024.			

Isaura

BACTERIOLOGA
ISAURA ELENA ROJAS PINEDA
REG. 43602212

COLESTEROL TOTAL Validado: 08/08/2025 02:24 PM

Análisis	Resultado	Valores de Referencia	Unidad
----------	-----------	-----------------------	--------



Calle 27 Nro. 45-109 Tel: 57 (4) 369 51 00
www.segurossura.com.co/ayudasdiagnosticas

Paciente: ROSALES OROZCO MARIA CRISTINA	Identificación: 22478050	Nro. Servicio: 10509871	No. Paciente: 31006
Sexo/Edad: FEMENINO / 48 Años	Teléfono: 3185893702	Tipo servicio:	
Médico: SIN REGISTRO MEDICO	Fecha servicio: 08/08/2025	Fecha impresión: 08/08/2025 03:49 PM	
Empresa: CMG SALUD LABORAL SAS		Habitación:	

Colesterol total	283	0	200	mg/dL
Notas : VALORES DE REFERENCIA ATPIII (2004):				
Óptimo: <200 mg/dL.				
Ligeramente elevado: 200-239 mg/dL.				
Elevado: >240 mg/dL.				
J Am Coll Cardiol 2014 Jul 1;63(25 Pt B):				
2889-2934.				
El valor ideal para cada paciente varía según				
factores de riesgo individuales.				

Isaura

BACTERIOLOGA
ISAURA ELENA ROJAS PINEDA
REG. 43602212

TRIGLICERIDOS Validado: 08/08/2025 02:24 PM

Análisis	Resultado	Valores de Referencia		Unidad
Triglicéridos en suero	98	50	150	mg/dL
Notas : Revista colombiana de cardiología, volumen 31, supl4 nov 2024.				

Isaura

BACTERIOLOGA
ISAURA ELENA ROJAS PINEDA
REG. 43602212



Calle 27 Nro. 45-109 Tel: 57 (4) 369 51 00
www.segurossura.com.co/ayudasdiagnosticas

Paciente: ROSALES OROZCO MARIA CRISTINA	Identificación: 22478050	Nro. Servicio: 10509871	No. Paciente: 31006
Sexo/Edad: FEMENINO / 48 Años	Teléfono: 3185893702	Tipo servicio:	
Médico: SIN REGISTRO MEDICO	Fecha servicio: 08/08/2025	Fecha impresión: 08/08/2025 03:49 PM	
Empresa: CMG SALUD LABORAL SAS		Habitación:	

COLESTEROL HDL Validado: 08/08/2025 02:24 PM

Análisis	Resultado	Valores de Referencia	Unidad
Colesterol HDL	54		mg/dL
Notas : INTERPRETACIÓN: Sin Riesgo: Hombres: >55 mg/dL. Mujeres: >65 mg/dL. Riesgo Moderado: Hombres: 35-55 mg/dL. Mujeres: 45-65 mg/dL. Alto Riesgo: Hombres: <35 mg/dL. Mujeres: <45 mg/dL.			

Isaura
BACTERIOLOGA
ISAURA ELENA ROJAS PINEDA
REG. 43602212

COLESTEROL VLDL Validado: 08/08/2025 02:24 PM

Análisis	Resultado	Valores de Referencia	Unidad
Colesterol VLDL	20	0 40	mg/dL
Notas : El valor de referencia definido por ATPIII (2004) es <30 mg/dL. Circulation.2004;110:227-239.			

Isaura
BACTERIOLOGA
ISAURA ELENA ROJAS PINEDA
REG. 43602212

COLESTEROL LDL Validado: 08/08/2025 02:24 PM

Análisis	Resultado	Valores de Referencia	Unidad
LDL Inmunológico	218	55 116	mg/dL
Notas : La meta de LDL depende del riesgo cardiovascular del paciente. Revista colombiana de cardiología, volumen 31, supl 4 nov 2024.			

Isaura
BACTERIOLOGA
ISAURA ELENA ROJAS PINEDA
REG. 43602212

COLESTEROL TOTAL Validado: 08/08/2025 02:24 PM

Análisis	Resultado	Valores de Referencia	Unidad
----------	-----------	-----------------------	--------



Calle 27 Nro. 45-109 Tel: 57 (4) 369 51 00
www.segurossura.com.co/ayudasdiagnosticas

Paciente: ROSALES OROZCO MARIA CRISTINA	Identificación: 22478050	Nro. Servicio: 10509871	No. Paciente: 31006
Sexo/Edad: FEMENINO / 48 Años	Teléfono: 3185893702	Tipo servicio:	
Médico: SIN REGISTRO MEDICO	Fecha servicio: 08/08/2025	Fecha impresión: 08/08/2025 03:49 PM	
Empresa: CMG SALUD LABORAL SAS		Habitación:	

Colesterol total	283	0	200	mg/dL
------------------	-----	---	-----	-------

Notas : VALORES DE REFERENCIA ATPIII (2004):
Óptimo: <200 mg/dL.
Ligeramente elevado: 200-239 mg/dL.
Elevado: >240 mg/dL.
J Am Coll Cardiol 2014 Jul 1;63(25 Pt B):
2889-2934.
El valor ideal para cada paciente varía según
factores de riesgo individuales.

Isaura Elena Rojas Pineda
BACTERIOLOGA
ISAURA ELENA ROJAS PINEDA
REG. 43602212

TRIGLICERIDOS		Validado: 08/08/2025 02:24 PM		
Análisis	Resultado	Valores de Referencia		Unidad
Triglicéridos en suero	98	50	150	mg/dL
Notas : Revista colombiana de cardiología, volumen 31, supl4 nov 2024.				

Isaura Elena Rojas Pineda
BACTERIOLOGA
ISAURA ELENA ROJAS PINEDA
REG. 43602212



EXAMEN DE OPTOMETRÍA

DATOS PERSONALES

Atención N°: 33,076

Fecha: 08/08/2025 Municipio: BARRANQUILLA (ATLÁNTICO, COLOMBIA) CC: 22478050 Nombre: ROSALES OROZCO MARIA CRISTINA Edad: 48 AÑOS 8
Genero: FEMENINO Profesión o Cargo: EXPERTA EN MERCADEO Empresa: PARTICULARES
Eps: SALUD TOTAL Tipo Evaluación Médica: EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO F. Último Examen: 4 AÑOS
Lugar del Último Examen: NO Motivo Consulta: INGRESO

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECEDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
MULTIFOCAL	NO
TRAE RX	NO
TIPO DE USO	NO APLICA
LENTES DE CONTACTO	NO USA
USA ANTEOJOS	NO USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/20	20/20	N/A	NO APLICA		20/20	20/20
O.I:	NO APLICA	20/100	20/20	N/A	NO APLICA		20/20	20/20
A.O:	NO APLICA	20/20	20/20	N/A	NO APLICA		20/20	20/20

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: NORMAL

OJO IZQUIERDO: NORMAÑ

REFLEJOS

OBSERVACIÓN: PRESENTES Y NORMALES

COVER TEST

VISIÓN LEJANA: NORMAL

VISIÓN PROXIMA: NORMAL

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: NORMAL

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: NORMAL

OFTALMOSCOPIA

OJO DERECHO: FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL

OJO IZQUIERDO: FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL

QUERATROMETRÍA

OJO IZQUIERDO: K' =

OJO DERECHO: K' =

REFRACCIÓN

OJO DERECHO: -2.75 AV VL 20/ 20

OJO IZQUIERDO: -3.50 AV VL 20/ 20

RX FINAL

OJO IZQUIERDO: -3.50 AV VL 20/ 20 AV VP 20/ 20/ ADD

OJO DERECHO: -2.75 AV VL 20/ 20 AV VP 20/ 20/ ADD

VISIÓN COLOR

OJO DERECHO: **NORMAL**
OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H521	MIOPIA	AMBOS	Enfermedad general	PRINCIPAL

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

MIOPIA. USO PERMANENTE. DEBE CAMBIAR SU RX

OPTOMETRA

Firma: 
Nombre: CC: 7447188 - JUAN ALBERTO DONADO
R. M.: 7545 L.S.O.:



Código de Seguridad

P1217V3B33076

PACIENTE

Firma: 
Nombre: ROSALES OROZCO MARIA CRISTINA
CC: 22478050

INFORME DE APTITUD

Prueba VALANTI - Cuestionario de Valores

Nombre del candidato: María Rosales
Identificación: 22478050
Edad: 48 años
Cargo aspirado: Experta en Mercadeo
Empresa: Particular
Fecha de evaluación: viernes, 08 de agosto de 2025

1. Resultados:

Valor	Verdad	Rectitud	Paz	Amor	No violencia
Promedio Normar nacional, 1997 (n=730)	15,65	21,05	17,35	16,68	21,22
Desviación Standard Normar nacional, 1997 (n=730)	4,70	4,44	6,61	5,41	7,19
Puntaje director	10	22	8	24	26
SECAP	50	65	50	65	65
María Rosales	38	52	36	64	57
Interpretación del puntaje estándar	Promedio Bajo	Promedio	Promedio Bajo	Promedio Alto	Promedio Alto
	***	*****	***	*****	*****
Diferencia con la Organización	-12	-13	-14	-1	-8

2. Interpretación de resultados:

El área intuitiva (Valor AMOR) es la más importante para María Rosales. El área menos importante es la emocional (Valor PAZ).

El predominio del valor verdad no es fundamental. La parte intelectual de sus valores es puesta en segundo plano, dándole un poco menos importancia a cualidades como veracidad, raciocinio, curiosidad y honestidad intelectual.

El valor rectitud recibe una calificación dentro de lo esperado. La parte física de sus valores se muestra equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como compromiso, confiabilidad, deber, cumplir metas, respeto, responsabilidad y sacrificio.

La valoración de la paz no es tan prioritaria. La parte emocional de sus valores es puesta en segundo plano, dándole un poco menos importancia a cualidades como calma, concentración, paciencia, reflexión, satisfacción, y silencio interior.

Impacta en su vida el amor un poco más que al resto de la gente. Resalta la parte intuitiva de sus valores, dándole buena prioridad a cualidades como amabilidad, amistad, ayuda, apoyo, compartir, compasión, cuidado, perdón, simpatía y tolerancia.

Valora la no violencia un poco más que el resto de la gente. Resalta la parte espiritual de sus valores, dándole buena prioridad a cualidades como amor universal, aprecio por las demás

culturas y creencias, hermandad, justicia social y unidad humana.

3. Concepto y recomendación:

María Rosales es **APTO**, ya que el cargo requiere alta capacidad para relacionarse con personas, generar redes de contacto, comprender las necesidades del cliente y proyectar una imagen positiva de la empresa. Sus altos niveles de empatía, cooperación y aprecio por las relaciones humanas pueden ser clave para este rol.

No obstante, se sugiere reforzar el manejo de la paciencia, la concentración y la capacidad de análisis lógico para equilibrar su estilo de trabajo.



Lina Vargas, Psicóloga Organizacional
Tarjeta profesional: 102985



Función Pública

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

Maria Cristina Rosales Orozco

C.C 22.478.050

Participó y completó el curso virtual:

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 10 de agosto 2025

Aura Isabel Mora

Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano

Código: 769302396000

INTEGRIDAD
- P U B L I C A



Hace constar:

Que el Sr(a) MARIA CRISTINA ROSALES OROZCO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 22478050 realizó el día 21/08/2025 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 MARIA CRISTINA ROSALES OROZCO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 22478050 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 -



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



Hace constar:

Que el Sr(a) MARIA CRISTINA ROSALES OROZCO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 22478050 realizó el día 21/08/2025 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la

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

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas



Hace constar:

Que el Sr(a) MARIA CRISTINA ROSALES OROZCO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 22478050 el día 21/08/2025 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



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



Hace constar:

Que el Sr(a) MARIA CRISTINA ROSALES OROZCO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 22478050 realizó el día 21/08/2025 la Capacitación Módulo 2 - Riesgos en el puesto de trabajo y medidas de prevención de la entidad y aprobó la

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

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



Hace constar:

Que el Sr(a) MARIA CRISTINA ROSALES OROZCO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 22478050 realizó el día 21/08/2025 la Capacitación de protocolos de bioseguridad.

De acuerdo a lo establecido en la Resolución 666 de 2020 del ministerio de salud y protección y social, la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del SENA, mediante la cual se establece el protocolo de medidas generales y de bioseguridad para prevenir y mitigar la propagación del COVID-19, Circular 01-03-2020-000156 del 02 de septiembre del 2020 del Sena, mediante el cual se establece el alcance a la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del

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

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

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, MARIA CRISTINA ROSALES OROZCO, identificado con CC No. 22478050, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA NI 899999034	Fecha de inicio de cobertura: 15/08/2025 Estado Afiliación: Activo Fecha de inicio de Contrato: 15/08/2025 Fecha fin de Contrato: 31/12/2025 Tipo Vinculación: Independiente Clase de Riesgo: 1

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 para continuar con la cobertura.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 22 días del mes de agosto de 2025.

Cordialmente,

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

**BANCO COMERCIAL
"AV VILLAS"**

NIT 860035827 - 5

CRA. 13 No. 27-47 P-24 BOGOTÁ D.C.

CERTIFICA:

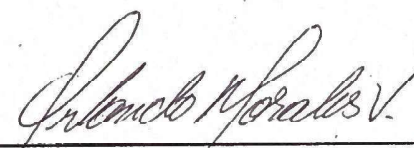
Que **MARIA CRISTINA ROSALES OROZCO** identificado con el documento No. **22.478.050**

posee en la oficina **CALLE 84** (803) una cuenta de ahorros

No. **824851450** desde el **22 de marzo de 2024**

Se expide la presente a solicitud del interesado a los **08** días del mes de **agosto** de **2025**

Atentamente,



Gerente Oficina **803**

Esta certificación tiene un costo de \$ **14.750,00** , el cual será debitado de su cuenta y se verá reflejado en el extracto de la misma.

**PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015**

CIUDAD DE EXPEDICIÓN: BARRANQUILLA						SUCURSAL: BARRANQUILLA				COD. SUC: 85		NO. PÓLIZA: 85-46-101046657		ANEXO: 0	
FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:		VIGENCIA HASTA:		A LAS:		TIPO MOVIMIENTO: EMISIÓN ORIGINAL			
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:					
15	08	2025	15	08	2025	00:00	30	04	2026	23:59					

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: ROSALES OROZCO MARIA CRISTINA										IDENTIFICACIÓN: C.C. :22,478,050	
DIRECCIÓN: CL 4 26 03 AP 301 BRR COUNTRY CLUB VILLA						CIUDAD: PTO COLOMBIA - ATLANTICO				TELÉFONO: 3185893702	

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE REGIONAL ATLANTICO			IDENTIFICACIÓN: NIT. :899,999,034-1	
DIRECCIÓN: CRA. 43 NO 42-40		CIUDAD: BARRANQUILLA - ATLANTICO		TELÉFONO: 53514196
ADICIONAL:				

OBJETO DEL SEGURO

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

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.8205079 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO APOYO TÉCNICO EN EL ÁREA DE MERCADEO EN LA REGIONAL ATLÁNTICO DE LA ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN DE ACCIÓN PARTICIPATIVA- IAP ZONA CARIBE I, EN EL MARCO DEL PROYECTO EMPODERAMIENTO DE COMUNIDADES PESQUERAS ARTESANALES DEL CARIBE COLOMBIANO A TRAVÉS DE REDES DE VALOR Y ESTRATEGIAS DEDIVERSIFICACIÓN SOSTENIBLE.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS			
AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	15/08/2025	30/04/2026	\$ 1,904,000.00
ACLARACIONES:			

VALOR PRIMA NETA:	GASTOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
\$ 20,000.00	\$ 8,000.00	\$ 5,320.00	\$ 33,320.00	\$ 1,904,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
MR SEGUROS LTDA	245740	100,00			

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

PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 58 NO. 70-136 - TELÉFONO: 3681078 - BARRANQUILLA





85-46-101046657

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

USTED PUEDE CONSULTAR ESTAR PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

Oficina Principal: Autopista Norte # 103 - 60, Piso 5 Bogotá D.C. Piso 5.Teléfono: 601-2186977, 601-6019330

900840535

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

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

Hacemos constar, que la póliza No. 85-46-101046657, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

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

Dado en BARRANQUILLA, a los 15 días del mes de Agosto de 2025


FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

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

www.segurosdeleestado.com



NIT. 860.009.578-6

1. AMPAROS.

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

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

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

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

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

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

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

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

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

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

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

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

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

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

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

OBLIGACIONES SURGIDAS DEL CONTRATO AMPARADO POR LA GARANTÍA.

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

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

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

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

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

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

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

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

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

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

2. EXCLUSIONES.

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

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

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

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

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

3. SUMA ASEGURADA.

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

4. VIGENCIA.

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

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

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

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

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

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

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

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

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

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

6. COMPENSACIÓN.

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

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

8. PLAZO PARA EL PAGO.

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

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

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

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

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

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

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

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

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

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

13. COASEGURO

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