SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

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

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **66** |
| **Código Centro** | **912110** |
| **Fecha Elaboración** | **3 noviembre de 2020** |
| **Versión** | **AGOSTO 2020 - 5,20** |
| **ID de Proceso** | **08300-791966** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | PAULA ANDREA HERNANDEZ ZAMORA | **C.C.** | 24.605.255 | **IP/Nº de contacto** | 63285 |
| **Correo electrónico contratista:** | pahernandezz@sena.edu.co | | | | |

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

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

**Banco al cual consignar:** BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 75683397440

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

**Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas:** N/A

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

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

## DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

**Nº del contrato:** 1904323/2020 **Nº Compromiso SIIF** 71220

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 7.237.333 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 7.237.333 | **1** | **Del** | **15/10/2020** | **Al** | **31/10/2020** | **$ 2.085.333,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 5.152.000 | | Comisiones | | | $ 0,00 | |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 2.085.333 | Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383° | | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | $ 0 | Retencion en la Fuente del Periodo | | $ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 0 | | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 2.085.333** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 1.376.275** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | | **$ 0** |

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

| | Octubre | Septiembre |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **AFILIACION** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 877.803 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 109.800 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 140.500 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL II | $ 9.200 | $ 0 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000 | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700 | $ - | |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Dependientes hasta $ 1.139.424 | $ - | |
| Salud hasta $ 569.712 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 8.545.680 | $ 458.758 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 1.376.275,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 1.835.033,00 | |
| Valor base IVA | 0,00 | |
| IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Reteica - 8299 | 3.670,00 | 0,200% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$ 2.081.663,00** | |

**SON: DOS MILLONES OCHENTA Y UN MIL SEISCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Capacitación Institucional sobre procesos y procedimientos propios del objetivo del contrato
Convocatoria a aprendicez
Creación de grupo de Estudio de procesamiento de frutas y verduras cocidas , presentación del curso a los aprendices
Creación del grupo de estudio de Manipulación de Alimentos, presentación del curso a los aprendices.
Recolección de documentos de identidad
Verificación de aprendices en la plataforma Sofia plus
Matricula de grupo en procesamiento de frutas y verduras cocidas
Matricula de grupo en Manipulación de Alimentos
Establecimiento de Horarios de las clases en cuanto a días e intensidad horaria - Municipio de Pereira

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

**PAULA ANDREA HERNANDEZ ZAMORA**
**EL CONTRATISTA**

## CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

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

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

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

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

**NATALIA MARULANDA MENDEZ**
**INSTRUCTOR G15**

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

**GERMAN ANDRES SANCHEZ SANCHEZ**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

CE-006 - 0000000100 – 2020

# CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 24605255 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Hernandez Zamora,Paula Andrea |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| TIPO DE TRABAJADOR | Independiente |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN | 01/08/2014 |
| ESTADO DE AFILIACIÓN | Vigente |
| ESTADO DE SERVICIO | Habilitado |
| REGIMEN | Contributivo |

La presente se expide a nombre de Hernandez Zamora,Paula Andrea, a los 02 días del mes de octubre del año 2020.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **PAULA ANDREA HERNANDEZ ZAMORA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **24605255,** se encuentra afiliado/a desde **01/07/2014** 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 octubre de 2020.



**Rosa Mercedes Niño Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14624651841

(415)7707212489984(8020) 000001462465184 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 2 4 6 0 5 2 5 5 | 6 | Impuestos y Aduanas de Armenia 1 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 2 4 6 0 5 2 5 5 | 1 9 9 5 0 9 1 4 |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Quindío 6 3 | Circasia 1 9 0 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| HERNANDEZ | ZAMORA | PAULA | ANDREA |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Quindío 6 3 | Circasia 1 9 0 |

41. Dirección principal: CR 15 9 76

42. Correo electrónico: panheza@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 7 5 8 4 0 8 3 | 3 1 0 6 8 7 9 6 4 4 |

## CLASIFICACIÓN

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

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

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

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

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

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 06 - 18

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

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

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Gestión y Manejo en Salud S.A.S - GEMA
Nit. 901.003.563-7

Cel. 311 680 3353 Tel. 736 2277
Calle 13 Norte No 13 - 57 Barrio La Castellana
Armenia - Quindio - Colombia



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 25.360**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 07 DÍA | 10 MES | 2020 AÑO | ARMENIA (QUINDIO, COLOMBIA) Ciudad | **PAQUETE DE MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS DE INGRESO** |

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

| PARTICULAR | SENA |
|---|---|
| **Nombre de la empresa** | **Empresa en misión** |

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

| Apellidos y Nombres | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| **HERNANDEZ MORA PAULA ANDREA** | FEMENINO | 45 AÑOS 0 MESES 28 DÍAS | CC (Tipo) | 24605255 (Número) |

| Cargo | Fecha de Ingreso / Egreso | Grupo Sanguineo |
|---|---|---|
| **DOCENTE** | | **AB +** |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**SIN CONDICIÓN QUE INTERFIERA CON SU CAPACIDAD LABORAL PARA DESARROLLAR EL CARGO ASIGNADO.**

Observaciones: *NO APLICA*

| **SI** | PARA MANIPULAR ALIMENTOS Y CUMPLE CON LOS REQUISITOS |
|---|---|

| 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 MÉDICO OCUPACIONAL | NORMAL | AUDIOMETRIA | NORMAL |
| OPTOMETRÍA | NORMAL | COMPLEMENTARIOS DE ALIMENTOS: KOH EN UÑAS + COPROLOGICO + FROTIS FARÍNGEO | NORMAL |
| GLICEMIA | NORMAL | PAQUETE DE INGRESO : EXAMEN MEDICO + AUDIOMETRIA + OPTOMETRIA | NORMAL |
| PERFIL LIPÍDICO | NORMAL | - - - - - - - - - - - - - - - - - - - | |

## RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES, HACER DEPORTE, HÁBITOS SALUDABLES

## RECOMENDACIONES PERSONALES

HÁBITOS SALUDABLES, USO DE EPP, HÁBITOS SALUDABLES, PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, CAPACITACIÓN: MANIPULACION DE ALIMENTOS

## OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES, PUEDE INICIAR LABOR, DEBE MANTENER HIGIENE POSTURAL, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA, CORRECTO USO DE PROTECCION PERSONAL SEGUN LABOR, CUMPLIMIENTO DE NORMAS DE SEGURIDAD EMPRESARIAL; REPORTE OPORTUNO DE ACCIDENTES LABORALES O SINTOMAS GENERALES A SU EMPRESA. MANTENER AUTOCUIDADO, HABITOS SALUDABLES, EJERCICIO REGULAR, NO CONSUMO DE LICOR, CIGARRILLO O DROGAS ILICITAS, PROCURAR BUENA CONDICION MENTAL Y FISICA PARA SU TRABAJO; CONTROL PERIODICO PREVENTIVO POR EPS Y CONTROL PERIODICO POR SALUD OCUPACIONAL EMPRESARIAL //
APTO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS
ACTUALMENTE NO PRESENTA ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS QUE LE IMPIDAN MANIPULAR ALIMENTOS DE ACUERDO CON EL ARTICULO 13 DEL DECRETO 2674 DE 2013.
COPROLOGICO (OK), FROTIS FARINGEO (OK), KOH UÑAS (OK)
GLICEMIA (OK), PERFIL LIPIDICO (OK), OPTOMETRIA (OK), AUDIOMETRIA (OK), FONIATRIA (NO SE REALIZA, SITUACION PANDEMIA COVID19, RECOMENDACION ASOCIACION FONOAUDIOLOGOS COLOMBIA)

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

**Firma:** 

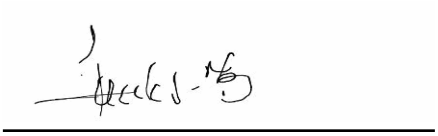
**Nombre:** LEZAMA VELASQUEZ NESTOR MAURICIO

**R. M.:** RM 16678/11 **L.S.O.:** 72480/14

**Código de Seguridad**

**B592H1N25360**

**Aspirante o Trabajador**

**Firma:** 

**Nombre:** HERNANDEZ MORA PAULA ANDREA

**CC:** 24605255

Gestión y Manejo en Salud S.A.S - GEMA
Nit. 901.003.563-7

Cel. 311 680 3353 Tel. 736 2277
Calle 13 Norte No 13 - 57 Barrio La Castellana
Armenia - Quindio - Colombia

## RECOMENDACIONES

**Paciente:** HERNANDEZ MORA PAULA ANDREA

**Fecha:** 07/10/2020

**Identificación:** CC: 24605255

**Fecha Nacimiento:** 10/09/1975

**Cargo:** DOCENTE

**Edad:** 45 AÑOS 0 MESES 28 DÍAS

**Tipo de Sangre:** AB +

**Estado Civil:** SEPARADO(A)

**Género:** FEMENINO

**Ciudad:** ARMENIA (QUINDIO, COLOMBIA)

**Dirección:** CRR 15 N 9 76

**RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES**

HÁBITOS SALUDABLES, HACER DEPORTE, HÁBITOS SALUDABLES

**RECOMENDACIONES PERSONALES**

HÁBITOS SALUDABLES, USO DE EPP, HÁBITOS SALUDABLES, PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, CAPACITACIÓN: MANIPULACION DE ALIMENTOS

Gestión y Manejo en Salud S.A.S - GEMA
Nit. 901.003.563-7

Cel. 311 680 3353 Tel. 736 2277
Calle 13 Norte No 13 - 57 Barrio La Castellana
Armenia - Quindio - Colombia

# AUDIOMETRIA



**DATOS PERSONALES** — **Atención N°: 5280**

**Fecha:** 07/10/2020 **Ciudad:** ARMENIA (QUINDIO, COLOMBIA)

**Tipo Exámen:** PAQUETE DE MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS DE INGRESO **Eps:**

**CC:** 24605255 **Nombre:** HERNANDEZ MORA PAULA ANDREA **Edad:** 45 AÑOS 0 M **Genero:** FEMENINO

**Fecha Nacimiento:** 10/09/1975 **Empresa:** SENA **Ocupacion:** DOCENTE

**ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES**

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

**EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL**

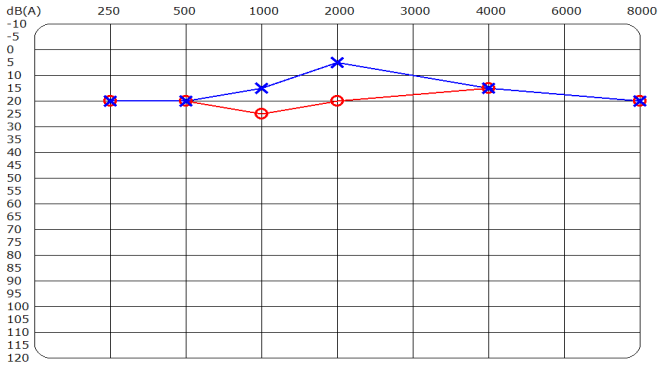
| Antecedente en | Observación | Antecedente en | Observación |
|---|---|---|---|
| TEJO | NIEGA | POLÍGONO | NIEGA |
| MOTO | NIEGA | AUDÍFONOS | NIEGA |
| DISCOTECA | NIEGA | OTRO | |
| SERVICIO MILITAR | NIEGA | | |

**CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA**

**Descanso auditivo(Horas) :** 0 Hora(s) **Realizó re test:** SI **Uso Cabina Sonoamortiguada:** SI

**Marca y Referencia audiometró utilizado:** MAICO MA41 **F. Ultima Calibración:** 2020-02-14

O : Vía aérea del OD
X : Vía aérea del OI
< : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI)
> : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)




**OTOSCOPIA**

**Oído derecho:** NORMAL

**Oído izquierdo:** NORMAL

| dB(A) | 250 | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 | 8000 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VAOD | 20 | 20 | 25 | 20 | | 15 | | 20 |
| VAOI | 20 | 20 | 15 | 5 | | 15 | | 20 |

| SEVERIDAD - CAOHC | ELI | LARSEN | SPEECH AVERAGE LOSS |
|---|---|---|---|
| **Oído derecho:** Normal(0 - 25 dB) | **Oído derecho:** A | **Oído derecho:** NORMAL | **Oído derecho:** B |
| **Oído izquierdo:** Normal(0 - 25 dB) | **Oído izquierdo:** A | **Oído izquierdo:** NORMAL | **Oído izquierdo:** A |

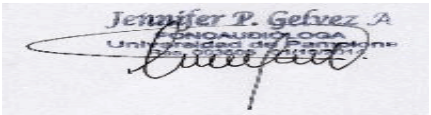
| Código | Nombre del Diagnóstico | Oido | Origen | Tipo |
|---|---|---|---|---|
| Z011 | EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION | AMBOS | COMÚN | 1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA |

| RECOMENDACION | OBSERVACION |
|---|---|
| CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO | |

**Observaciones**

AUDICION NORMAL

**FONOAUDIÓLOGO**

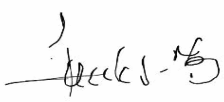



**Firma:**

**Nombre:** GELVEZ AREVALO JENNIFER PAOLA

**R. M.:** 1090435299 **L.S.O.:**

**TRABAJADOR**



**Firma:**

**Nombre:** HERNANDEZ MORA PAULA ANDREA

**CC** 24605255

Gestión y Manejo en Salud S.A.S - GEMA
Nit. 901.003.563-7

Cel. 311 680 3353 Tel. 736 2277
Calle 13 Norte No 13 - 57 Barrio La Castellana
Armenia - Quindio - Colombia



# EXAMEN DE OPTOMETRÍA

## DATOS PERSONALES

**Atención Nº: 2,143**

**Fecha:** 09/10/2020 **Municipio:** ARMENIA (QUINDIO, COLOMBIA) **CC:** 24605255 **Nombre:** HERNANDEZ MORA PAULA ANDREA **Edad:** 45 AÑOS 0
**Genero:** FEMENINO **Profesión o Cargo:** DOCENTE **Empresa:** SENA
**Eps:** **Tipo Evaluación Medica:** PAQUETE DE MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS DE INGRESO **F. Último Examen:** 2 AÑOS
**Lugar del Último Examen:** OPTICA PARTICULAR **Motivo Consulta:** EXAMEN DE INGRESO

## ANTECENDENTES VISUALES

| | |
|---|---|
| ANTECEDENTES FAMILIARES | NIEGA |
| ANTECEDENTES PERSONALES | CIRUGIA REFRACTIVA |
| ANTECENDENTES OCUPACIONALES | NIEGA |
| EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL | |
| LENTES DE CONTACTO | NO USA |
| MULTIFOCAL | NO |
| TIPO DE USO | NO APLICA |
| TRAE RX | NO |
| ÚLTIMO DIAGNÓSTICO | |
| 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 | 050 | N/A | NO APLICA | N/A | N/A |
| O.I: | NO APLICA | 20/ 20/20 | 050 | N/A | NO APLICA | N/A | N/A |
| A.O: | NO APLICA | N/A | N/A | N/A | NO APLICA | N/A | N/A |

### EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: **NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

### REFLEJOS

OBSERVACIÓN: **PRESENTES Y NORMALES**

### COVER TEST

VISIÓN LEJANA: **NORMAL**

VISIÓN PROXIMA: **NORMAL**

### MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

### PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

### OFTALMOSCOPÍA

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

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

### QUERATROMETRÍA

OJO IZQUIERDO: **K´ =**

OJO DERECHO: **K´ =**

### REFRACCIÓN

OJO DERECHO

OJO IZQUIERDO

### RX FINAL

| | |
|---|---|
| OJO IZQUIERDO | NO RX |
| OJO DERECHO | NO RX |

## VISIÓN COLOR

OJO DERECHO: **NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

## ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

| CÓDIGO | DIAGNÓSTICO | OJO | ORIGEN | TIPO |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

## CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

## OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

NO REQUIERE CORRECCION

**OPTOMETRA**

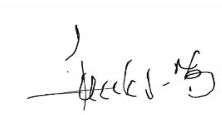



**Firma:**

**Nombre:** CORREA SUSANA

**R. M.:** 1226 CTNPO **L.S.O.:**

**PACIENTE**



**Firma:**

**Nombre:** HERNANDEZ MORA PAULA ANDREA

**CC:** 24605255

Laboratorio Clinico MLH

01023012



**Sede** : ARMENIA - PRINCIPAL
**Solicitud** : 01023012
**Paciente** : PAULA ANDREA HERNANDEZ ZAMORA
**Identificación** : 24605255
**Convenio** : GEMA I.P.S GESTION Y MANEJO EN SALUD
**Direccion** : CRA 15 # 9-76

**Fecha Recepción** : 2020-10-07 08:15:01
**Fecha Impresión** : 2020-10-08 10:38:06.
**Médico** : NO IDENTIFICADO
**Edad/Sexo** : 45 / F
**Telefono** : 7584083 - 3106879644

| ANALISIS | RESULTADO | | VALORES DE REFERENCIA | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **COPROANALISIS** | | | | | |
| **COPROLOGICO** | | | | | |
| Examen Fisico | | | | | |
| Color | **CAFE** | | | | |
| Consistencia | **BLANDA** | | | | |
| PH | **7.0** | | | | |
| Flora Bacteriana | **NORMAL** | | | | |
| Examen Microscopico | | | | | |
| Leucocitos | **0-2XCM** | | | | |
| Observaciones: | **No se observan parásitos en la muestra examinada** | | | | |

Validado Por:



JULIO ANGEL HERNANDEZ MENDEZ
BACTERIOLOGO
92544241-02870

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **INMUNOQUIMICA** | | | | | |
| **PERFIL LIPIDICO: COL-TRI-HDL** | | | | | |
| Triglicéridos | **90.00** | mg/dl | 40 | - | 200 |
| Colesterol Total | **167.00** | mg/dl | 140 | - | 200 |
| Colesterol HDL | **47.00** | mg/dl | 45 | - | 65 |
| Rel. Col. TOTAL/Col HDL | **3.55** | | 0 | - | 5.71 |
| Colesterol VLDL | **18.00** | mg/dl | 2 | - | 32 |
| Colesterol LDL | **102.00** | mg/dl | 91 | - | 130 |
| Relación LDL/HDL | **2.17** | | 0 | - | 3.5 |
| GLUCOSA | **91.0** | mg/dl | 70 | - | 100 |

Validado Por:



MARTHA LUCIA HOYOS GUTIERREZ
AMS-BACTERIOLOGA
TP RISSQ087

Laboratorio Clinico MLH

01023012



| | | | |
|---|---|---|---|
| **Sede** | : ARMENIA - PRINCIPAL | | |
| **Solicitud** | : 01023012 | **Fecha Recepción** | : 2020-10-07 08:15:01 |
| **Paciente** | : PAULA ANDREA HERNANDEZ ZAMORA | **Fecha Impresión** | : 2020-10-08 10:38:06. |
| **Identificación** | : 24605255 | **Médico** | : NO IDENTIFICADO |
| **Convenio** | : GEMA I.P.S GESTION Y MANEJO EN SALUD | **Edad/Sexo** | : 45 / F |
| **Direccion** | : CRA 15 # 9-76 | **Telefono** | : 7584083 - 3106879644 |

| ANALISIS | RESULTADO | VALORES DE REFERENCIA |
|---|---|---|

## MICROBIOLOGIA

**FROTIS DE SECRECION FARINGEO**

| | | |
|---|---|---|
| GRAM | **FLORA MIXTA NORMAL SIN PREDOMINIO** | |
| REACCION LEUCOCITARIA | **NO SE OBSERVA** | |

Validado Por:

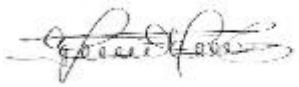


MAIRA MUÑOZ ARIZA
BACTERIOLOGA
1095485383

## MICROSCOPIA

| | | |
|---|---|---|
| Muestra: | **Uñas de las manos** | |
| Resultado: | **NEGATIVA Para Estructuras Micoticas** | |

Validado Por:



MAIRA MUÑOZ ARIZA
BACTERIOLOGA
1095485383

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## Hace constar:

Que el Sr(a) PAULA ANDREA HERNANDEZ ZAMORA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 24605255 realizó el día 26/10/2020 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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

---

## Compromiso SST:

Yo PAULA ANDREA HERNANDEZ ZAMORA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 24605255 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

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

Firma



Escaneado con CamScanner

# CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN DEL DIA 13/10/2020

## DATOS DE LA EMPRESA

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

## DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

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

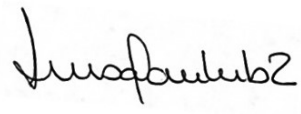
## DATOS AFILIADOS RADICADOS

| | Radicado | Cobertura | Documento | Nombre Trabajador | Riesgo | Tarifa | Tipo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 979 | 15/10/2020 | C 24605255 | HERNANDEZ ZAMORA PAULA | 2 | 1.044 | **Independiente** |

## OBSERVACIONES

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

Cordial saludo,



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

3B8D2F3AE46AC15DE649D66B4693889E Certificado impreso el día 10/13/2020 5:40:38 PM por el portal de empresas Edesk




www.positiva.gov.co

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

**PAULA ANDREA**
**HERNANDEZ ZAMORA**
24605255

**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**
899999034

Este carné es personal e intransferible.

La confianza y la credibilidad

que usted ha depositado en Bancolombia nos llenan de orgullo y nos motivan para continuar acompañándolo en el desarrollo de sus metas.

Armenia, octubre 06 de 2020

**A QUIEN PUEDA INTERESAR**

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **PAULA ANDREA HERNANDEZ ZAMORA** identificado con **CC 24.605.255** a la fecha de expedición de ésta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Nombre Producto | No. Producto | Fecha apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CTA DE AHORROS | 756-833974-40 | 2012/05/18 | ACTIVA |

Estamos a su disposición para confirmar la anterior información, en el teléfono 7399903 de Armenia, o en nuestras oficinas ubicadas en la dirección Avenida Bolívar Calle 19 Norte # 19N 10, en el momento que así lo estimen conveniente.

Atentamente,

BANCOLOMBIA
Armenia - Cl. 19N Armenia Norte
Laura Carrillo f
Asesor de Servicios Nº 153
C. Cédula N° 1098310031

**Laura Carrillo Franco**
**Asesor Integral II**
**Armenia Norte 756**

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

En caso de necesitar asesoría sobre nuestros productos y servicios, puede contactarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia: en Bogotá 343 0000, Medellín 510 9000, Cali 554 0505, Barranquilla 361 8888, y en el resto del país al 01 800 09 12345.

Bancolombia
...nos poniendo el alma

Escaneado con CamScanner

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

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

| Ciudad de Expedición: | Sucursal: | Cod. Sucursal: | Nro. Póliza: | Anexo: |
|---|---|---|---|---|
| ARMENIA | ARMENIA | 60 | 60-46-101000633 | 0 |

| Fecha Expedición: Día: | Mes: | Año: | Vigencia Desde: Día: | Mes: | Año: | A las: Horas: | Vigencia Hasta: Día: | Mes: | Año: | A las: Horas: | Tipo Movimiento: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 13 | 10 | 2020 | 13 | 10 | 2020 | 00:00 | 13 | 12 | 2020 | 00:00 | EMISIÓN ORIGINAL |

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

| Nombre o Razón Social: | Identificación: |
|---|---|
| HERNANDEZ ZAMORA PAULA ANDREA | 24605255 |
| **Dirección:** CRA 15NRO 9-79 | **Ciudad:** CIRCASIA - QUINDIO — **Teléfono:** 3106879644 |

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

| Nombre o Razón Social: | Identificación: |
|---|---|
| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA | 899999034-1 |
| **Dirección:** CRA 30 # 15 - 53 | **Ciudad:** BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL — **Teléfono:** 7306602 |

**OBJETO DEL SEGURO**

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA: EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. C01 PCCNTR 1904323 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR TÉCNICO Y APOYO A LA GESTIÓN DEL EMPRENDIMIENTO Y/O LA EMPLEABILIDAD RURAL EN EL MARCO DE LOS LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA SENA EMPRENDE RURAL SER.

Carlos Alberto Amariles M.
ECONOMISTA
Asesor Profesional de Seguros

C. Cial. Bariloche Local 15 Carrera 13 Calle 22 Esquina
Tels. 7444244 - 7413888 - 7448839 Cel. 310 4218418
E-mail: calame123@gmail.com - Armenia Quindío

**AMPAROS**

**RIESGO:** PRESTACION DE SERVICIOS

| AMPAROS: | Vigencia Desde: | Vigencia Hasta: | Suma Asegurada / Actual: |
|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 13/10/2020 | 13/12/2020 | $ 723,733.30 |

**OBSERVACIONES:**

| Valor Prima Neta: | Gastos Expedición: | IVA: | Total a Pagar: | Valor Asegurado Total: | Fecha Límite de Pago: |
|---|---|---|---|---|---|
| $ 15,000.00 | $ 7,000.00 | $ 4,180.00 | $ 26,180.00 | $ 723,733.30 | 13/10/2020 |

| INTERMEDIARIO | | | DISTRIBUCIÓN COASEGURO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nombre: | Clave: | % DE PARTICIPACIÓN: | Nombre Compañía: | % Participación: | Valor Asegurado: |
| AMARILES MEJIA CARLOS ALBERTO | 122804 | 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 CRA. 14 NO. 14 N - 30 PISO 1 - Teléfono: 7358800 - ARMENIA

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas
Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdelestado.com

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

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

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

Escaneado con CamScanner

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

# POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

## DECRETO 1082 DE 2015

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN | SUCURSAL | COD.SUC | NO.PÓLIZA | ANEXO |
|---|---|---|---|---|
| ARMENIA | ARMENIA | 60 | 60-46-101000633 | 1 |

| FECHA EXPEDICIÓN DÍA | MES | AÑO | VIGENCIA DESDE DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | VIGENCIA HASTA DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | TIPO MOVIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14 | 10 | 2020 | 13 | 10 | 2020 | 00:00 | 12 | 04 | 2021 | 23:59 | ANEXO DE PRORROGA |

### DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL: HERNANDEZ ZAMORA, PAULA ANDREA — IDENTIFICACIÓN: CC: 24.605.25

DIRECCIÓN: CRA 15NRO 9-79 — CIUDAD: CIRCASIA, QUINDIO — TELÉFONO: 3106879644

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA — IDENTIFICACIÓN NIT: 899.999.034-1

DIRECCIÓN: CRA 30 # 15 - 53 — CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL — TELÉFONO 594000

ADICIONAL:

### OBJETO DEL SEGURO

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

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1 PCCNTR 1904323 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR TÉCNICO Y APOYO A LA GESTIÓN DEL EMPRENDIMIENTO Y/O LA EMPLEABILIDAD RURAL EN EL MARCO DE LOS LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA SENA EMPRENDE RURAL SER.

### AMPAROS

RIESGO. PRESTACION DE SERVICIOS

| AMPAROS | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEG/ACTUAL | SUMA ASEG/ANTERIOR |
|---|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 13/10/2020 | 12/04/2021 | $723,733.30 | $723,733.30 |

### ACLARACIONES

CON EL PRESENTE ANEXO SE REALIZA AJUSTE DE VIGENCIA.

Carlos Alberto Amariles M.
ECONOMISTA
Asesor Profesional de Seguros

C. Cial. Bariloche Local 15 Carrera 13 Calle 22 Esquina
Tels. 7444244 - 7413888 - 7448839 Cel. 310 4218418
E-mail: calame123@gmail.com - Armenia Quindío

| VALOR PRIMA NETA | GASTOS EXPEDICIÓN | IVA | TOTAL A PAGAR | VALOR ASEGURADO TOTAL | PLAN DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|
| $ **********0.00 | $ **********0.00 | $ **********0.00 | $ **********0.00 | $ **********723,733.30 | CONTADO |

| INTERMEDIARIO NOMBRE | CLAVE | % DE PART. |
|---|---|---|
| CARLOS ALBERTO AMARILES MEJIA | 122804 | 100.00 |

| DISTRIBUCION COASEGURO NOMBRE COMPAÑIA | % PART. | VALOR ASEGURADO |
|---|---|---|
| | | |

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

*PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 14 NO. 14 N - 30 - TELEFONO: 7358800 - ARMENIA*

60-46-101000633

AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
GILADO

Escaneado con CamScanner

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

# PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES NO. _____ SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015

## 1. AMPAROS.

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

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

### 1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

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

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

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

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

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

### 1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

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



Escaneado con CamScanner

**1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.**

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

**1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.**

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

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

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

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

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

**1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.**

**EL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE GENEREN COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, PRESENTADOS**



Escaneado con CamScanner

**EN LA OBRA ENTREGADA Y RECIBIDA A SATISFACCIÓN DE DICHA ENTIDAD ESTATAL O SUS REPRESENTANTES, CUYA CAUSA SEA IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO.**

**1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO**

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

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

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

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

**2. EXCLUSIONES.**

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

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

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

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

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

**3. SUMA ASEGURADA.**

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1079 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO NO ESTARÁ OBLIGADO A RESPONDER SI NO HASTA



Escaneado con CamScanner

CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA EN CASO DE SINIESTRO, DETERMINADA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA PARA CADA AMPARO.

**4. VIGENCIA.**

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

**5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.**

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

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

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

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

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

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

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



Escaneado con CamScanner

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

**6. COMPENSACIÓN.**

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

**7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.**

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

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

**8. PLAZO PARA EL PAGO.**

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

**9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.**

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



Escaneado con CamScanner

EFECTO SE HACE INDISPENSABLE ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD DE MODIFICACIÓN A SEGURESTADO EL DOCUMENTO (OTROSÍ, CLÁUSULA ADICIONAL, ETC.) QUE CONTENGA LAS MODIFICACIONES AL CONTRATO GARANTIZADO.

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

**10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.**

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

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

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

**12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES**

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

**13. COASEGURO**

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

PARA CONSTANCIA DE LO EXPUESTO, Y EN SEÑAL DE ASENTIMIENTO Y COMPROMISO CON TODO LO AQUÍ PACTADO SE FIRMA EN _____ A LOS _____ (  ) DÍAS DEL MES DE _____ DEL AÑO _____.



Escaneado con CamScanner

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

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

| Ciudad de Expedición: | Sucursal: | Cod. Sucursal: | Nro. Póliza: | Anexo: |
|---|---|---|---|---|
| ARMENIA | ARMENIA | 60 | 60-46-101000633 | 0 |

| Fecha Expedición: Día: | Mes: | Año: | Vigencia Desde: Día: | Mes: | Año: | A las: Horas: | Vigencia Hasta: Día: | Mes: | Año: | A las: Horas: | Tipo Movimiento: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 13 | 10 | 2020 | 13 | 10 | 2020 | 00:00 | 13 | 12 | 2020 | 00:00 | EMISIÓN ORIGINAL |

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

| Nombre o Razón Social: HERNANDEZ ZAMORA PAULA ANDREA | Identificación: 24605255 |
|---|---|
| Dirección: CRA 15NRO 9-79 — Ciudad: CIRCASIA - QUINDIO | Teléfono: 3106879644 |

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

| Nombre o Razón Social: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA | Identificación: 899999034-1 |
|---|---|
| Dirección: CRA 30 # 15 - 53 — Ciudad: BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL | Teléfono: 7306602 |

**OBJETO DEL SEGURO**

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA: EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1 PCCNTR 1904323 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR TÉCNICO Y APOYO A LA GESTIÓN DEL EMPRENDIMIENTO Y/O LA EMPLEABILIDAD RURAL EN EL MARCO DE LOS LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA SENA EMPRENDE RURAL SER.

Carlos Alberto Amariles M.
ECONOMISTA
Asesor Profesional de Seguros

C. Cial. Bariloche Local 15 Carrera 13 Calle 22 Esquina
Tels. 7444244 - 7413888 - 7448839 Cel. 310 4218418
E-mail: calame123@gmail.com - Armenia Quindío

**AMPAROS**

| RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS | Vigencia Desde: | Vigencia Hasta: | Suma Asegurada / Actual: |
|---|---|---|---|
| AMPAROS: CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 13/10/2020 | 13/12/2020 | $ 723,733.30 |

OBSERVACIONES:

| Valor Prima Neta: | Gastos Expedición: | IVA: | Total a Pagar: | Valor Asegurado Total: | Fecha Límite de Pago: |
|---|---|---|---|---|---|
| $ 15,000.00 | $ 7,000.00 | $ 4,180.00 | $ 26,180.00 | $ 723,733.30 | 13/10/2020 |

| INTERMEDIARIO | | | DISTRIBUCIÓN COASEGURO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nombre: | Clave: | % DE PARTICIPACIÓN: | Nombre Compañía: | % Participación: | Valor Asegurado: |
| AMARILES MEJIA CARLOS ALBERTO | 122804 | 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 CRA. 14 NO. 14 N - 30 PISO 1 - Teléfono: 7358800 - ARMENIA

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas
Usted puede consultar esta póliza en www.seguroslestado.com

FIRMA TOMADOR

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

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

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

Escaneado con CamScanner

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

# POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

## DECRETO 1082 DE 2015

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN | SUCURSAL | COD.SUC | NO.PÓLIZA | ANEXO |
|---|---|---|---|---|
| ARMENIA | ARMENIA | 60 | 60-46-101000633 | 1 |

| FECHA EXPEDICIÓN DÍA | MES | AÑO | VIGENCIA DESDE DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | VIGENCIA HASTA DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | TIPO MOVIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14 | 10 | 2020 | 13 | 10 | 2020 | 00:00 | 12 | 04 | 2021 | 23:59 | ANEXO DE PRORROGA |

### DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

| NOMBRE O RAZON SOCIAL | IDENTIFICACIÓN | |
|---|---|---|
| HERNANDEZ ZAMORA, PAULA ANDREA | CC: 24.605.25 | |
| DIRECCIÓN: CRA 15NRO 9-79 | CIUDAD: CIRCASIA, QUINDIO | TELÉFONO: 3106879644 |

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

| ASEGURADO / BENEFICIARIO: | IDENTIFICACIÓN NIT: 899.999.034-1 | |
|---|---|---|
| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA | | |
| DIRECCIÓN: CRA 30 # 15 - 53 | CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL | TELÉFONO 594000 |
| ADICIONAL: | | |

### OBJETO DEL SEGURO

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

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1 PCCNTR 1904323 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR TÉCNICO Y APOYO A LA GESTIÓN DEL EMPRENDIMIENTO Y/O LA EMPLEABILIDAD RURAL EN EL MARCO DE LOS LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA SENA EMPRENDE RURAL SER.

### AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

| AMPAROS | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEG/ACTUAL | SUMA ASEG/ANTERIOR |
|---|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 13/10/2020 | 12/04/2021 | $723,733.30 | $723,733.30 |

**ACLARACIONES**

CON EL PRESENTE ANEXO SE REALIZA AJUSTE DE VIGENCIA.


Carlos Alberto Amariles M.
ECONOMISTA
Asesor Profesional de Seguros

C. Cial. Bariloche Local 15 Carrera 13 Calle 22 Esquina
Tels. 7444244 - 7413888 - 7448839 Cel. 310 4218418
E-mail: calame123@gmail.com - Armenia Quindío


| VALOR PRIMA NETA | GASTOS EXPEDICIÓN | IVA | TOTAL A PAGAR | VALOR ASEGURADO TOTAL | PLAN DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|
| $ **********0.00 | $ **********0.00 | $ **********0.00 | $ **********0.00 | $ **********723,733.30 | CONTADO |

| INTERMEDIARIO | | | DISTRIBUCION COASEGURO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE | CLAVE | % DE PART. | NOMBRE COMPAÑIA | % PART. | VALOR ASEGURADO |
| CARLOS ALBERTO AMARILES MEJIA | 122804 | 100.00 | | | |

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

***PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 14 NO. 14 N - 30 - TELEFONO: 7358800 - ARMENIA***

60-46-101000633

AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR


SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Escaneado con CamScanner