SENA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

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

REGIONAL CUNDINAMARCA

CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL Y EMPRESARIAL-CUNDINMARCA

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

Código Regional	**25**
Código Centro	**950910**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**26319-429987**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	CAROLINA ROJAS CAICEDO	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	52.656.777	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	k.rojas.1224.cr@gmail.com	**Número de Cuenta:**	0550477400085353
IP/Nº de contacto:	3144765002	**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 2025**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a $69.718.600	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2026 es igual o superior a $209.496.000 (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:	9008316/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**8326**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	9

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: ARTICULACIÓN - ASISTENCIA ADMINISTRATIVA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES, TECNÓLOGO Y/O TÉCNICO PARA EJECUTAR DE MANERA AUTÓNOMA Y TEMPORAL LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CORRESPONDIENTES AL NIVEL TÉCNICO DEL PROGRAMA DE

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**02/02/2026**	**Al**	**28/02/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 37.899.976
Número de pago	**1**			**Valor Total del Contrato:**	$ 37.899.976
Valor Bruto Pago:			**$ 4.263.747,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 33.636.229

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.263.747	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.263.747**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.497.072**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**45554216**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.750.905	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 218.900	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 280.200	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.200	$ 0
		$	
		$	
		$	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ 426.375	
Salud hasta	$ 837.984	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 31.031.595	$ 832.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.497.072,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.764.647,00	
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 - VILLETA	30.117,00	0,800%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.233.630,00**	

SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y TRES MIL SEISCIENTOS TREINTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

En el mes objeto de pago se realiza visita a los rectores se socializa el programa formatos y documentos para la vigencia 2026
se revisa en platafoma sofia plus listas de aprendices y se coteja con los suministrados por la institucion
se recopilan documento de aprendices nuevos y antiguos para el proceso de matricula
se imparte formacion en las fichas3147452 y 3157613 correspondiente al grado once, en el colegio IED Bagazal se inicia la guia de servicio al cliente en contexto de recursos humanos
se inicia proceso de induccion en ficha de recursos humanos grado decimo
se inicia proceso de induccion en ficha de asesoria comercial IED Alfredo Vasquez Cobos.

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

Carolina Rojas

CAROLINA ROJAS CAICEDO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

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

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

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

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

HARBY ENRIQUE QUINTERO ESPITIA
PROFESIONAL G02

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
DAVID ERNESTO AVILA CUBILLOS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

18/02/26 18:42:07 USUARIO: SIC - C.C. 52656777

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) CAROLINA ROJAS CAICEDO identificado(a) con Cedula Ciudadania 52656777, se encuentra AFILIADO en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20221118	VIGENTE

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 11 días del mes de Febrero de 2.026

Observaciones:

Con destino a:
A QUIEN PUEDA INTERESAR

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: Lina Chat Bot CER-AFI 31517387

Vigilado Supersalud
Vigilado Supersubsidio

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CAROLINA ROJAS CAICEDO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **52.656.777**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Febrero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14983592092

(415)7707212489984(8020) 000001498359209 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 6 5 6 7 7 7	9	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

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

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Cundinamarca 2 5	Villeta 8 7 5

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ROJAS	CAICEDO	CAROLINA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Villeta 8 7 5

41. Dirección principal: CON INTICAYA CA B 2

42. Correo electrónico: k.rojas.1224.cr@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 4 4 7 6 5 0 0 2	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros																				Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						57. Modo			
																						58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

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

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada: Carolina Rojas

984. Nombre ROJAS CAICEDO CAROLINA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 23-12-2025 05:00:23PM

	UNIDAD MEDICA CENTRAL IPS - VILLETA		
	CERTIFICADO MEDICO		
Código:130MEPF07-01	Versión:01	Pagina 1 de 1	

Fecha:	10/01/2024 09:52:11a.m.	**Ciudad:**	VILLETA	CUNDINAMARCA
Administradora:	ATENCION A PARTICULARES	**Convenio:**	PARTICULARES	**Fecha de nacimiento:**
Nombre del Trabajor:	CAROLINA ROJAS CAICEDO	**Documento N°:**	CC 52656777	24/12/1982

Comentarios: EVALUACIÓN OCUPACIONAL REALIZADA: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR Y ÉNFASIS CARDIOVASCULAR.

EMPRESA MISIÓN: PARTICULAR
CARGO U OFICIO: INSTRUCTORA ASISTENCIA ADMINISTRATIVA

HACEMOS CONSTAR QUE HEMOS REALIZADO EXAMEN MEDICO AL TRABAJADOR Y QUE DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 1918 DE 2009* LA CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA SERÁ RESPONSABILIDAD DE NUESTRA INSTITUCIÓN Y ESTARÁ DISPONIBLE PARA LOS FINES LEGALES PERTINENTES.

EXAMENES REALIZADOS: EXAMEN MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR Y ENFASIS CARDIOVASCULAR* TEST PSICOLOGICO* EXAMEN OPTOMETRICO* LABORATORIOS (HEMOGRAMA* GLICEMIA* PERFIL LIPIDICO* UROANÁLISIS)

RECOMENDACIONES A LA EMPRESA: SUMINISTRAR TODOS LOS EPP NECESARIOS PARA EL CARGO* PERMITIR REALIZAR PAUSAS ACTIVAS* EDUCACIÓN EN HIGIENE POSTURAL* EDUCACIÓN DE RIESGOS DEL CARGO A DESEMPEÑAR* PREVENCIÓN DE ACCIDENTALIDAD* VALIDAR Y ACTUALIZAR VACUNACION DE TOXOIDE TETÁNICO. RECOMENDACIONES A LA TRABAJADORA: USO ADECUADO DE LOS EPP* REALIZAR PAUSAS ACTIVAS 2 VECES POR JORNADA* CONTROL DE PESO* DIETA HIPOCALORICA* ESTILO DE VIDA SALUDABLE* EJERCICIO REGULAR. CONTROL VISUAL ANUAL. RECOMENDACIONES PARA PREVENIR ENFERMEDADES RESPIRATORIAS COMO: LAVADO FRECUENTE DE MANOS* DISTANCIAMIENTO SOCIAL A 2 METROS* USO CONTINUO DE TAPABOCAS* SEGUIR PROTOCOLO RESPIRATORIO AL TOSER O ESTORNUDAR* EN CASO DE SÍNTOMAS RESPIRATORIOS O FIEBRE REALIZAR AISLAMIENTO EN CASA INFORMANDO AL JEFE INMEDIATO.

INCLUIR EN SVE: ERGONÓMICO.
REMISION A EPS: SI - REMISION A ARL: NO

TIPO DE RESTRICCION O CAUSA DE APLAZAMIENTO: NINGUNA

CONCEPTO DE APTITUD:
CUMPLE CON EL PERFIL O LOS REQUISITOS PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Declaracion del trabajador Certifico que las respuestas dadas por mi en el examen medico son veridicas y permitieron la elaboración del presente certificado medico otorgue mi consentimiento libre e informado para la realización de las evaluaciones medicas y pruebas por solicitud de la empresa arriba mencionada y me comprometo a seguir las recomendaciones dadas por el profesional Recibi copia del concepto medico ocupación de acuerdo a las evaluaciones medicas estoy informando que la UNIDAD MEDICA CENTRAL IPS tendra en custodia mi historia clinica ocupacional de acuerdo a lo estipulado en la resolucion 1918 de 2009 Autorizo a la UNIDAD MEDICA CENTRAL IPS para suministrarle la información requerida para el buen cumplimiento del programa de vigilancia epidemiológica de medicina del trabajo. consignada en el concepto médico y en el diagnostico de salud (Articulo 9,10,17 y 18 de la Resolución 2345 de 2007)

Dra. patricia roa b.
MEDICO ESPECIALISTA
EN SALUD OCUPACIONAL

DR. PATRICIA DEL CARMEN ROA BATISTA
CC 22810849
Especialidad. SALUD OCUPACIONAL
Registro. 22810849

Carolina Rojas

CAROLINA ROJAS CAICEDO
CC 52656777

Huella

HISTORIA CLINICA
UNIDAD MEDICA CENTRAL IPS - VILLETA
Nit. 832004754
Dir. CALLE 5 N° 6-51 - Tel. 6019195001

Código Plantilla:310OPF201
Fecha Historia:09/01/2024 08:52 a.m.
Lugar y Fecha:VILLETA,CUNDINAMARCA 09/01/2024 08:52 a.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 52656777 CAROLINA ROJAS CAICEDO
Administradora: ATENCION A PARTICULARES Convenio: PARTICULARES Tipo de Usuario: PARTICULAR
No Historia: 52656777 Cons. Historia: 1291393
Atención: Ambulatorio

Datos Generales
Fecha: 09/01/2024 **Hora:** 08:43
Historia: 52656777 **Nombre:** CAROLINA ROJAS CAICEDO
Fecha Nacimiento F: 24/12/1982 **Edad:** 41 Años
Sexo: Femenino **Natural de:** CUNDINAMARCA
Estado Civil: Union Libre **Religión:** CATOLICA
Telefono: 3144765002 **Direccion:** ASOPROVEC CASA B2
Barrio F: ASOPROVED **Municipio F:** VILLETA
Ocupacion: ACTIVIDADES DE APOYO A LA EDUCACION **E.A.P.B.:** ATENCION A PARTICULARES
Convenio: PARTICULARES **Tipo Vinculacion F:** Cotizante

Datos de la Consulta
Finalidad de la Consulta: No Aplica **Causa Externa:** ENFERMEDAD GENERAL
Motivo de la Consulta: EXAMEN OPTOMETRICO OCUPACIONAL
Enfermedad Actual: SE ATIENDE PACIENTE USANDO ELEMENETOS DE PROTECCION PERSONAL COMPLETOS Y CUMPLIENDO CON PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD
PACIENTE ACUDE PARA REALIZACION DE EXAMEN OPTOMETRICO OCUPACIONAL, PARA INGRESO LABORAL, OCUPÁCION: DOCENTE DEL SENA
NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIOS, NIEGA FIEBRE Y CONTACTO O NEXO EPIDEMIOLOGICO ESTRECHO CON PACIENTE CON COVID 19

REFIERE NO UTILIZAR GAFAS NI LENTES DE CONTACTO PARA NINGUNA ACTIVIDAD.

Revision por Sistemas
Revision x Sistema: NO REFIERE

Examen Fisico
Hallazgos
Examen Externo y Motor: - MOVIMIENTOS CONJUGADOS DE LOS OJOS: SIN ALTERACION

Valoracion Agudeza Visual
Agudeza Visual: *AGUDEZA VISUAL SIN LENTES LEJOS OD 20/20, OI 20/20.
*VISIÓN BINOCULAR LEJOS 20/20.
*VISION CERCA CON LECTURA DE CARTILLA DE PRUEBA 0.50 M.
*CAMPO VISUAL OD: 85% OI: 85%.
*PHORIAS: NO FORIAS VISION LEJANA HORIZONTAL: 4.5 VERTICAL: 4.5.
*ESTEREOPSIS NORMAL ARCO 10 SEGUNDOS.
*VISION CROMATICA NORMAL.
*VISION DE CONTRASTE NORMAL
*ENCANDILAMIENTO 3 SEGUNDOS.
*CONTRASTE 100%

Impresion Diagnostico
Dx. Principal: Z010-EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION **Tipo de Diagnostico Principal:** CONFIRMADO NUEVO
Conducta y Recomendaciones: PACIENTE CON OPTOMETRIA NORMAL. SE DAN RECOMENDACIONES DE CUIDADOS Y PROTECCION OCULAR.

DR. DIANA PATRICIA JIMENEZ HERNANDEZ
CC 52656059

Powered by CamScanner

UNIDAD MEDICA CENTRAL IPS - VILLETA
NIT.: 832.004.754 - 1

Calle 5 No. 6 - 51 . Villeta - Cundinamarca . Tels.: 844 5213 - 844 4102

RESULTADOS DE APOYO DIAGNOSTICO

APELLIDOS Y NOMBRES: ROJAS CAICEDO CAROLINA **CONSECUTIVO:** 0113
DOCUMENTO: CC 52656777 **ADMINISTRADORA:** ATENCION A PARTICULARES
EDAD: 41 año(s) **TELEFONO:** 3144765002
GENERO: Femenino

HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA (CUADRO HEMATICO COMPLETO TIPO IV)

Recepción: 09/01/2024 08:28:00a.m.
Validación: 09/01/2024 10:04:00a.m.

Analito	Resultado	Unidad	VALORES DE REFERENCIA Inferior	Superior
Recuento de Leucocitos	6.25	miles/mm3	3.50	10.00
Neutrofilos	56	%	35.00	45.00
Linfocitos	40	%	25.00	35.00
Monocitos	2	%	0	8.00
Eosinofilos	2	%	1.00	3.00
Recuento de Eritrocitos	5.34	millones/mm3	3.80	5.80
Hemoglobina	14.1	g/dl	11.00	16.50
Hematocrito	44.08	%	35.00	50.00
Volumen Corpuscular Medio	83	Um3	80.00	97.00
HB Corpuscular Media	26.4	pg	26.50	33.50
Concentración HB Corpucular Media	32	g/dl	31.50	35.00
Ancho Distribución Eritrocitaria	14.3	%	10.00	15.00
Recuento de Plaquetas	267	miles/mm3	150.00	440.00
Volumen Plaquetario Medio	5.9	Um3	6.50	11.00

RESPONSABLE SECCION : KELLY YOHANA VILLARREAL PEREZ
39023537
Bacteriologa

VALIDADO POR : KELLY YOHANA VILLARREAL PEREZ

FECHA DE IMPRESION: 10-enero-2024 10:12:35a.m.

Powered by CamScanner

UNIDAD MEDICA CENTRAL IPS - VILLETA
NIT.: 832.004.754 - 1

Calle 5 No. 6 - 51 . Villeta - Cundinamarca . Tels.: 844 5213 - 844 4102

RESULTADOS DE APOYO DIAGNOSTICO

APELLIDOS Y NOMBRES: ROJAS CAICEDO CAROLINA **CONSECUTIVO:** 0113
DOCUMENTO: CC 52656777 **ADMINISTRADORA:** ATENCION A PARTICULARES
EDAD: 41 año(s) **TELEFONO:** 3144765002
GENERO: Femenino

QUIMICA

GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

Recepción: 09/01/2024 08:28:00a.m.
Validación: 09/01/2024 11:02:00a.m.

Analito	Resultado	Unidad	VALORES DE REFERENCIA Inferior	Superior
GLICEMIA	75	mg/dl	70.00	110.00

COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]

Recepción: 09/01/2024 08:28:00a.m.
Validación: 09/01/2024 11:02:00a.m.

Analito	Resultado	Unidad	VALORES DE REFERENCIA Inferior	Superior
COLESTEROL HDL	49.1	mg/dl	40.00	60.00

COLESTEROL TOTAL

Recepción: 09/01/2024 08:28:00a.m.
Validación: 09/01/2024 11:02:00a.m.

Analito	Resultado	Unidad	VALORES DE REFERENCIA Inferior	Superior
COLESTEROL TOTAL	170	mg/dl	0	200.00

TRIGLICERIDOS

Recepción: 09/01/2024 08:28:00a.m.
Validación: 09/01/2024 11:02:00a.m.

Analito	Resultado	Unidad	VALORES DE REFERENCIA Inferior	Superior
TRIGLICERIDOS	204	mg/dl	0	200.00

COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL]

Recepción: 09/01/2024 08:28:00a.m.
Validación: 09/01/2024 11:03:00a.m.

Analito	Resultado	Unidad	VALORES DE REFERENCIA Inferior	Superior
COLESTEROL LDL	80.1	mg/dl	0	140.00

RESPONSABLE SECCION : KELLY YOHANA VILLARREAL PEREZ
39023537
Bacteriologa

VALIDADO POR : KELLY YOHANA VILLARREAL PEREZ

Powered by CamScanner

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

VALORACIÓN PSICOLÓGICA GRAL

NIT. 1096235701 - 4

DATOS DE IDENTIFICACIÓN															
Fecha de atención	Día	Mes	Año	cc.	5	2	6	5	6	7	7	7			
	27	01	2025												
Nombre /Apellidos	CAROLINA ROJAS CAICEDO														
Sexo	FEMENINO														
Fecha de Nacimiento	24	12	1982	Edad: 42 Años			Escolaridad: Profesional								
	D	M	A												
Estado civil	Unión de hecho			N Telefónico: 3144765002											
E.P.S	COMPENSAR			E-mail: k.rojas.1224.cr@gmail.com											

HISTORIA OCUPACIONAL	
Cargo Actual (O qué cargo ocupara)	Instructor
Fecha de Ingreso (o de posesión)	Febrero del 2025
Principales Responsabilidades	Orientar formación técnica
Condiciones de Riesgo de Trabajo	Gestión Organizacional ___ Organización del trabajo ___ Grupo Social de Trabajo ___ Condición Tarea ___ Interface persona/tarea_x_ Jornada de trabajo ____
Motivo principal de Consulta	Examen Psicosocial de Ingreso
Empleo Anterior	Instructor
Tiempo de Permanencia	10 meses

RESULTADO HABILIDADES COGNITIVAS (CAB)			
Atención	(740/800) Capacidad para focalizarse en información relevante, .	Memoria	(720/800) Capacidad para almacenar y evocar información.
Orientación Alopsiquica	Adecuada Orientación espacial, temporal y situacional.	Orientación Autopsiquica	Se evidencia reconocimiento e identificación de sí misma.
Sueño	Fases completas (4)	Apetito	5 /10. Generalmente satisfecho
Estado de ánimo y afecto	Estable/positivo	Red de Apoyo Familiar	Nelson Hernández Torres (pareja) Hijos Valeria Hernández Rojas y Samuel David Hernández Rojas

AUTODESCRIPCIÓN	
Fortalezas	Proactiva, trabajo en equipo, solidaria y compañerismo.
Aspectos por mejorar	La puntualidad

ASPECTOS IMPORTANTES	
Mencione que actividades realiza para divertirse y/o pasar su tiempo libre	Lectura, cine, manualidades.
Mencione que actividades deportivas realiza y con qué frecuencia	Ciclismo
Ha tenido accidentes de trabajo Sí / No Menciones cuales	No

Dirección: Calle 64 c # 122 A 06. Engativá Centro.

Email: psi.corpus.sindya.rangel@gmail.com

Tel. 300 29755 72

Describa y califique su estado actual de Salud	No presento problemas médicos.
¿Ha tenido intervenciones psicológicas?	No
¿Se encuentra en algún tratamiento médico, psiquiátrico, psicológico? Sí / No Mencione	No
¿Qué es lo que más le afecta en su salud? lo físico o lo emocional	Alergias al polvo.
Frente a situaciones difíciles cómo las afronta?	Escucha activa y solución a conflicto

Estructura y funcionalidad familiar

Miembro: Nelson Leonardo Hernández Torres
Parentesco: esposo **Edad:** 51 **Escolaridad:** tecnólogo

Miembro: Valeria Hernández Rojas
Parentesco: hija **Edad:** 12 **Escolaridad:** Educación Básica Secundaria (7°)

Miembro: Samuel David Hernández Rojas
Parentesco: hijo **Edad:** 10 años **Escolaridad:** Educación Básica primaria (5°)

OBSERVACIONES

ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES (MENTALES/FISICAS)

No refiere ninguno

Firma del Psicólogo
TP. 240264
C.C. 1096235701

Firma del Trabajador
C.C 52656777

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52656777	CAROLINA ROJAS CAICEDO	conjunto inticaya casa b2	8444228	k.rojas.1224.cr@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	VILLETA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	02/02/2026	45554216	$508.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.200				9.200	0	0	9.200			92	9.200	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	9.200	9.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	508.300	508.300

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52656777	CAROLINA ROJAS CAICEDO		conjunto inticaya casa b2	8444228	k.rojas.1224.cr@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	VILLETA	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	02/02/2026	45554216	$508.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52656777	ROJAS CAICEDO CAROLINA	59	0			N																	230301	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	218.900	14-23	1.750.905	1	9.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Hace constar:

Que el Sr(a) CAROLINA ROJAS CAICEDO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52656777 realizó el día 13/02/2026 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 CAROLINA ROJAS CAICEDO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52656777 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.

Carolina Rojas

Firma

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) CAROLINA ROJAS CAICEDO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52656777 el día 13/02/2026 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

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

CER_AFI_2026011897593

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

CAROLINA ROJAS CAICEDO identificado con CC. 52656777 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Tipo y Numero de Documento	NI - 899999034

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/02/02	**Fecha inicio contrato**	2026/02/02
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/10/03
Riesgo	1	**Código actividad económica**	1855101 - Formacion academica no formal, incluye la educacion que se ofrece con el objeto de complementar, actualizar,
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	2026/10/03	**Estado del contrato**	Inactiva

Esta certificación se expide a los 24 días del mes de enero del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC24012026N52656777A3397061.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

VILLETA, **11/02/2026**
CUNDINAMARCA,
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor CAROLINA ROJAS CAICEDO** con **Cédula de Ciudadanía** número **52656777**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550477400085353**
Fecha de apertura	**04/07/2018**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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. SUC:	NO. PÓLIZA:	ANEXO:
BOGOTA, D.C.	CHAPINERO	14	14-46-101161905	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
22	01	2026	02	02	2026	00:00	03	02	2027	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		IDENTIFICACIÓN:	
ROJAS CAICEDO CAROLINA			C.C. :52,656,777
DIRECCIÓN: CALLE 2 N 12-47	CIUDAD: VILLETA - CUNDINAMARCA		TELÉFONO: 3144765002

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN:	
CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL Y EMPRESARIAL SENA REGIONAL CUNDINAMARCA			NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN: CALLE 2 NO. 13 - 03	CIUDAD: VILLETA - CUNDINAMARCA		TELÉFONO: 6015461500
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.9008316 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: ARTICULACIÓN - ASISTENCIA ADMINISTRATIVA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES, TECNÓLOGO Y/O TÉCNICO PARA EJECUTAR DE MANERA AUTÓNOMA Y TEMPORAL LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CORRESPONDIENTES AL NIVEL TÉCNICO DEL PROGRAMA DE ARTICULACIÓN CON LA MEDIA TÉCNICA, DE ACUERDO CON LOS DISEÑOS CURRICULARES, LA PROGRAMACIÓN ESTABLECIDA, LAS POLITICAS INSTITUCIONALES Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE, EN EL MARCO DE LOS PROCESOS EDUCATIVOS LIDERADOS POR EL CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL Y EMPRESARIAL

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	02/02/2026	03/02/2027	$ 3,789,997.60

ACLARACIONES:

LA PRESENTE POLIZA AMPARA EL PAGO DE MULTAS Y LA CLAUSULA PENAL PECUNIARIA CONVENIDA EN EL CONTRATO

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	$ 3,789,997.60	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
JAIRO WILCHEZ	10178	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. 7 NO. 57 -67 - TELÉFONO: 2172417 - BOGOTA, D.C.

14-46-101161905
FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

Carolina Rojas
FIRMA TOMADOR

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

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

Hacemos constar, que la póliza No. 14-46-101161905, 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 BOGOTA, D.C., a los 22 días del mes de Enero de 2026



FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

1. AMPAROS.

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

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

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

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

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

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

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

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

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

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

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

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

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

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

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

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

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

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

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

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

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

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

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

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

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

2. EXCLUSIONES.

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

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

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

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

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

3. SUMA ASEGURADA.

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

4. VIGENCIA.

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

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

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

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

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

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

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

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

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

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

6. COMPENSACIÓN.

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

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

8. PLAZO PARA EL PAGO.

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

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

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

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

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

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

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

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

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

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

13. COASEGURO

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO