SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL SANTANDER
CENTRO INDUSTRIAL DEL DISEÑO Y LA MANUFACTURA-SANTANDER - SERVIC

Código Regional	68
Código Centro	922510
Fecha Elaboración	24 de febrero de 2020
Versión	ENERO 2020 - 1,20
ID de Proceso	40708-752275

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ALBA LUCIA MARTINEZ PORRAS	**C.C.**	37.891.019	**IP/Nº de contacto**	73574
Correo electrónico contratista:	albamartinez@misena.edu.co				
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta?**	NO	**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**	28830068190
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 $ 124.625.000**		NO	

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	1321147/2020			**Nº Compromiso SIIF**	7720
Valor Total del Contrato	$ 30.991.275	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**		**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 30.991.275	1	**Del** 30/01/2020	**Al** 31/01/2020	$ 196.770,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 30.794.505		Comisiones	$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 196.770	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	**$ 196.770**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 0**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Enero	Diciembre				
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	4314423605	Valor Base retención en la fuente	0,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 877.803	$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 109.800	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 140.500	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL V	$ -	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	0,00	0,600%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ -				
Salud hasta $ 569.712	$ -		Descuentos de Libranza	0,00	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 6.985		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		**VALOR A PAGAR**	**$ 196.770,00**	

SON: CIENTO NOVENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS SETENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Realizar proceso de preparación de taller de telares
limpieza de maquinaria, adecuación de sitios de trabajo
Elaboración de listados de aprendices, para autorización de salidas
Realizar control de calidad
Total Horas: 16 consignadas en el aplicativo senasofiaplus correspondientes al mes de enero de 2020

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.

ALBA LUCIA MARTINEZ PORRAS
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,

JAIRO ORLANDO RAMIREZ MONTERO
INSTRUCTOR

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

JUAN MANUEL CASTILLO CALDERON
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

FORMATO INFORME MENSUAL EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Floridablanca, Febrero 24 de 2020

Señor (a)
JAIRO ORLANDO RAMIREZ MONTERO
SUPERVISOR(A) CONTRATO No. **CO1.SLCNTR.1321147 de 2020**
COORDINADOR ACADEMICO
CENTRO INDUSTRIAL DEL DISEÑO Y LA MANUFACTURA
Floridablanca

Asunto: Informe mensual de ejecución contractual Mes de Enero del año 2020

Referencia: No . **CO1.SLCNTR. 1321147 de 2020**

ALBA LUCIA MARTINEZ PORRAS, identificado con la cédula de ciudadanía No. 37891019 de San Gil, en mi calidad de Contratista del SENA, en el CENTRO INDUSTRIAL DEL DISEÑO Y LA MANUFACTURA, en cumplimiento del Contrato de Prestación de Servicios de la referencia N° CO1.SLCNTR.1321147 de 2020, a continuación, presento el Informe de actividades realizadas realizadas en el mes objeto de cobro.

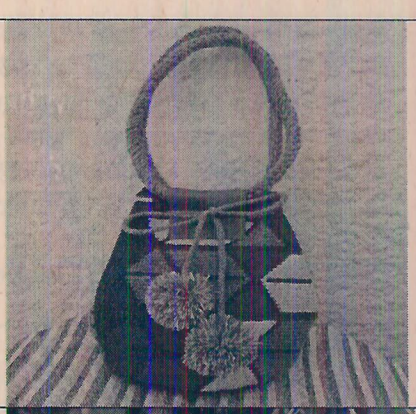
Valor y forma de Pago: El valor total del presente contrato es de **TREINTA MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y UN MIL DOSCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS M/CTE ($30.991.275,00)**. Esta suma será pagada por el SENA al contratista de la siguiente manera: a) Un primer pago proporcional al tiempo ejecutado a partir del acta de inicio. b) pagos iguales mensuales por valor de **DOS MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y UN MIL QUINIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE ($ 2.951.550) y** c) un pago final proporcional al tiempo final de la duración del contrato, por un periodo de 10 meses y 15 días.

Plazo: Será hasta el (13) de Diciembre de 2020.

OBJETO:
Contratar la prestación de servicios personales como Instructor para orientar formación titulada en el área de tejeduría en telar para productos artesanales del centro industrial del diseño y la manufactura.

CLÁUSULA No. 1

No	Obligaciones	Acciones realizadas	Evidencias
1	Cumplir el objeto del contrato descrito en la cláusula primera del mismo, disponiendo de toda su capacidad, seriedad,	Impartir formación titulada Horario según ficha y ambiente de aprendizaje 7:a.m a	Ficha-2020251

	responsabilidad, profesionalidad y eficiencia en su desarrollo, para que haya una excelente calidad de la formación técnica que imparta en el área para la cual se ha contratado en los horarios y lugares que el SENA le indique.	3:00 p.m de lunes a viernes	
2	Desarrollar personalmente la totalidad de las acciones de formación contratadas de acuerdo con la programación acordada con el SENA y en el ambiente de formación asignado.	Ambiente de formación	Taller de Alta- Inpec-Giron
3	Preparar, orientar, desarrollar y apoyar procesos de aprendizaje en cualquiera de las estrategias de respuesta institucional para los diferentes grupos poblacionales objeto de la Formación Profesional Integral.	Guias de aprendizaje	
4	Desarrollar mecanismos que faciliten la reflexión, la innovación, el espíritu investigativo, la creatividad y la autoevaluación en los aprendices para su mejoramiento continuo.	Apoyo de la creatividad por medio de desarrollo de productos por los aprendices de la ficha	
5	Evaluar el proceso de aprendizaje, las estrategias, el medio ambiente educativo, el rendimiento académico de los aprendices y diligenciar oportunamente los formatos	Evaluación de resultados de aprendizaje en plataforma	

	correspondientes (Metodología del Aprendizaje por Proyectos).		
6	Participar en Actividades de planeación y desarrollo curricular en equipos de trabajo, en el desarrollo de innovaciones pedagógicas y del área específica en que se desempeñe, mediante proyectos de investigación, en concordancia con las exigencias del desarrollo sostenible.		
7	Participar en procesos de promoción de los programas de Formación Profesional Integral, servicios y actividades de Divulgación Tecnológica, programados por el Centro de Formación.		
8	Coadyuvar en el proceso de ingreso e inducción a los aprendices.		No aplica para este Reporte
9	Documentar los procesos de formación que orienta en la plataforma LMS, asociado con el proyecto formativo (portafolio de evidencias del instructor, material de apoyo bibliográfico, guías de aprendizaje, talleres aplicados, etc.).		PORTAFOLIO
10	Mostrar dominio tecnológico en el área específica de la formación		

11	Presentar los productos definidos en el proyecto formativo en cada fase del mismo.		
12	Rendir oportunamente los informes requeridos sobre las acciones encomendadas y los productos resultantes de procesos de aprendizaje realizados por los aprendices a quienes imparte formación profesional.		
13	Solicitar oportunamente los elementos necesarios para desarrollar eficazmente su labor pedagógica y responder por ellos ante el centro		
14	Incorporar tendencias tecnológicas, pedagógicas y de gestión, al diseño técnico pedagógico de las diferentes acciones de formación profesional en su especialidad.		
15	Reportar en el sistema Sofía plus en un plazo máximo de los tres (3) días hábiles de cada mes, todas las actividades que de acuerdo a los procesos son de sus responsabilidad, garantizando la calidad de la información y su coherencia con el proceso formativo, tales como: Registro de juicios evaluativos, creación		SOFIA PLUS

	de rutas y asociación de aprendices, registro de juicios evaluativos del reconocimiento de aprendizajes previos y comunicar al coordinador académico oportunamente anomalías, inconsistencias, novedades de aprendices t hallazgos en el registro de la información.		
16	El coordinador académico podrá designarlo como gestor de proyectos para apoyar la programación y seguimiento de la formación por proyecto o conjunto de proyectos por redes tecnológicas que garanticen la integralidad en la ejecución del proceso de aprendizaje.		
17	Atender la formación titulada y apoyar la formación complementaria, según lineamientos dados por la Coordinación Académica.		Recolección de documentos para el inicio de una complementaria con población vulnerable
18	Deberá acreditar que se encuentra al día en el pago mensual de los aportes al sistema de seguridad social integral (salud, pensión y riesgos laborales) y para la realización de cada pago derivado del mismo; estos pagos se acreditan únicamente por el sistema PILA o de Planilla Asistida o el que determine el Ministerio de Trabajo. Cuando corresponda		Documentos entregados cuenta Enero de 2020

19	El contratista deberá acreditar el pago oportuno de los aportes al SENA, ICBF y cajas de Compensación Familiar.		
20	El contratista deberá efectuar el pago dentro de los plazos establecidos en el Decreto 1670 de mayo de 2007 del mes en curso con base en el cuarenta por ciento (40%) del valor mensual del presente contrato de sus obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social Integral (salud, pensión y ARL) como trabajador independiente. La demora en la entrega de los soportes de pago mensual de estas obligaciones será causal para el aplazamiento del pago de los honorarios respectivos hasta que se dé el cabal cumplimiento de las obligaciones anteriormente señaladas. La persistencia en el incumplimiento de esta obligación por parte del CONTRATISTA, será causal para la declaración de la caducidad administrativa.		
21	El Contratista deberá cumplir con las normas del Sistema General de Riesgos Laborales, en especial, las siguientes: * Procurar el cuidado integral de su salud *Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumirá su costo. * Informar a los contratantes la ocurrencia de		Uso de tapabocas y zapatos adecuados para el proceso de tejeduría

	incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales. * 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. *Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST. * Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada del contrato. * Exámenes médicos ocupacionales. En virtud de lo establecido en el parágrafo 3º del artículo 2º de la Ley 1562 de 2012, la entidad o institución contratante deberá establecer las medidas para que los contratistas sean incluidos en sus Sistemas de Vigilancia Epidemiológica, para lo cual podrán tener en cuenta los términos de duración de los respectivos contratos. El costo de los exámenes periódicos será asumido por el contratista		
22	Vigilar y salvaguardar los bienes que hagan parte del patrimonio del SENA o de otras entidades o de particulares puestos al servicio de la entidad, y que le hayan sido entregados para el desarrollo del objeto del contrato, por lo que son sujetos		Responsabilidad sobre el inventario de Maquinaria en INPEC-Girón

	de control y vigilancia. En consecuencia deberán dar cuenta sobre la entrega de los bienes al supervisor y/o interventor del contrato respectivo y a los órganos de control fiscal y disciplinario, de ser procedente.		
23	Presentar a la suscripción del contrato, los siguientes documentos: a) Registro Único Tributario - RUT. b) Copia de la Cédula de Ciudadanía. c) Constancia de afiliación al Plan Obligatorio de Salud a través de una Empresa Promotora de Salud (E.P.S.). d) Constancia de afiliación al Sistema General de Pensiones a través de una entidad Administradora de Fondo de Pensiones (A.F.P.). e) Formulario único de declaración de bienes y rentas del año 2018 del SIGEP debidamente firmado y fechado. f) Hoja de vida del Sistema de Información y Gestión del Empleo Público - SIGEP.		Documentos presentados
24	Atender oportunamente los requerimientos que haga el supervisor del contrato y presentar informes mensuales de la ejecución del contrato.		
25	Ser respetuoso y honesto en el cumplimiento de los objetivos y requisitos establecidos en el contrato.		

26	Las demás necesarias para el cabal cumplimiento del objeto contractual.		

A continuación relaciono los desplazamientos que realicé previo a la presentación de este informe. Una vez finalizado cada desplazamiento presenté al ordenador del gasto el informe en el Formato Informe Legalización Desplazamiento Contratista GTH-F-087, en el que se describieron las actividades desarrolladas y los resultados de cada desplazamiento. Cada informe cuenta con el visto bueno del Supervisor.
Se lista a continuación el soporte de la legalización de los desplazamientos realizados, los cuales forman parte integral del presente informe de ejecución contractual.

ITEM	No DE LA ORDEN DE VIAJE	LUGAR DE DESPLAZAMIENTO	FECHAS DE DESPLAZAMIENTOS	
			INICIO	FINALIZACIÓN
1.				
2.				

Nota 1: *Por cada desplazamiento que haya realizado el contratista, adjuntará el respectivo informe que la soporte. En caso de haber realizado el desplazamiento en fecha posterior a la presentación del informe de ejecución contractual, deberá reportarlo en el siguiente informe de ejecución contractual.*

Para el trámite de la cuenta me permito adjuntar: Documentos enunciados como evidencias del cumplimiento de las obligaciones contractuales , los desplazamientos realizados y la fotocopia de la planilla-recibo de pago de aportes a salud, pensiones y ARL, No 4314423605 expedido por SOI correspondiente al mes de diciembre del año 2019. (Decreto Ley 2106 de 2019 – " *Decreto Ley Antitrámites*").
Radicado de afiliación a Seguridad Social (ley 1273/2018) Adicional adjunto certificado de inducción SST.

Evidencias en ( ) folios

Cordialmente,

ALBA LUCIA MARTINEZ PORRAS
Contratista
C.C. No. 37.891.019

Recibí a satisfacción:

JAIRO ORLANDO RAMIREZ MONTERO
Supervisor(a) Contrato CO1.SLCNTR.1321147 de 2020
COORDINADOR ACADEMICO

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	37891019
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		ALBA LUCIA MARTINEZ PORRAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	PIEDECUESTA DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CLL 11B 1 B 20 TELÉFONO:	6896570
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	4314423605	TIPO DE PLANILLA:						I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES diciembre AÑO 2019	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:			MES	diciembre	AÑO	2019
DÍAS DE MORA:	0							
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2019/12/19	NÚMERO AUTORIZACIÓN:						9998076842

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 132.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 132.500	$ 0	$ 132.500
SUBTOTALES:										**$ 132.500**	**$ 0**	**$ 132.500**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS044	EPS044-MEDIMÁS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 103.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 103.600	$ 0	$ 0	$ 103.600
SUBTOTALES:													**$ 103.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 103.600**

Planilla Pagada
SOI
Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																												PENSIÓN								SALUD								ARP					CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 37891019	MARTINEZ PORRAS ALBA LUCIA	INDEPEND		$ 828.116			NO																		230301-PORVENIR	30	$ 828.116	$ 132.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 132.500	EPS044-MEDIMÁS	30	$ 828.116	$ 103.600	$ 0	$ 103.600			$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 236.100

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 13 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14543937097

(415)7707212489984(8020) 000001454393709 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3789101019	6	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga	4

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	37891019	19850208

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	169	Santander 68	San Gil 679

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MARTINEZ	PORRAS	ALBA	LUCIA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:
ARTEFI	

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Santander 68	San Gil 679

41. Dirección principal: CR 13 23 51

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
albalmartinez@hotmail.com	0	3157259557	

CLASIFICACION

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
8551	20040318	4759	20040318			1222	1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	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
	49																									

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	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: 20190528

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

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14543937097

(415)7707212489984(8020) 000001454393709 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 7 8 9 1 0 1 9	6	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga	4

Características y formas de las organizaciones

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

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase:	09	
72. Número:		
73. Fecha:		
74. Número de Notaría:		
75. Entidad de registro	03	
76. Fecha de registro:	20040318	
77. No. Matrícula mercantil:	05-111393-	
78. Departamento:	68	
79. Ciudad/Municipio:	5	

Vigencia:

80. Desde:
81. Hasta:

Composición del Capital

82. Nacional: %
83. Nacional público: %
84. Nacional privado: %
85. Extranjero: %
86. Extranjero público: %
87. Extranjero privado: %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control:

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual:	90. Fecha cambio de estado:	91. Número de Identificación Tributaria (NIT):
1			-
2			-
3			-
4			-
5			-

Vinculación económica

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

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

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

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

M.T.S.

MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 62.607

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
24 DÍA	01 MES	2020 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

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

PARTICULARES	PARTICULAR
Nombre de la empresa	Empresa usuaria

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

MARTIN EZ PORRAS ALBA LUCIA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	53 AÑOS	CC	37891019
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INSTRUCTORA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA

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

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL	✓	CUADRO HEMÁTICO	✓
OPTOMETRÍA	✓	PERFIL LIPIDICO	✓
AUDIOMETRÍA	✓	PRUEBA PSICOLÓGICA	✓
GLICEMIA	✓	EVALUCION FONOAUDIOLOGICO	✓
PARCIAL DE ORINA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MEDICO	USO DE EPP	CONTROL DE PESO
----------	----------	HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EVALUADO CON ENFASIS CARDIOVASCULAR / DERMATOLOGICO
ESTILOS DE VIDA SALUDABLE / EJERCICIO FÍSICO
CONTINUAR TRATAMIENTO Y CONTROL CON MEDICINA GENERAL EPS / NUTRICIÓN

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

Médico	Aspirante o Trabajador
RICARDO SOLANO ARAQUE Especialista en S.O. RM 9654 LSO 11412	
Firma:	Firma:
Nombre: SOLANO ARAQUE RICARDO	Nombre: MARTIN EZ PORRAS ALBA LUCIA
R. M.: 9654 L.S.O.: 11412	CC: 37891019

MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com

REMISIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Fecha: 24 de enero de 2020

Señor (es)
EPS
Ciudad

Por medio de la presente agradecemos la atención del (la) Sr. (a) **MARTIN EZ PORRAS ALBA LUCIA** con CC. **37891019**, quien ha sido valorada por nuestra institución como parte de las actividades de medicina preventiva y del trabajo de la empresa PARTICULAR, para lo cual suministramos la siguiente información:

Cargo	INSTRUCTORA	**Dependencia**	NO APLICA
Antigüedad en la empresa	12 AÑO(S)	**Edad**	53 AÑOS
antigüedad en el cargo	12 AÑO(S)	**Género**	FEMENINO

Protocolo: **Visual** ☐ **Auditivo** ☐ **Lesiones OM** ☐ **Cardio V** ☐

Diagnóstico H919 - HIPOACUSIA, NO ESPECIFICADA, H5243 - PRESBICIA AO, H50 - OTROS ESTRABISMOS, I10 - HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA), R635 - AUMENTO ANORMAL DE PESO,

Diagnostico según protocolo **Sano** ☐ **Sospechoso** ☐ **Caso** ☐

Ampliación de la Información: NO APLICA

Agradecemos la atención a la presente.

Cordialmente,

RICARDO SOLANO ARAQUE
Especialista en S.O.
RM 9654 LSO 11412

Firma: _____

Nombre: SOLANO ARAQUE RICARDO

R. M.: 9654 **L.S.O.:** 11412

MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
M.T.S.

MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com



EXAMEN DE OPTOMETRÍA

DATOS PERSONALES

Atención N°: 60,313

Fecha: 24/01/2020 Municipio: BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) CC: 37891019 Nombre: MARTIN EZ PORRAS ALBA LUCIA Edad: 53 AÑOS

Genero: FEMENINO Profesión o Cargo: INSTRUCTORA Empresa: PARTICULAR

Eps: Tipo Evaluación Medica: EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOM F. Último Examen: HACE 1 AÑO

Lugar del Último Examen: SAN ANDRESITO LA ISLA Motivo Consulta: INGRESO

ANTECENDENTES OCULARES

CIRUGÍA OCULAR	REFIERE DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA O.D HACE MUCHOS AÑOS
DISMINUCIÓN AV VL	REFIERE
DISMINUCIÓN AV VP	REFIERE

	AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	N/A	N/A	N/A	NO APLICA	20/ 400	NO TITULC
O.I:	NO APLICA	N/A	N/A	N/A	NO APLICA	20/ 25	1,0M
A.O:	PACIENTE CON L.C	N/A	N/A	N/A	NO APLICA	N/A	N/A

RETINOSCOPIA

O.D: **SRF N**	SRF N	AV VL 20/ **400**	AV VP 20/ **NO**		
O.I: **SRF N**	SRF N	AV VL 20/ **25**	AV VP 20/ **0.5**	ADD	+2.25

TEST

VISION AL COLOR ISHIHARA: **O.D DIFÍCIL OBSERVACIÓN O.I 14 LAMINAS CORRECTAS**

ESTEREOPSIS TITMUS: **200 SEGUNDOS DE ARCO**

EXÁMEN EXTERNO

OBSERVACION: **BUENA POSICIÓN Y MOVIMIENTO DEL L.C**

EXAMEN MOTOR

OBSERVACION: **ESTRABISMO VERTICAL O.D**

OFTALMOSCOPIA

O.D: **MEDIOS OPACOS**

O.I: **FOAN**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
AA41	AMETROPÍA AO	DERECHO	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
H502	ESTRABISMO VERTICAL	DERECHO	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
H524	PRESBICIA	DERECHO	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

DISPOSICION

CORRECCIÓN OPTICA PERMANENTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

EXAMEN NO APLICA PARA FORMULA DE GAFAS. PACIENTE REPORTA ESTRABISMO LUEGO DE UN TRAUMA OCULAR OCASIONADO DESPRENDIMIENTO DE RETINA HACE VARIOS AÑOS .

OPTOMETRA

Firma: Zully Sanchez

Nombre: SANCHEZ TRUJILLO ZULY FERNANDA

R. M.: 1369 L.S.O.:

PACIENTE

Firma:

Nombre: MARTIN EZ PORRAS ALBA LUCIA

CC: 37891019

MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com

M.T.S.



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES — Atención N°: 59586

Fecha: 24/01/2020 Ciudad: BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA)
Tipo Exámen: EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Eps:
CC: 37891019 Nombre: MARTIN EZ PORRAS ALBA LUCIA Edad: 53 AÑOS Genero: FEMENINO
Fecha Nacimiento: 23/01/1967 Empresa: PARTICULAR Ocupacion: INSTRUCTORA

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
SENA	INSTRUCTORA	NINGUNA	NO APLICA	12	0

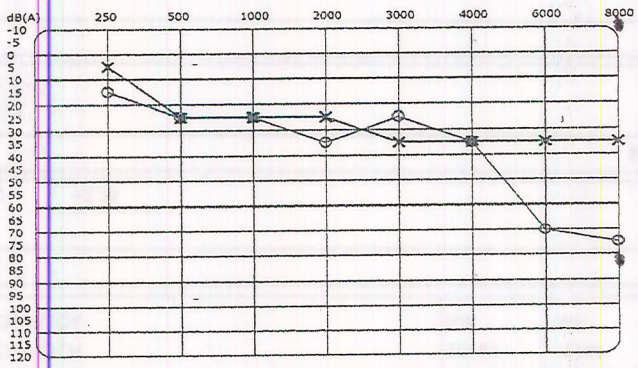
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÓGONO	NO REFIERE
MOTO	NO REFIERE	WALKMAN	NO REFIERE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	NO REFIERE
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas) : 12 Hora(s) Realizó re test: NO Uso Cabina Sonoamortiguada: NO
Marca y Referencia audiometró utilizado: MAICO MA 42 F. Ultima Calibración: 2018-11-30

○ : Vía aérea del OD × : Vía aérea del OI
< : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI) > : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)



OTOSCOPIA

Oído derecho: TAPON DE CERUMEN
Oído izquierdo: IRRITACION MT CAE IN

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD	15	25	25	35	25	35	70	75
VAOI	5	25	25	25	35	35	35	35

SEVERIDAD - CAOHC

Oído derecho: Severa(71 - 85 dB) Oído izquierdo: Leve(25 - 40 dB)

Código	Nombre del Diagnóstico	Oído	Origen	Tipo
H919	HIPOACUSIA, NO ESPECIFICADA	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN SEIS MESES USE PROTECCIÓN AUDITIVA CONTROL POR OTORINOLARINGOLOGÍA AUDIOMETRIA CONFIRMATORIA	

Observaciones

PTA 30 DB BILATERAL HIPOACUSIA LEVE SIN CONFIRMAR BILATERAL

FONOAUDIÓLOGO

Firma: Franci Marcela Tellez Fonoaudiologa Reg. 000980
Nombre: TELLEZ GARCIA FRANCE MARCELA
R. M.: 000980 L.S.O.:

TRABAJADOR

Firma:
Nombre: MARTIN EZ PORRAS ALBA LUCIA
CC 37891019

Software para el sector salud - www.biofile.com.co

MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com



RESULTADO DEL LABORATORIO CLÍNICO

DATOS PERSONALES

Lugar del Examen: BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) **Fecha:** 24/01/2020

CC: 37891019 **Nombre:** MARTIN EZ PORRAS ALBA LUCIA **Fecha de Nacimiento:** 23/01/1967 **Edad:** 53 AÑOS

Genero: FEMENINO **Estado Civil:** DIVORCIADO(A) **Dirección:** CRA 23 37 47 **Teléfono:** **Celular:** 3132283004

Nombre de la Empresa: PARTICULARES **Empresa en Misión:** PARTICULAR

Nombre del Acudiente: **Teléfono del Acudiente:** **Parentesco:**

RESULTADO DE PERFIL LIPIDICO

ANALITO	RESULTADO	VALOR REFERENCIA
COLESTEROL TOTAL	189	< 200 mg/dl
COLESTEROL HDL	44	> 60 mg/dl
TRIGLICERIDOS	156	< 150 mg/dl
COLESTEROL LDL	114	< 100 mg/dl
COLESTEROL VLDL	31	< 80 mg/dl

Bacteriólogo

Firma:

Nombre: SALAZAR NIÑO JOSE YOHANY
RM: PENDIENTE

Paciente

Firma:

Nombre: MARTIN EZ PORRAS ALBA LUCIA
CC: 37891019

MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com
M.T.S.



RESULTADO DEL LABORATORIO CLÍNICO

DATOS PERSONALES

Lugar del Examen: BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) **Fecha:** 24/01/2020

CC: 37891019 **Nombre:** MARTIN EZ PORRAS ALBA LUCIA **Fecha de Nacimiento:** 23/01/1967 **Edad:** 53 AÑOS

Genero: FEMENINO **Estado Civil:** DIVORCIADO(A) **Dirección:** CRA 23 37 47 **Teléfono:** **Celular:** 3132283004

Nombre de la Empresa: PARTICULARES **Empresa en Misión:** PARTICULAR

Nombre del Acudiente: **Teléfono del Acudiente:** **Parentesco:**

RESULTADO DE GLICEMIA

ANALITO	RESULTADO	VALOR REFERENCIA
GLICEMIA	107	70 - 110 mg/dl

Bacteriólogo

Firma:

Nombre: SALAZAR NIÑO JOSE YOHANY
RM: PENDIENTE

Paciente

Firma:

Nombre: MARTIN EZ PORRAS ALBA LUCIA
CC: 37891019

M.T.S.

IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT.900374091-1

VALORACION FONOADIOLOGICA

I. DATOS PERSONALES

Nombres y Apellidos:	Identificacion	Fecha:
Martinez Parra Albeiro	37 890 079.	24-07-2020.
Tipo de Examen:		**Edad:**
Valoracion de voz ingreso.		53 años
		Empresa: Pastrowar.

II. EVALUACION

HABLA

ORGANOS FONOARTICULADORES:

Labios ✓ Lengua ✓ Dientes ✓ Paladar Duro: ✓ Paladar Blando ✓ Uvula ✓ Maxilares ✓

ARTICULACION: Adecuada ✓ Inadecuada: _____

PROCESOS MOTORES BASICOS

RESPIRACION:

Modo: Nasal : ✓ Bucal : _____ Mixto: _____

Tipo: Cavicular: _____ Abdominal _____ Costodiafragmatico: ✓

Frecuencia: Hombre (16-18) _____ Mujer (18-20) 20

RESONANCIA:

Normal: ✓ Hipernasalidad: _____ Hiponasalidad: _____

FONACION:

Intensidad: Normal ✓ Aumentada: _____ Disminuida _____

Tono: Normal: ✓ Bajo: _____ Alto: _____ Monotono _____

Timbre: Normal: ✓ Disfonico: _____ Nasalizado: _____

Coordianacion Fonorespiratoria : Adecuada ✓ Inadecuada: _____

Tiempo de Fonacion: 22"

PROSODIA

Ritmo: Normal ✓ Bradilalico _____ Taquilalico ✓

Entonacion y Acentuacion: Adecuada ✓ Inadecuada _____

AUDICION: Normal _____ Alterada ✓ Hipoacusia bilateral.

OTOSCOPIA: OD Otitis OI Tapon de cerumen

Diagnostico: Requerimiento vocal moderado.

FONOAUDIOLOGO

PACIENTE

MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com

INFORME CONFIDENCIAL

EMPRESA: SENA

1. Datos Personales	
Nombres y Apellidos: ALBA LUCIA MARTINEZ	
Identificación: C.C.N°: 37.891.019	**Edad:** 53 AÑOS
Fecha de Evaluación: ENERO 20 DEL 2024	
Nivel de Escolaridad: UNIVERSITARIO	
Sexo: FEMENINO	

2. Informe Psicológico

El presente informe se realiza con base en la aplicación e interpretación de la prueba psicotécnica - **16PF5:** Prueba Objetiva de Personalidad
Los resultados de las pruebas, permiten predecir cómo podría comportarse un individuo en una variedad de situaciones al momento de aplicar las pruebas. A continuación, se darán a conocer los resultados obtenidos en la prueba, haciendo énfasis en las dimensiones más destacadas.

2.1 16PF-5

ÁREA INTELECTUAL

La evaluada muestra ser de pensamiento concreto con razonamiento elaborado; en materia intelectual, posee capacidad para la comprensión y aprendizaje de ideas. En tal sentido es capaz de lograr un nivel requerido para comprender acciones que demanden la aplicación de diferentes conceptos.

ASPECTOS DE PERSONALIDAD

Se vislumbre emocionalmente estable, se enfrenta a la realidad, siendo tranquila y estable en sus intereses. No permite que las necesidades emocionales opaquen la realidad de una situación. Se autocontrola para evitar dificultades. En general maneja adecuadamente las frustraciones y los retos que origina el día a día.

ASPECTOS RELACIONALES

En el área relacional muestra equilibrio entre introversión y extroversión. Es dependiente en su pensamiento y en el modo de comportarse. Presenta un perfil que combina un suave estilo reservado con alguna tendencia a ser abierto afectivamente.

3. CONCEPTO

A partir de los resultados obtenidos en la prueba aplicada se concluye lo siguiente: La evaluada se muestra emocionalmente estable, tiende a ser racional, práctica, segura, tradicional y cooperadora. En cuanto a los atributos de liderazgo manifiesta relativa flexibilidad en la adopción de estilos conductuales, para lograr compromiso y cohesión del grupo en torno a un objetivo específico.

MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com

CUADRO RESUMEN COMPETENCIAS COMPORTAMENTALES

	EL POLO BAJO DEFINE UNA PERSONA	DECATIPO										EL POLO ALTO DEFINE UNA PERSONA
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	
A	FRIA, IMPERSONAL, DISTANTE,						X					CALIDA, AFABLE, GENEROSA
B	DE PENSAMIENTO CONCRETO					X						DE PENSAMIENTO ABSTRACTO
C	REACTIVA EMOCIONALMENTE CAMBIANTE							X				EMOCIONALMENTE ESTABLE, ADAPTADA, MADURA.
E	COOPERADORA QUE EVITA CONFLICTOS				X							DOMINANTE, ASERTIVA, COMPETITIVA
F	SERIA, REPRIMIDA, CUIDADOSA, PRUDENTE					X						ANIMOSA, ESPONTANEA, ACTIVA, ENTUSIASTA
G	DESCUIDADA, FRIVOLA, NEGLIGENTE, INCONSTANTE						X					ATENTA A LAS NORMAS, FORMAL, RESPONSABLE.
H	TIMIDA, TEMEROSA, COHIBIDA, RETRAIDA					X						EMPRENDEDORA, ATREVIDA YSEGURA EN LO SOCIAL
I	OBJETIVA, NADA SENTIMENTAL, RACIONAL				X							SENSIBLE, SENTIMENTAL, EMOTIVA
L	CONFIADA ADAPTABLE CONCILIADORA			X								VIGLANTE, SUSPICAZ, EXCEPTICA.
M	PRACTICA, REALISTA, OBJETIVA	X										ABSTRAIDA, IMAGINATIVA, IDEALISTA
N	ABIERTA, GENUINA, NATURAL, SINCERA						X					PRIVADA, CALCULADORA, DISCRETA
O	SEGURA, DESPREOCUPADA, SATISFECHA					X						APRENSIVA, INSEGURA, PREOCUPADA
Q1	TRADICIONAL, CONSERVADORA,				X							ABIERTA AL CAMBIO, EXPERIMENTAL, ANALITICA.
Q2	SE INTEGRA EN EL GRUPO, DEPENDIENTE, BUSCA APOYO					X						AUTOSUFICIENTE, INDIVIDUALISTA
Q3	FLEXIBLE, TOLERANTE CON EL DESORDEN						X					PERFECCIONISTA, ORGANIZADA, DISCIPLINADA
Q4	AUSENCIA DE TENCION, NERVIOSA, RELAJADA		X									TENSA, ENERGICA, IMPACIENTE

ELABORADO POR:

Nombre: EMILCE SANCHEZ GARCIA
Psicólogo Reg.121503
Especialista en Salud ocupacional Licencia 06246

FIRMA:

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) ALBA LUCIA MARTINEZ PORRAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 37891019 realizó el día 20/02/2020 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 ALBA LUCIA MARTINEZ PORRAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 37891019 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

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

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que ALBA LUCIA MARTINEZ PORRAS, con Cédula Ciudadanía No. 37891019 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 30/01/2020, para el contrato registrado con fecha desde 29/01/2020 y fecha hasta 15/12/2020, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 5.

Recuerde que una vez cumplida la fecha hasta indicada en el presente certificado, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20200101285987.

Dada en Bogotá, a los 23 días del mes de febrero de 2020

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Certificado Bancario

Domingo, 23 de Febrero de 2020

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que ALBA LUCIA MARTINEZ PORRAS identificado(a) con CC 37891019, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	28830068190	2014/08/29	ACTIVA

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

Juan Camilo Moreno.

Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el momento de todos
Bancolombia

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.174-4

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BUCARAMANGA	BUCARAMANGA	96	96-44-101151586	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
29	01	2020	30	01	2020	00:00	13	04	2021	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
MARTINEZ PORRAS, ALBA LUCIA	CC: 37.891.01[illegible]

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
CR 13 NRO. 23 - 51	SAN GIL, SANTANDER	3157259557

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:	IDENTIFICACIÓN
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA CENTRO INDUSTRIAL DEL DISEÑO Y LA MANOFACTURA REGIONAL SANTANDER	NIT: 899.999.034-[illegible]

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
KM 6 VIA FLORIDA BLANCA N.50-33	BUCARAMANGA, SANTANDER	680060[illegible]

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 PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO EN DESARROLLO DEL CONTRATO N CO1.PCCNTR.1321147. REFERENTE A; Contratar la prestacion de servicios personales como Instructor para orientar formacion titulada en el area de tejedura en telar para productos artesanales del centro industrial del diseño y la manufactura.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	30/01/2020	13/04/2021	$3,099,127.50

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******20,000.00	$ *******7,000.00	$ *******5,130.00	$ **********32,130.00	$ ********3,099,127.50	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑÍA	% PART.	VALOR ASEGURADO
ASESORES DE SEGUROS MANEJAR LTDA	995206	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 CALLE 44 NO 36-08 - TELEFONO: 6578486 - BUCARAMANGA

96-44-101151586
FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BUCARAMANGA	BUCARAMANGA	96	96-44-101151586	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
29	01	2020	30	01	2020	00:00	13	04	2021	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
MARTINEZ PORRAS, ALBA LUCIA	CC: 37.891.019

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
CR 13 NRO. 23 - 51	SAN GIL, SANTANDER	3157259557

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:	IDENTIFICACIÓN
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA CENTRO INDUSTRIAL DEL DISEÑO Y LA MANOFACTURA REGIONAL SANTANDER	NIT: 899.999.034-1

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
KM 6 VIA FLORIDA BLANCA N.50-33	BUCARAMANGA, SANTANDER	6800600

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 PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO EN DESARROLLO DEL CONTRATO N CO1.PCCNTR.1321147. REFERENTE A; Contratar la prestacion de servicios personales como Instructor para orientar formacion titulada en el area de tejedura en telar para productos artesanales del centro industrial del diseño y la manufactura.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	30/01/2020	13/04/2021	$3,099,127.50

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******20,000.00	$ *******7,000.00	$ *******5,130.00	$ **********32,130.00	$ ********3,099,127.50	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑÍA	% PART.	VALOR ASEGURADO
ASESORES DE SEGUROS MANEJAR LTDA	995206	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 CALLE 44 NO 36-08 - TELEFONO: 6578486 - BUCARAMANGA

96-44-101151586

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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.

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

GRÁFICAS COLOMBIA LTDA . 06415

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.

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.

3. SUMA ASEGURADA.

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

4. VIGENCIA.

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, SE HARÁ BAJO LOS LINEAMIENTOS DEL DECRETO 1082 DE 2015 Y 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

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 PRESENTADÁ 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 _____.

37 / 891.019 Sarc