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

| | |
|---|---|
| Código Regional | 68 |
| Código Centro | 922510 |
| Fecha Elaboración | 20 de febrero de 2020 |
| Versión | ENERO 2020 - 1,20 |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nombres y apellidos contratista: / Correo electrónico contratista: | MARIA CAMILA OVALLE OSPINA / mariac.ovalle@misena.edu.co | C.C. | 1.019.034.166 | IP/Nº de contacto | 3212384152 |
| 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 ? | NO |
| Banco al cual consignar: | BANCOLOMBIA | Tipo de cta | AHORROS | Nº Cuenta | 40496163 21 |
| 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: | 1309556/2020 | | | Nº Compromiso SIIF | 2620 | |
| Valor Total del Contrato | $ 40.920.000 | N ° Pago | Periodo objeto de pago | | | Valor Bruto Pago |
| Saldo Anterior del Contrato | $ 40.920.000 | 1 | Del | 27/01/2020 | Al 31/01/2020 | $ 620.000,00 |
| Nuevo Saldo del Contrato | $ 40.300.000 | | Comisiones | | $ 0,00 | |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 620.000 | 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** | **$ 620.000** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 277.275** | **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 | | ------- | 1027629211 |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 877.803 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 109.800 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 140.500 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 |
| ARL | | $ 4.600 | $ 0 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC | | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000 | | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda | $ 3.560.700 | $ - | |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| Dependientes hasta | $ 1.139.424 | $ - | |
| Salud hasta | $ 569.712 | $ - | |
| Renta Exenta 25% | $ 8.545.680 | $ 92.425 | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 277.275,00 | TARIFA |
| Valor Base retencion en la fuente ICA | 369.700,00 | |
| 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 | 2.218,00 | 0,600% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| VALOR A PAGAR | $ 617.782,00 | |

**SON: SEISCIENTOS DIECISIETE MIL SETECIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Participé en la socialización de la propuesta gráfica que se debe tener en cuenta para el diseño de unidades temáticas y componentes formativos.
inicie la revisión de los cursos virtuales cargados a la nueva plataforma LMS Territorio, para verificar que funcionen correctamente.
Se dejan las observaciones encontradas en la lista de chequeo compartida.
Asistencia a reunión con el equipo de Territorio los dias 28 y 29 de enero, para conocer la plataforma y el estado actual de las semillas que se migraron del anterior LMS.
Se informa por correo electrónico la finalizacion de las actividades realizadas. Se registra en actas los avances realizados, las tareas asignadas y terminadas y se suben a Drive.
Asistencia a reunión de socialización del proyecto de virtualidad el 30 de enero donde se dan las orientaciones para la creación de los recursos educativos digitales y se explica la metodología de trabajo.
Pago de mes del Enero 2020.
Desarrolle informe de actividades del mes de Enero 2020.
Disponibilidad a reuniones de grupo citadas por Skype.

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.

MARIA CAMILA OVALLE OSPINA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;
2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro;
3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago
El Supervisor,

JAVIER DIAZ DIAZ
INSTRUCTOR G18

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 Santander, 20 de Febrero de 2020

Señor (a)
**Javier Díaz Díaz**
SUPERVISOR(A) CONTRATO No. **1309556**
Coordinador de formación
Centro industrial del diseño y la manufactura
Floridablanca

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

**Referencia:** No 1309556 del año 2020

Maria Camila Ovalle Ospina, identificado con la cédula de ciudadania No. 1.019.034.166 de Bogotá, 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, a continuación presento el Informe de actividades realizadas en el mes de ENERO de los días 27 al 31 objeto de cobro.

**Valor y forma de Pago**: El valor total del presente contrato es de Cuarenta Millones Novecientos Veinte Mil Pesos moneda corriente ($ 40.920.000,00), 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 Tres Millones Setecientos Veinte Mil pesos moneda corriente ($ 3.720.000,00) y c) un pago final proporcional al tiempo restante de la duración del contrato, por un periodo de 11 meses.

**Plazo:** Será hasta el 25 de Diciembre de 2020.

| **OBJETO:** |
|---|
| Prestar los servicios profesionales de carácter temporal como diseñador web para la construcción de documentos de hipertexto diseño de interfaces para contenidos web creación de piezas gráficas y material de apoyo multimedia que se requieran en la implementación de recursos educativos digitales de los programas en las diferentes modalidades de formación de acuerdo con el modelo pedagógico del sena los lineamientos del sistema de gestión integral y de calidad y la normatividad vigente. |

**CLÁUSULA** (No. de cláusula donde se encuentren las obligaciones del contratista)

| No | Obligaciones | Acciones realizadas | Evidencias |
|---|---|---|---|
| 1. | Elaborar propuesta visual y definir el lenguaje gráfico a usar en un recurso educativo digital (esquema cromático, | Participé en la socialización de la propuesta gráfica que se debe tener en cuenta para el diseño de unidades | https://drive.google.com/drive/u/1/folders/19w2ktNGD8LHcS7cYO15_PJGImje1ASYG |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | recursos digitales de identidad, iconografía, diagramación, estilos de texto) | temáticas y componentes formativos. | |
| 2. | Realizar el diseño UI/UX de las páginas web asociadas a un recurso educativo digital, usando sistemas de diagramación basado en 12 columnas y entregar al desarrollador front-end un prototipo (wireframe) en adobe XD o en Sketch, donde se describa la arquitectura del contenido, la interactividad y los estados de los componentes del recurso web. | No se realizaron actividades de este tipo durante el periodo. | No aplica. |
| 3. | Cargar y/o actualizar los contenidos (textos, imágenes, videos) en formato HTML y los estilos CSS de las páginas web que hagan parte de un recurso educativo digital. | No se realizaron actividades de este tipo durante el periodo. | No aplica. |
| 4. | Generar graficas de apoyo (digitalización, vectorización, colerización, retoque digital, ilustración) al contenido de los recursos educativos digitales. | No se realizaron actividades de este tipo durante el periodo. | No aplica. |
| 5. | Diseño de diapositivas y material de apoyo usadas en las producciones audiovisuales de un recurso educativo digitales. | No se realizaron actividades de este tipo durante el periodo. | No aplica. |
| 6. | Producción de documentos PDF y/o libros electrónicos que sirvan como material de apoyo en la construcción de un programa de formación. | No se realizaron actividades de este tipo durante el periodo. | No aplica. |
| 7. | Diseño de material infográfico interactivo y contenido multimedia. | No se realizaron actividades de este tipo durante el periodo. | No aplica. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 8. | Realizar la propuesta gráfica de las actividades didácticas de un programa de formación según el guion proporcionado por la diseñadora instruccional. | No se realizaron actividades de este tipo durante el periodo. | No aplica. |
| 9. | Construir actividades didácticas interactivas mediante el- uso de plantillas web o herramientas que generan código html a través de interfaces de arrastrar y soltar. | No se realizaron actividades de este tipo durante el periodo. | No aplica. |
| 10. | Elaboración de piezas gráficas para realizar la ambientación de la semilla de un programa de formación. | No se realizaron actividades de este tipo durante el periodo. | No aplica. |
| 11. | Revisión y retroalimentación de los recursos digitales entregados por los diseñadores web pares, con el objetivo de verificar el cumplimiento de estándares de calidad. | inicie la revisión de los cursos virtuales cargados a la nueva plataforma LMS Territorio, para verificar que funcionen correctamente. Se dejan las observaciones encontradas en la lista de chequeo compartida. | https://drive.google.com/drive/u/1/folders/14fGgnuZKhwKGLHYc8N-Pr5cBdGdgKfvO |
| 12. | Resolver los requerimientos de ajustes que se determinen en la revisión de las piezas y recursos gráficos elaborados. | No se realizaron actividades de este tipo durante el periodo. | No aplica. |
| 13. | Participar en actividades de revisión, retroalimentación y actualización del procedimiento de desarrollo curricular y sus documentos asociados; así como en las actividades de transferencia establecidas por la Dirección de Formación Profesional. | Asistencia a reunión con el equipo de Territorio los días 28 y 29 de enero, para conocer la plataforma y el estado actual de las semillas que se migraron del anterior LMS. | https://drive.google.com/drive/u/1/folders/1332bPT12bLjMihfkyr8mhlGWegXKmCjL |
| 14. | Presentar informes de actividades y demás documentos requeridos por el responsable de diseño y desarrollo digital, a fin de entregar avances de las responsabilidades | Se informa por correo electrónico la finalización de las actividades realizadas. Se registra en actas los avances realizados, las tareas asignadas y | https://drive.google.com/drive/u/1/folders/1332bPT12bLjMihfkyr8mhlGWegXKmCjL |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | asignadas en coherencia con el pla'n operativo establecido y los cronogramas de trabajo. | terminadas y se suben a Drive | |
| 15 | Asistir a las reuniones y demás jornadas que se adelanten o sean requeridas desde la Dirección de Formación Profesional de la Dirección General. | Asistencia a reunión de socialización del proyecto de virtualidad el 30 de enero donde se dan las orientaciones para la creación de los recursos educativos digitales y se explica la metodología de trabajo. | https://drive.google.com/drive/u/1/folders/1332bPT12bLjMihfkyr8mhlGWegXKmCjL |
| 16. | Afiliarce al Sistema General de Pensiones, empresa Promotora de Salud y Aseguradora de riesgos profesionales ARP . | Pago de mes del Enero 2020 | Planilla pagada |
| 17. | Presentar informe mensual de metas, indicadores y ejecución técnica de proyectos de acuerdo al objeto del presente contrato. | Desarrolle informe de actividades del mes de Enero 2020. | Informe de actividades |
| 18 | Las demás que se hagan necesarias para el cabal cumplimiento del objeto contracactual. | Disponibilidad a reuniones de grupo citadas por Skype | Evidencia asistencia a reuniones virtuales |

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 y los desplazamientos realizados, fotocopia de la planilla-recibo de pago de aportes a salud, pensiones y ARL, **1027629211** expedido por SIMPLE al mes de Enero del año 2020.

Evidencias en (20) folios

Cordialmente,

**Firma**
**Maria Camila Ovalle Ospina**
**Contratista**
**C.C. No. 1019034166**

Recibí a satisfacción:

**Firma**
**Javier Díaz Díaz**
**Supervisor(a) Contrato 1309134 de 2020**
**Coordinador de formación**

Simple

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2020-02-17, 02:41:55 PM **Tipo Planilla:** I. PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1027629211

**Periodo Cotización:** enero de 2020 **Periodo Servicio:** enero de 2020

**PAGADO 17/02/2020**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | MARIA CAMILA OVALLE OSPINA | | |
| **Documento** | CC1019034166 | **Dirección** | CRA28 # 42-66 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 4638163 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BUCARAMANGA | **Departamento** | SANTANDER |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | POSITIVA DE SEGUROS |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradores | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradores | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradores | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 1019034166 | MARIA CAMILA OVALLE OSPINA | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (230301) PORVENIR | $ 877.803 | $ 140.500 | (EPS005) EPS SANITAS | $ 877.803 | $ 109.800 | 0.522 | $ 877.803 | $ 4.600 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 254.900 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 877.803 | $ 877.803 | $ 877.803 | $ 0 | $ 140.500 | $ 109.800 | $ 4.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 254.900 | $ 0 | $ 254.900 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Hoja Principal

001

2. Concepto: 13 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14547730551

(415)7707212489984(8020) 000001454773055 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1019034166 | 0 | 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 | 1019034166 | 2007 06 26 |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 169 | Bogotá D.C. 11 | Bogotá, D.C. 001 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| OVALLE | OSPINA | MARIA | CAMILA |

35. Razón social:

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| BOUTIQUE DE DISEÑO - MCOO | |

## UBICACION

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 169 | Santander 68 | Bucaramanga 001 |

41. Dirección principal: CR 28 42 66 ED AMBROXIA AP 1007

| 42. Correo electrónico | 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|---|
| camilaovalle56@gmail.com | | 3212364152 | |

## 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 |
| 4772 | 2018 02 12 | 4791 | 2018 02 12 | 8553 | 7490 | | 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 | 49 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

### Obligados aduaneros

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

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo |
|---|---|
| | |

| Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| 57. Modo | | | |
| 58. CPC | | | |

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2019 05 29

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 AUTOMATICA
985. Cargo:

Fecha generación documento PDF: 08 02 2020 10:15:24 AM

I.P.S OSTS S.A.S
SALUD OCUPACIONAL
Dr. Oscar Javier Carrero Lara
NIT 901001972-7
Carrera 35 No. 52-113 piso 1 Cabecera, Bucaramanga - Santander
Cel. 313 446 2124 - 314 446 0324
Email: ocupacionalpreventiva@gmail.com



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 26.592

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN | | | | TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 23 DIA | 01 MES | 2020 AÑO | BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad | EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR |

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

| PARTICULARES | PARTICULARES |
|---|---|
| Nombre de la empresa | Empresa en misión |

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

| OVALLE OSPINA MARIA CAMILA | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| | FEMENINO | 30 AÑOS 7 MESES 21 DIAS | CC | 1019034166 |
| Apellidos y Nombres | | | Tipo | Número |

Cargo
**PUBLICISTA DISEÑADORA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**SIN LIMITACIONES O RESTRICCIONES PARA EL CARGO**

Observaciones: *NO APLICA*

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

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| NINGUNA | | |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL | ✓ | PERFIL LIPIDICO | ✓ |
| AUDIOMETRÍA | ✓ | GLICEMIA | ✓ |
| OPTOMETRÍA | ✓ | EKG | ✓ |
| PRUEBA PSICOTECNICA | ✓ | | |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| | | |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

CONTROL OCUPACIONAL PERIÓDICO, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, CUMPLIR CON LAS NORMAS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE ACUERDO A LOS PLANES ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA, DIETA BAJA EN GRASAS Y AZUCARES, EJERCICIO REGULAR 3 VECES POR SEMANA, SEGUIR ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

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

| Médico | | Aspirante o Trabajador |
|---|---|---|
| Firma: | Código de Seguridad | Firma: |
| Nombre: CAMELO ORTIZ PAOLA ANDREA | | Nombre: OVALLE OSPINA MARIA CAMILA |
| R. M.: 12072 L.S.O.: 013899 | J12P1V26592 | CC: 1019034166 |

# OSCAR JAVIER CARRERO LARA
Médico especialista en salud ocupacional
RM 1393 S.S.S. LIC S.O. 012117
NIT: 91232319-0
Cel. 313 4462 124 Email: ocupacionalpreventiva@gmail.com
Carrera 35A No. 52-104 Bucaramanga - Colombia

OSTS




## AUDIOMETRÍA

**DATOS PERSONALES** N°: 8433

Fecha: 24/01/2020 Ciudad: BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA)
Tipo Exámen: EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR
CC: 1019034166 Nombre: OVALLE OSPINA MARIA CAMILA Eps: SANITAS
Fecha Nacimiento: 03/06/1989 Empresa: PARTICULARES Edad: 30 AÑOS 7 M Genero: FEMENINO
Ocupacion: PUBLICISTA DISEÑADORA

**ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES**

| Empresa | Cargo | Tipo de Proteccion | Tolerancia | Años | Meses |
|---|---|---|---|---|---|
| CASA DE LA CULTURA FLORIDABLANCA | TALLERISTA | NINGUNA | NO APLICA | 0 | 0 |

**ANTECEDENTES AUDITIVOS**

| Enfermedad | Observación |
|---|---|
| ACÚFENOS | SI OCASIONAL |

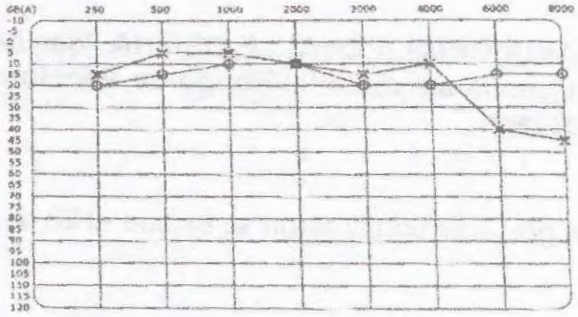
**EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL**

| Enfermedad | Observación |
|---|---|
| WALKMAN | SI DE VEZ EN CUANDO |

**CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA**

Descanso auditivo(Horas): 8 Hora(s) Realizó re test: NO Uso Cabina Sonoamortiguada: SI
Marca y Referencia audiometró utilizado: MAICO MA 25 F. Ultima Calibración: 2019-08-30

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




**OTOSCOPIA**

Oido derecho: NORMAL
Oido Izquierdo: CAE EDEMATIZADO

| dB(A) | 250 | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 | 8000 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VAOD | 20 | 15 | 10 | 10 | 20 | 20 | 15 | 15 |
| VAOI | 15 | 5 | 5 | 10 | 15 | 10 | 40 | 45 |

**SEVERIDAD - CAOHC**

Oido derecho: Normal(0 - 25 dB) Oido izquierdo: Leve(25 - 40 dB)

**DIAGNOSTICO**

EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION

| RECOMENDACION | OBSERVACION |
|---|---|
| CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO<br>CONTROL POR OTORINOLARINGOLOGÍA | SE RECOMIENDA A ORL PARA VALORACION - TTO POR POSIBLE RESTRICCIO |

**Observaciones**

PRESENTA EN OÍDO DERECHO SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFÉRICA NORMAL, OÍDO IZQUIERDO DESCENSO AUDITIVO EN FRECUENCIA AGUDA 6 HZ - 8 HZ. EXÁMENES DE CONTROL AUDITIVOS EN 1 AÑO.

**FONOAUDIÓLOGO**

Firma:

Nombre: PRIETO MEZA NELCY TERESA

R. M.: 14105 L.S.O.: 14052/2012

**TRABAJADOR**

Firma:

Nombre: OVALLE OSPINA MARIA CAMILA

CC 1019034166




Impreso el 24/01/2020 a las 08:01 a.m.
Software para el sector salud - www.biofile.com.c
Scanned with CamScanner

porvenir
sólo hay uno

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.**
En su condición de administradora del
**FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**
NIT 800.144.331-3

**CERTIFICA QUE:**

**MARIA CAMILA OVALLE OSPINA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.019.034.166**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 23 de Enero del 2020.

Cordialmente,

Vicepresidente de Clientes y Operaciones

***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.*

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CE-006 - 0000000100 – 2020

# CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a EPS Sanitas S.A.:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 1019034166 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Ovalle Ospina,Maria Camila |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| TIPO DE TRABAJADOR | Independiente |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN | 08/01/2015 |
| ESTADO DE AFILIACIÓN | Vigente |
| ESTADO DE SERVICIO | Habilitado |
| REGIMEN | Contributivo |

La presente se expide a nombre de Ovalle Ospina,Maria Camila, a los 23 días del mes de enero del año 2020.

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

Yisseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

Carrera 34 No. 51 - 55
B. Cabecera del Llano
Tel. 6960098
bacteriologiacid@gmail.com

Centro Integral de Diagnóstico Clínico

# LABORATORIO CLÍNICO
# REPORTE DE QUÍMICA CLÍNICA

Nombre Paciente : MARIA CAMILA OVALLE OSPINA # Mtra : 0004

Edad : 30Años Sexo : Femenino Cód. Lab. : 1019034166

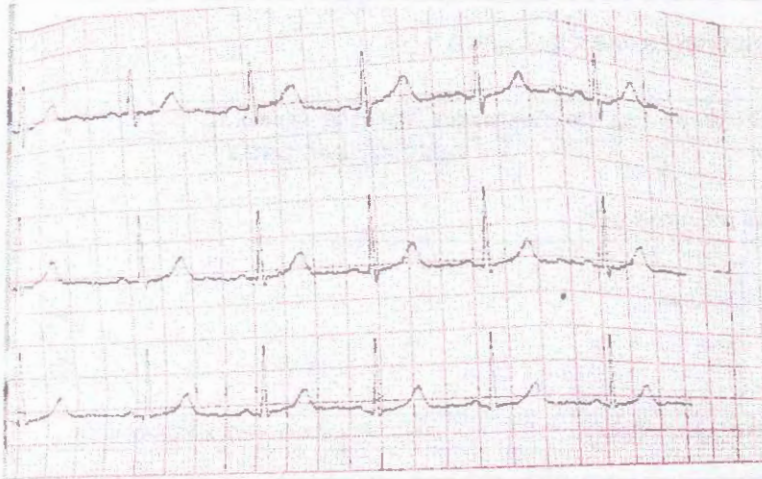
EPS : OSTS Fecha de Proceso : 2020-01-24

| Exámen | Resultado | Unidades | Valor de referencia | Alertas |
|---|---|---|---|---|
| Colesterol HDL | 59.5 | mg/dL | 55.0-85.0 | |

Observaciones :

DR. JUAN CAMILO HERRERA CARDENAS
Bacteriólogo y Lab. Clínico - UDES
C.C.: 1.098.628.436 de Bucaramanga
T.P.: 22888/2013

Hora y Fecha de Impresión : 2020-01-24 10:03:53



| | | |
|---|---|---|
| ID | :200123-1026 | 1040341666 |
| Nomb | : Maria Camila Ovalle | |
| Edad | : 30 A | |
| Sexo | : Femeni | |
| PA | : mmHg | |
| Altura | : 170 cm | |
| Peso | : 63 kg | |

| | | |
|---|---|---|
| FC | : 77 bpm | |
| Dur P | : 97 ms | |
| Int PR | : 136 ms | |
| Dur QRS | : 84 ms | |
| Int QT/QTC | : 370/419 ms | |
| Eje P/QRS/T | : 65/50/40 ° | |
| Amp RV5/SV1 | : 1.170/0.692 mV | |
| Amp RV5+SV1 | : 1.862 mV | |
| Amp RV6/SV2 | : 0.709/0.992 mV | |

80 BP-EDAN SE-3 A/B-S

Código Minnesota:

Información de Diagnosis:
800: Ritmo del sino
***ECG Normal***

Diana M. Henrique Baez
Auxiliar de enfermeria
RESOLUCIÓN No. 00523 1995

Reporte confirmado por:D

Scanned with CamScanner

I.P.S OSTS S.A.S
SALUD OCUPACIONAL
Dr. Oscar Javier Carrero Lara
NIT 901001972-7
Carrera 35 No. 52-113 piso 1 Cabecera, Bucaramanga - Santander
Cel. 313 446 2124 - 314 446 0324
Email. ocupacionalpreventiva@gmail.com



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 26.592

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 23 DÍA | 01 MES | 2020 AÑO | BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad | EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR |

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

| PARTICULARES | PARTICULARES |
|---|---|
| Nombre de la empresa | Empresa en misión |

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

| OVALLE OSPINA MARIA CAMILA | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| | FEMENINO | 30 AÑOS 7 MESES 21 DÍAS | CC | 1019034166 |
| Apellidos y Nombres | | | Tipo | Número |

Cargo
**PUBLICISTA DISEÑADORA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**SIN LIMITACIONES O RESTRICCIONES PARA EL CARGO**

Observaciones: *NO APLICA*

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

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| NINGUNA | | |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL | ✓ | PERFIL LIPIDICO | ✓ |
| AUDIOMETRIA | ✓ | GLICEMIA | ✓ |
| OPTOMETRIA | ✓ | EKG | ✓ |
| PRUEBA PSICOTECNICA | ✓ | ---------- | |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| | | |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

CONTROL OCUPACIONAL PERIÓDICO, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, CUMPLIR CON LAS NORMAS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE ACUERDO A LOS PLANES ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA, DIETA BAJA EN GRASAS Y AZUCARES, EJERCICIO REGULAR 3 VECES POR SEMANA, SEGUIR ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

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**

Firma:

Nombre: CAMELO ORTIZ PAOLA ANDREA

R. M.: 12072 **L.S.O.:** 013899

Código de Seguridad
J12P1V26592

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: OVALLE OSPINA MARIA CAMILA

CC: 1019034166

Carrera 34 No. 51 – 55
B. Cabecera del Llano
Tel. 6960098
bacteriologiacid@gmail.com

Centro Integral de Diagnostico Clinico

# LABORATORIO CLÍNICO
# REPORTE DE QUÍMICA CLÍNICA

Nombre Paciente : MARIA CAMILA OVALLE OSPINA # Mtra : 0003

Edad : 30Años Sexo : Femenino Cód. Lab. : 1019034166

EPS : OSTS Fecha de Proceso : 2020-01-24

| Exámen | Resultado | Unidades | Valor de referencia | Alertas |
|---|---|---|---|---|
| Glicemia Basal | 72 | mg/dL | 70-105 | |
| Colesterol Total | 181 | mg/dL | 0-200 | |
| Colesterol VLDL | 14.4 | mg/dl | 0.0-30.0 | |
| Triglicéridos | 72 | mg/dL | 0-150 | |

Observaciones :



DR. JUAN CAMILO HERRERA CARDENAS
Bacteriólogo y Lab. Clínico - UDES
C.C.: 1.098.628.436 de Bucaramanga
T.P.: 22888/2013

Hora y Fecha de Impresión : 2020-01-24 10:01:58

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACIÓN CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2019-12-11 03:11:49 PM Tipo Planilla: I PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 10297967 19

Periodo Cotización: diciembre de 2019 Periodo Servicio: diciembre de 2019

**PAGADO 11/12/2019**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Razón Social | MARIA CAMILA OVALLE OSPINA | | |
| Documento | CC1019034166 | Dirección | CRA26 # 42-66 |
| Tipo de Empresa | INDEPENDIENTE | Teléfono | 4038163 |
| Tipo Persona | NATURAL | Forma Presentación | UNICO |
| Ciudad | BUCARAMANGA | Departamento | SANTANDER |
| Representante Legal | | Identificación | |
| Total Afiliados | 1 | ARP | ARL SURA |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Días Cotizados | Salario Cotizado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días Pensión | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MIN EDUCACION | | | |
| CC1019034166 | MARIA CAMILA OVALLE OSPINA | 30 | 30 | | | | | | | | | | | | | | | | 30 | $ 1.134.400 | $ 136.000 | ADP SALUD TOTAL SA EPS | $ 1.134.400 | $ 102.000 | 0.522 | $ 1.134.400 | $ 5.900 | POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | | | | $ 243.900 |

## III. TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Caja | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Caja | Aportes SENA | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes MIN EDUCACION | Sostenibilidad, Licencias, Saldos a Favor SPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 800.000 | $ 543.000 | $ 543.000 | $ 0 | $ 136.000 | $ 102.000 | $ 4.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 243.900 | $ 0 | $ 243.900 |



Líneas de Servicio Pago SIMPLE: Bogotá 243 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 642 80 00 - Cartagena: 654 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Un compromiso de Todos

# Hace constar:

Que el Sr(a) MARIA CAMILA OVALLE OSPINA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1019034166 realizó el día 17/02/2020 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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

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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora MARIA CAMILA OVALLE OSPINA, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.019.034.166, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 27/01/2020 y fecha fin de contrato 27/12/2020 con riesgo 1.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato 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): 2020010126890.

Esta certificación se expide a los 17 días del mes de Febrero de 2020.

Cordialmente

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

# Certificado Bancario

Jueves, 23 de Enero de 2020

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que MARIA CAMILA OVALLE OSPINA identificado(a) con CC 1019034166, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | 04049616321 | 2015/10/15 | 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.

Paula Andrea Vélez Gómez

Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el momento de todos

Bancolombia

# SEGURO DE CUMPLIMIENTO A FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
## (GARANTÍA ÚNICA)

suramericana

| Ciudad y Fecha de Expedición | Póliza | | Documento |
|---|---|---|---|
| BUCARAMANGA, 27 DE ENERO DE 2020 | 2551175-1 | | 13089654 |
| **Intermediario** | **Código** | **Oficina** | **Referencia de Pago** |
| S.M.Z. SEGUROS LTDA | 1301 | 2450 | 01213089654 |

**TOMADOR**

| CEDULA | Razón Social y/o Nombres y Apellidos |
|---|---|
| 1019034166 | MARIA CAMILA OVALLE OSPINA |

| Dirección | Ciudad | Teléfono |
|---|---|---|
| CR 29 # 42 66 APTO 1007 - AMBROXIA CASA BOUTIQUE | BUCARAMANGA | 6111111 |

**GARANTIZADO**

| CEDULA | Nombres y Apellidos |
|---|---|
| 1019034166 | MARIA CAMILA OVALLE OSPINA |

**BENEFICIARIO Y/O ASEGURADO**

| NIT | Nombres y Apellidos |
|---|---|
| 8999990341 | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE |

**COBERTURAS DE LA PÓLIZA**

| COBERTURA | FECHA INICIAL | FECHA VENCIMIENTO | VALOR ASEGURADO | PRIMA |
|---|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 27-ENE-2020 | 25-ABR-2021 | 4.092.000,00 | 40.000,00 |

| VIGENCIA DEL SEGURO | | VIGENCIA DEL MOVIMIENTO | | | VLR. PRIMA SIN IVA | VLR. IMPUESTOS (IVA) | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Desde | Hasta | Días | Desde | Hasta | | | |
| 27-ENE-2020 | 25-ABR-2021 | 454 | 27-ENE-2020 | 25-ABR-2021 | $40.000 | $7.600 | $47.600 |

VALOR A PAGAR EN LETRAS
CUARENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS PESOS M/L

| Documento de: | Valor Asegurado Movimiento | Prima Anual | Total Valor Asegurado |
|---|---|---|---|
| POLIZA NUEVA | $4.092.000 | $12.276 | $4.092.000,00 |

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. FAVOR NO EFECTUAR RETENCIÓN SOBRE EL IVA
LAS PRIMAS DE SEGUROS NO ESTÁN SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE DECRETO REGLAMENTARIO 2509/85 ART. 17. AUTORRETENEDORES RESOLUCIÓN N° 009961

102 - NEGOCIOS CORPORATIVOS

| RAMO | PRODUCTO | OFICINA | USUARIO | OPERACIÓN | MONEDA | COASEGURO | NÚMERO PÓLIZA LÍDER | DOCUMENTO COMPAÑIA LÍDER |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 012 | NDX | 2450 | CUM001 | 01 | PESO COLOMBIANO | DIRECTO | | |

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA TOMADOR

**PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS**

| CÓDIGO | NOMBRE DEL PRODUCTOR | COMPAÑIA | CATEGORÍA | %PARTICIPACIÓN | PRIMA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1301 | S.M.Z. SEGUROS LTDA | SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. | AGENCIAS | 100,00 | 40.000 |

| DESCRIPCIÓN | Fecha a partir de la cual se utiliza | Tipo y número de la entidad | Tipo de documento | Ramo al cual accede | Identificación interna de la proforma |
|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO CLAUSULADO | 01/01/2017 | 13 - 18 | P | 05 | F-01-12-084 |
| CÓDIGO NOTA TÉCNICA | 25/04/2017 | 13 - 18 | NT-P | 5 | N-01-012-011 |

**TEXTOS Y ACLARACIONES ANEXAS**

Proceso de selección: Prestacion de servicios
SE GARANTIZA EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS # CO1.PCONTR.1309556 CUYO OBJETO ES PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO DISEÑADOR WEB PARA LA CONSTRUCCIÓN DE DOCUMENTOS DE HIPERTEXTO DISEÑO DE INTERFACES PARA CONTENIDOS WEB CREACIÓN DE PIEZAS GRÁFICASY MATERIAL DE APOYO MULTIMEDIA QUE SE REQUIERAN EN LA IMPLEMENTACIÓN DE RECURSOS EDUCATIVOS DIGITALES DE LOS PROGRAMAS EN LAS DIFERENTES MODALIDADES DE FORMACIÓN DE ACUERDO CON EL MODELO PEDAGÓGICO DEL SENA LOS LINEAMIENTOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL Y DE CALIDAD Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE; Y DEMÁS GARANTÍAS.

Scanned with CamScanner

SEGUROS

sura

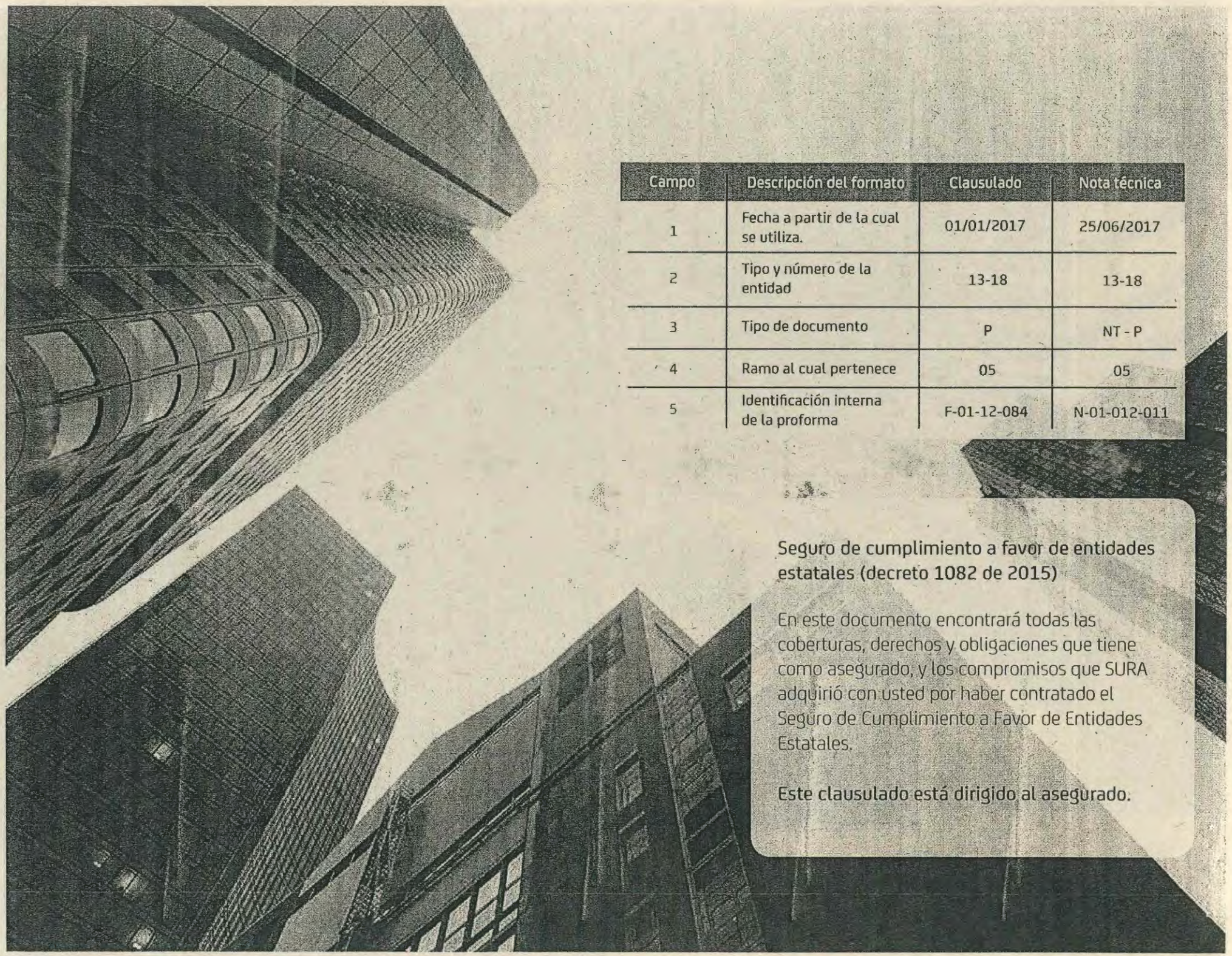
# Seguro de cumplimiento a favor de entidades estatales




01 800 051 8888
Bogotá, Cali y Medellín 437 8888
Desde tu celular #888

segurossura.com.co

VIGILADO SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.



| Campo | Descripción del formato | Clausulado | Nota técnica |
|---|---|---|---|
| 1 | Fecha a partir de la cual se utiliza. | 01/01/2017 | 25/06/2017 |
| 2 | Tipo y número de la entidad | 13-18 | 13-18 |
| 3 | Tipo de documento | P | NT - P |
| 4 | Ramo al cual pertenece | 05 | 05 |
| 5 | Identificación interna de la proforma | F-01-12-084 | N-01-012-011 |

## Seguro de cumplimiento a favor de entidades estatales (decreto 1082 de 2015)

En este documento encontrará todas las coberturas, derechos y obligaciones que tiene como asegurado, y los compromisos que SURA adquirió con usted por haber contratado el Seguro de Cumplimiento a Favor de Entidades Estatales.

**Este clausulado está dirigido al asegurado.**



# Contenido


## Sección I. Coberturas

1. Seriedad de la oferta
2. Buen manejo y correcta inversión del anticipo
3. Cumplimiento del contrato
4. Devolución de pago anticipado
5. Pago de salarios, prestaciones sociales e indemnizaciones laborales
6. Estabilidad y calidad de la obra
7. Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados
8. Calidad del servicio

## Sección II. Exclusiones

## Sección III. Otras condiciones

1. Indepencia de los amparos
2. Suma asegurada
3. Vigencia
4. Efectividad de la garantía
5. Indivisibilidad de la garantía
6. Cesión de la póliza
7. Cesión del contrato garantizado
8. Terminación por agravación del estado del riesgo
9. Pago de prima e irrevocabilidad
10. Pago del siniestro
11. Coexistencia de seguros
12. Compensación
13. Subrogación
14. Intervención en procesos de reorganización y/o liquidación
15. Certificados o anexos de modificación
16. Vigilancia e inspección
17. Notificaciones y recursos
18. Naturaleza del seguro
19. Cláusulas incompatibles
20. Solución de conflictos
21. Domicilio
22. Coaseguro
23. Devolución de primas

## SECCIÓN I - COBERTURAS

SURA le pagará las coberturas descritas en la carátula hasta por el monto asegurado, teniendo en cuenta que el contrato de seguro es indemnizatorio según el artículo 1088 del Código de Comercio. La indemnización podrá comprender el daño emergente y el lucro cesante, pero este último requiere de acuerdo expreso en las condiciones particulares para ser cubierto. Este seguro le cubre los perjuicios directos ocasionados por incumplimientos imputables al contratista-garantizado.

### 1. Seriedad de la oferta

Cubre a la entidad estatal de la sanción derivada del incumplimiento de la oferta, en los siguientes eventos:

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.
1.2 El retiro de la oferta después de vencido el plazo fijado para la presentación de las oferta
1.3 La no suscripción del contrato sin justa causa por parte del adjudicatario.
1.4 La falta de otorgamiento por parte del proponente seleccionado de la garantía de cumplimiento del contrato.

### 2. Buen manejo y correcta inversión del anticipo

Cubre a la entidad estatal de los perjuicios derivados de:

2.1 La no inversión del anticipo.
2.2 El uso indebido del anticipo.
2.3 La apropiación indebida de los recursos recibidos en calidad de anticipo.

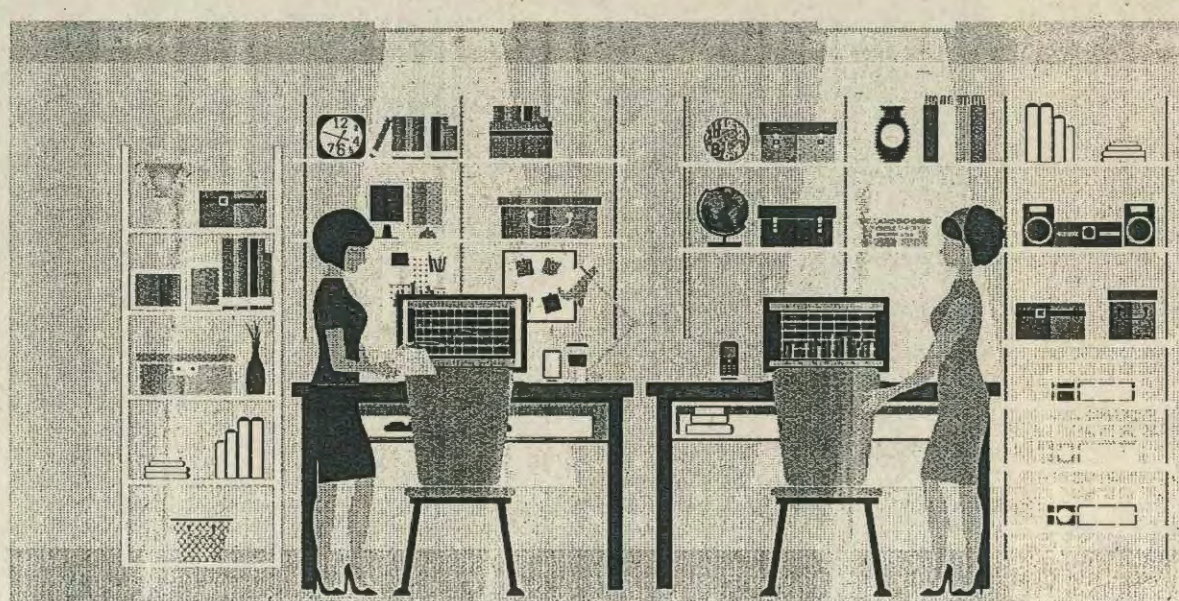
### 3. Cumplimiento del contrato

Cubre a la entidad estatal de los perjuicios derivados de:

3.1 El incumplimiento total o parcial del contrato, cuando el incumplimiento es imputable al contratista-garantizado.
3.2 El cumplimiento tardío o defectuoso del contrato, cuando el incumplimiento es imputable al contratista-garantizado.
3.3 Los daños imputables al contratista por entregas parciales de la obra, cuando el contrato no prevé entregas parciales.
3.4 El pago del valor de las multas y de la cláusula penal pecuniaria.

### 4. Devolución de pago anticipado

Cubre a la entidad estatal de los perjuicios derivados de la no devolución total o parcial del dinero entregado al contratista-garantizado a título de pago anticipado, cuando a ello hubiere lugar.





5. **Pago de salarios, prestaciones sociales e indemnizaciones laborales**

Cubre a la entidad estatal de los perjuicios derivados del incumplimiento de las obligaciones laborales del contratista-garantizado en virtud de la contratación del personal utilizado en el territorio nacional para la ejecución del contrato amparado.

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 colombiano.

6. **Estabilidad y calidad de la obra**

Cubre a la entidad estatal de los perjuicios derivados por cualquier tipo de daño o deterioro, imputable al contratista-garantizado, sufrido por la obra entregada a satisfacción.

7. **Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados**

Cubre a la entidad estatal de los perjuicios derivados del incumplimiento en las condiciones de calidad y correcto funcionamiento de los bienes que recibe la entidad estatal en cumplimiento de un contrato.

8. **Calidad del servicio**

Cubre a la entidad estatal por los perjuicios derivados de la deficiente calidad del servicio prestado.

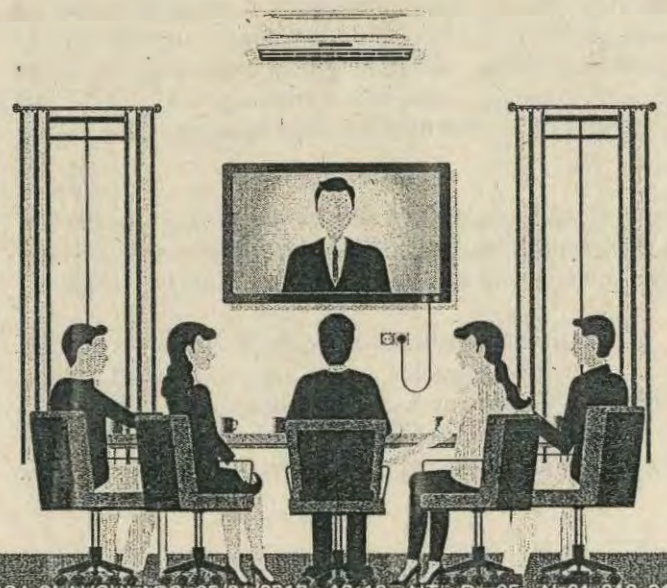




## SECCIÓN II - EXCLUSIONES

SURA no pagará los perjuicios causados directa o indirectamente por:

1. Causa extraña, esto es, la fuerza mayor o caso fortuito, el hecho de un tercero o la culpa exclusiva de la víctima.
2. Daños causados por el contratista garantizado a los bienes de la entidad estatal no destinados al contrato.
3. Uso indebido o inadecuado o falta de mantenimiento preventivo al que está obligada la entidad estatal.
4. El deterioro normal que sufran los bienes entregados con ocasión del contrato garantizado como consecuencia del transcurso del tiempo.



## SECCIÓN III – OTRAS CONDICIONES

### 1. Indepencia de los amparos

Las coberturas deben ser independientes unas de otras respecto de sus riesgos y de sus valores asegurados. La entidad estatal solamente puede reclamar o tomar el valor de una cobertura para cubrir o indemnizar el valor del amparo cubierto. Los amparos son excluyentes y no se pueden acumular.

### 2. Suma asegurada

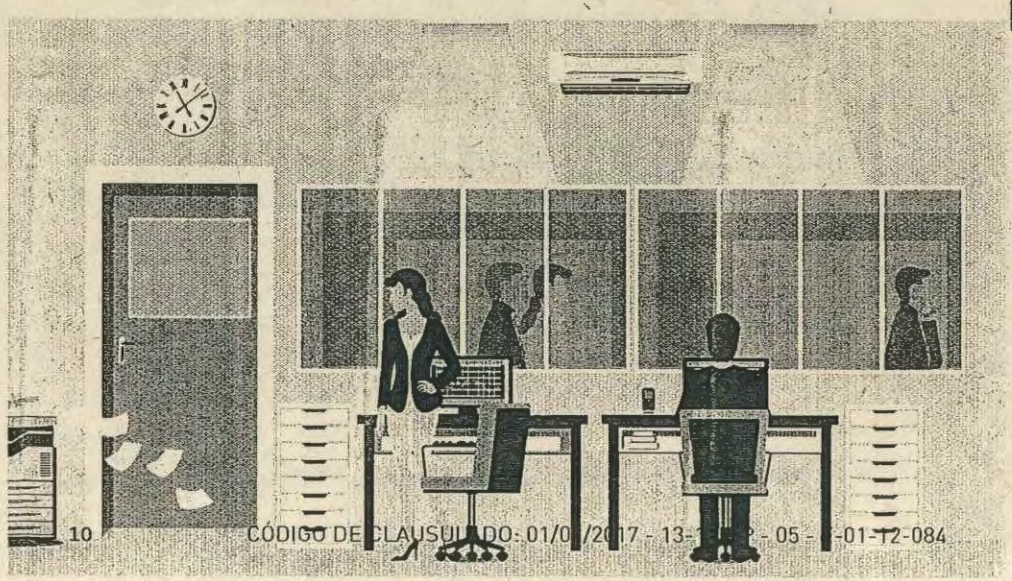
El valor asegurado para cada cobertura será la suma máxima que SURA pagará en caso de siniestro.

### 3. Vigencia

La duración de cada una de las coberturas, será la establecida en la carátula, en las condiciones particulares o en los anexos de este seguro.

### 4. Efectividad de la garantía

De acuerdo a los artículos 1077 y 1080 del Código de Comercio, usted deberá demostrar la ocurrencia del siniestro y acreditar el valor de la pérdida, respetando el derecho de audiencia del contratista-garantizado y de SURA de acuerdo a lo establecido en el artículo 86 de la Ley 1474 de 2011, así:





4.1 Por medio del acto administrativo en el cual la entidad estatal declare la caducidad del contrato y ordene el pago al contratista-garantizado y al garante, bien sea de la cláusula penal o de los perjuicios que ha cuantificado. El acto administrativo de caducidad constituye el siniestro.

4.2 Por medio del acto administrativo en el cual la entidad estatal impone multas, debe ordenar el pago al contratista-garantizado y al garante. El acto administrativo correspondiente constituye el siniestro.

4.3 Por medio del acto administrativo en el cual la entidad estatal declare el incumplimiento, puede hacer efectiva la cláusula penal, si está pactada en el contrato, y ordenar su pago al contratista-garantizado y al garante. El acto administrativo correspondiente es la reclamación para la compañía de seguros.

En cualquier caso, para determinar el monto del perjuicio a reclamar a SURA, usted deberá deducir del mismo cualquier suma que le adeude al contratista- garantizado.



### 5. Indivisibilidad de la garantía

Este seguro es indivisible. Sin embargo, de acuerdo a lo previsto en el Decreto 1082 de 2015, si el contrato garantizado tiene una duración mayor a cinco años, se cubren los riesgos de la etapa del contrato o período contractual indicado en la carátula, según lo señalado en las condiciones particulares de este seguro.

El seguro será independiente para cada etapa del contrato, para cada período contractual o para cada unidad funcional, según sea el caso.

La vigencia será igual a la de la respectiva etapa, período contractual o unidad funcional y el valor asegurado corresponde a las obligaciones del contratista que nacen y que son exigibles en cada una de las respectivas etapas, períodos contractuales o unidades funcionales.

Antes del vencimiento de cada etapa del contrato o cada período contractual, el contratista está obligado a prorrogar la vigencia del seguro o a obtener uno nuevo que cubra el cumplimiento de sus obligaciones para la etapa del contrato o el periodo contractual siguiente. Ahora bien, si SURA decide no continuar garantizando la etapa del contrato o período contractual siguiente, le debe informar su decisión por escrito a la entidad estatal contratante asegurada seis meses antes del vencimiento del plazo de la garantía correspondiente.

Este aviso no afecta la garantía de la etapa contractual o período contractual en ejecución. Si SURA no da el aviso con la anticipación mencionada y el contratista no obtiene una nueva garantía, SURA quedará obligada a garantizar la etapa del contrato o el período contractual siguiente.

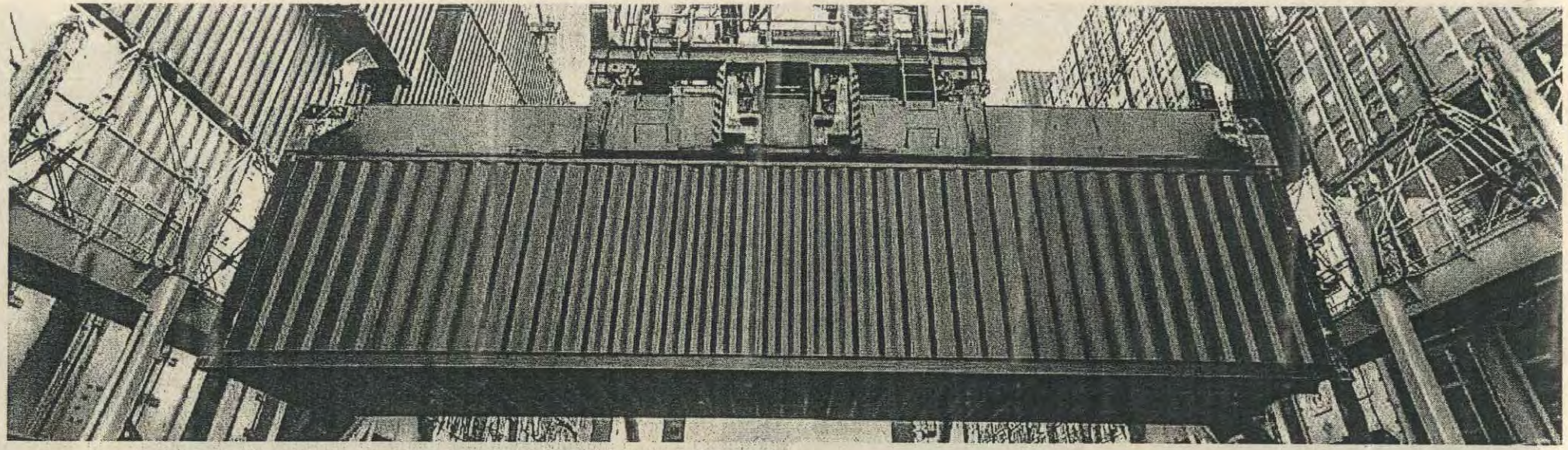
En consecuencia, en la medida en que SURA cumpla estrictamente con la obligación de informar por escrito a la entidad estatal contratante asegurada con seis meses de anticipación a la fecha de vencimiento de la garantía, sobre su decisión de no continuar garantizando la etapa siguiente del contrato, si el contratista garantizado incumpliere la obligación de prorrogar u obtener la póliza para dicha etapa, no se afectará por tal hecho la garantía vigente.

## 6. Cesión de la póliza

Este seguro no se puede ceder ni modificar al tomador, afianzado, beneficiario o asegurado sin que SURA lo autorice.

En caso de no cumplirse lo anterior, el seguro terminará automáticamente y SURA solo pagará los daños causados por incumplimientos que se den antes de la fecha de cesión.





7. Cesión del contrato garantizado

El contrato garantizado no puede ser cedido sin la autorización escrita de SURA, de no ser así, este seguro terminará automáticamente desde la fecha de la cesión.

8. Terminación por agravación del estado del riesgo.

Este seguro se termina si se hacen cambios al objeto, las obligaciones, la vigencia o al valor del contrato garantizado, si estos no son informados a SURA 10 días después de realizados para evaluar el nuevo riesgo y determinar si se cubren o no dichas modificaciones.

9. Pago de prima e irrevocabilidad

El presente seg uro no termina por falta de pago de la prima ni podrá ser revocado unilateralmente.

10. Pago del siniestro

SURA pagará el valor del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha de recepción de la comunicación escrita presentada por usted, acompañada del acto administrativo ejecutoriado, según lo establecido en el numeral 4 de la presente Sección.

Según el artículo 1110 del Código de Comercio SURA podrá optar por cumplir su prestación mediante el pago de la indemnización o continuando la ejecución de la obligación garantizada.

Cuando existan saldos a favor del contratista-garantizado, usted aplicará la compensación de acuerdo con el numeral 11 de la presente Sección, disminuyendo el valor a indemnizar. Si no existen saldos a favor del contratista-garantizado, usted deberá certificarlo.

11. Coexistencia de seguros

Si al momento del siniestro existen otros seguros de cumplimiento con las mismas coberturas, la indemnización se divide entre los aseguradores, en proporción al monto asegurado por cada uno, sin superar la suma asegurada por SURA.

12. Compensación

Si la entidad estatal contratante asegurada al momento de tener conocimiento del incumplimiento o con posterioridad a este y anterior al pago de la indemnización, fuere deudora del contratista-garantizado por cualquier concepto, se aplicará la compensación y la indemnización se disminuirá en el monto de las acreencias, según la ley, de conformidad con lo señalado en los artículos 1714 y subsiguientes del Código Civil.

Igualmente, se disminuirá del valor de la indemnización, el valor correspondiente a los bienes que la entidad estatal contratante asegurada haya obtenido del contratista-garantizado, sea judicial o extrajudicialmente, en ejercicio de las acciones derivadas del contrato cuyo cumplimiento se garantiza por medio del presente seguro.

En los eventos en que existan saldos a favor del contrista-garantizado, la entidad estatal aplicará la compensación a que se refiere el numeral 11 de la presente Sección, estableciendo la disminución en el valor a indemnizar. En caso de no existir saldos a favor del contratista-garantizado, la entidad estatal expedirá constancia en dicho sentido.

## 13. Subrogación

En virtud del pago de la indemnización SURA se subroga, hasta concurrencia de su importe, en todos los derechos del asegurado contra el contratista-garantizado.

Si usted renuncia a sus derechos contra el contratista-garantizado pierde el derecho a la indemnización.

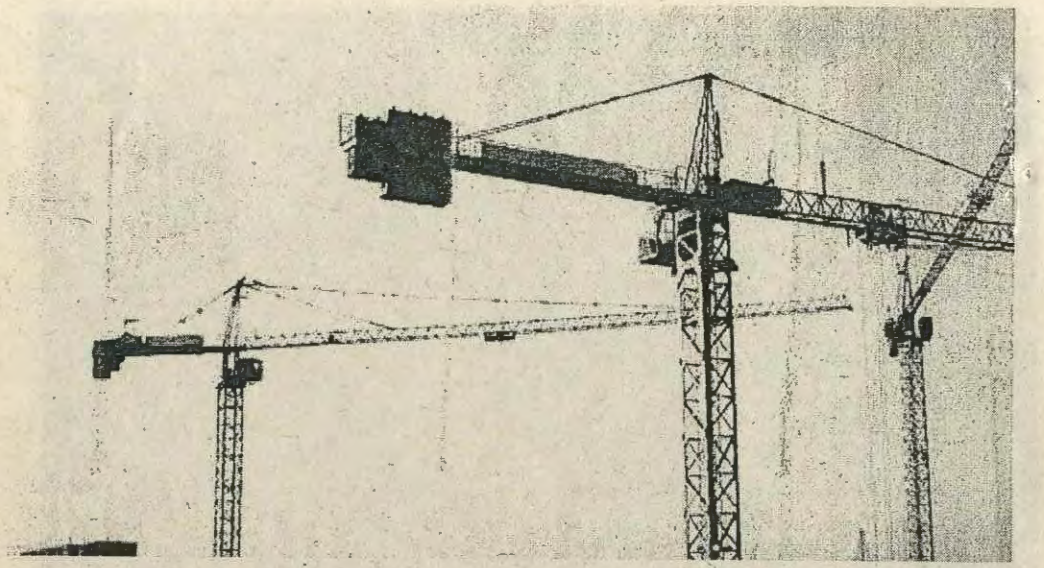
## 14. Intervención en procesos de reorganización y/o liquidación.

Cuando el contratista-garantizado solicite ser admitido admisión en alguno de los procesos de la Ley 1116 de 2006 y sus normas complementarias o sustitutivas, usted debe hacerse parte del mismo y notificar a SURA.

Si usted se abstiene de intervenir en el proceso oportunamente, SURA deducirá de la indemnización, el valor de los perjuicios que esto le cause.







## 15. Certificados o anexos de modificación

Cuando la suma asegurada sea aumentada o disminuida o cuando las condiciones del contrato original sean modificadas, SURA expedirá un certificado o anexo de modificación del seguro en caso de aceptar los cambios.

## 16. Vigilancia e inspección

SURA puede vigilar la ejecución del contrato garantizado e intervenir para facilitar el cumplimiento de la obligación garantizada. Así mismo, usted debe ejercer dicha vigilancia.

Cuando sea necesario, SURA puede revisar los libros y documentos del contratista-garantizado y del asegurado, que tengan relación con el contrato.

## 17. Notificaciones y recursos

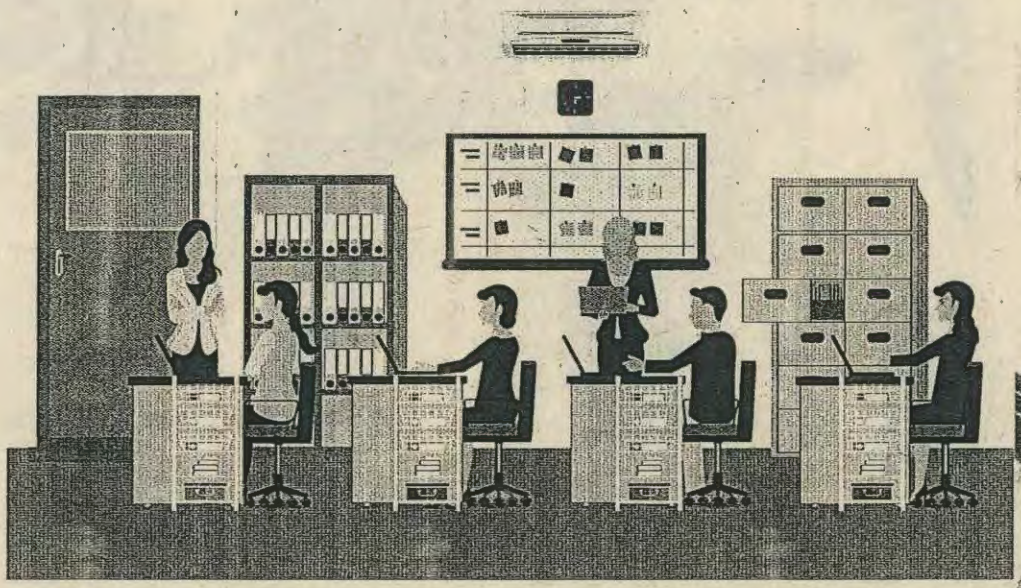
Usted debe notificar a SURA los actos administrativos expedidos con la finalidad de afectar el presente seguro, previo agotamiento del derecho de defensa del contratista-garantizado y de SURA.

## 18. Naturaleza del seguro

Este seguro no representa una obligación solidaria ni incondicional y su efectividad depende de la ocurrencia del siniestro y su cuantificación.

## 19. Cláusulas incompatibles

En caso de que no concuerden las condiciones de este seguro con las del contrato, predominan las primeras



20. Solución de conflictos.

Cualquier conflicto originado por la celebración o ejecución del contrato de seguro será resuelto por la justicia ordinaria.

Si después de haberse emitido este seguro, las partes del contrato garantizado celebran un compromiso, el mismo no obliga a SURA a menos que esta lo acepte expresamente y por escrito.

21. Domicilio

Para los efectos de este seguro, se acuerda como domicilio de las partes, la ciudad de Medellín-Colombia.

22. Coaseguro

Si existe coaseguro el valor de la indemnización se divide entre los aseguradores en proporción al valor de sus respectivos seguros, sin que exista solidaridad entre los mismos.

23. Devolución de primas

Cuando el valor asegurado se disminuya durante la ejecución del contrato garantizado o cuando sea retirada alguna cobertura, SURA devolverá al tomador de forma proporcional, la prima no devengada.



