SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)**
**REGIONAL ATLÁNTICO**
**CENTRO NACIONAL COLOMBO ALEMAN-ATLANTICO - SERVIOS PRESTADOS A LA FORMACIO**
**Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1**
**Resoluciòn DIAN Nº 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **8** |
| **Código Centro** | **920710** |
| **Fecha Elaboración** | **Enero de 2021** |
| **Versión** | **ENERO 2021 - 1,21** |
| **ID de Proceso** | **99985-658527** |
| **No. de documento** | **3628** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | ZAIRA JOHANA GONZALEZ ESPITIA | **C.C.** | 50.910.444 | **IP/Nº de contacto** | 52213 |
| **Correo electrónico contratista:** | zjgoes@misena.edu.co | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Régimen del IVA:** | NO RESPONSABLE | **Pertenece al régimen simple de tributación?** | NO | **Es declarante de renta?** | NO | **Es Pensionado?** | NO |
| **Sus ingresos en el 2020 Superaron $49'849.000** | NO | **Inducción SST** | SI | **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** | NO | | |
| **Banco al cual consignar:** | BANCOLOMBIA | **Tipo de cta** | AHORROS | **Nº Cuenta** | 55425933131 | | |
| **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 2021 supera los $ 119´806.000** | NO | | | | |

## DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº del contrato:** | 2176695/2021 | | | **Nº Compromiso SIIF** | **7721** | | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 36.466.480 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 36.466.480 | **1** | **Del** | **27/01/2021** | **Al** | **31/01/2021** | **$ 450.203,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 36.016.277 | | Comisiones | | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:**
(Descripciòn del servicio prestado)

REGISTRO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PERSONALES COMO INSTRUCTOR PARA EJECUCION DE EVENTOS DEPORTIVOS Y RECREATIVOS DEL CENTRO.

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 450.203 | 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** | **$ 450.203** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 151.157** | **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** | ---------- | **9415725867** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 908.526 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 113.600 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 145.400 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL III | $ 22.200 | $ 0 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064 | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800 | $ - | |
| 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 $ 1.161.856 | $ - | |
| Salud hasta $ 580.928 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 8.713.920 | $ 50.386 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 151.157,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 191.203,00 | |
| 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 | 1.912,00 | 1,000% |
| - | 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** | **$ 448.291,00** | |

**SON: CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Preparar las actividades de aprendizaje a desarrollar en las sesiones de formación.
Impartir formación profesional a los aprendices matriculados en el programa técnico en ejecución de programas deportivos y cursos comp
Envío de informe.
Realizar practicas de campo presencial a través de la alternancia en los escenarios deportivos del complejo calle 30

**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.

**ZAIRA JOHANA GONZALEZ ESPITIA**
**EL CONTRATISTA**

## CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

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

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

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

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

**ROBERTO MORALES HEILBRON**
**INSTRUCTOR G20**

**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**

**VICTOR FABIAN ARBELAEZ TORREJANO**
**PROFESIONAL G02**



# PAGO DE FACTURAS

PILA BP

NUM APROBACION: 23982210

NUM REFERENCIA: 000000094157225867

NUM IDENTIFICACION: 50910444

PERIODO: 2021-01

FECHA EFECTIVA: 2021-02-05

VALOR: 263,800

VIE 5 FEB 21 16:35:50

0186-0276513-245

782948-315875-646625-590260-42

CONSERVE ESTE TIQUETE ES EL

UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN

CASO DE RECLAMO LLAMAR A:

A SU OPERADOR

AGT 12586 CLR 1045675376

05124195-503537

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 50910444 | | GONZALEZ ESPITIA ZAIRA JOHANA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | carrera 9 g No 122 94 | BARRANQUILLA-ATLANTICO | 3245043 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2021-01 | 2021-01 | 9210362142968399 | 9415725867 | I | 2021/02/10 | 2021/02/08 | BANCO DE OCCIDENTE | 0 | $263,800 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $908,526 | $145,400 | | | $908,526 | $113,600 | | | $0 | $0 | | | $908,526 | $4,800 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $908,526 | $145,400 | | | $908,526 | $113,600 | | | $0 | $0 | | | $908,526 | $4,800 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO ( 1 Afiliados) | | | | | $908,526 | $145,400 | | | $908,526 | $113,600 | | | $0 | $0 | | | $908,526 | $4,800 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 50910444 | GONZALEZ ZAIRA | 230301 | 30 | $908,526 | $145,400 | EPS016 | 30 | $908,526 | $113,600 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $908,526 | $4,800 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | | $908,526 | $145,400 | | | $908,526 | $113,600 | | | $0 | $0 | | | $908,526 | $4,800 | | $0 | $0 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 50910444 | | GONZALEZ ESPITIA ZAIRA JOHANA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | carrera 9 g No 122 94 | BARRANQUILLA-ATLANTICO | 3245043 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2021-01 | 2021-01 | 9210362142968399 | 9415725867 | I | 2021/02/10 | 2021/02/08 | BANCO DE OCCIDENTE | 0 | $263,800 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $145,400 | $0 | $0 | $145,400 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $145,400 | $0 | $0 | $145,400 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $4,800 | $0 | $0 | $4,800 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $4,800 | $0 | $0 | $4,800 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $113,600 | $0 | $0 | $113,600 |
| COOMEVA | EPS016 | 805,000,427 | 1 | 1 | $113,600 | $0 | $0 | $113,600 |
| TOTAL | | | | 1 | $263,800 | $0 | $0 | $263,800 |

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14690051305

(415)7707212489984(8020) 000001469005130 5

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 5 0 9 1 0 4 4 4 | 3 | Impuestos de Barranquilla 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

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

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Córdoba 2 3 | Montería 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| GONZALEZ | ESPITIA | ZAIRA | JOHANA |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Atlántico 0 8 | Barranquilla 0 0 1 |

41. Dirección principal
K 9 G N 122 94

42. Correo electrónico zjgoes18@gmail.com

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

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 5 2 3 | 2 0 1 3 0 1 2 1 | 8 5 5 1 | 2 0 1 3 0 1 2 1 | | | | 2 3 1 1 | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código 2 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

20- Obtención NIT

### 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 2021 - 01 - 24 / 19 : 52: 44

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 GONZALEZ ESPITIA ZAIRA JOHANA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## Hace constar:

Que el Sr(a) ZAIRA JOHANA GONZALEZ ESPITIA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 50910444 realizó el día 05/02/2021 la Capacitación Módulo 2 - Riesgos en el puesto de trabajo y medidas de prevención de la entidad y aprobó la

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

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

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

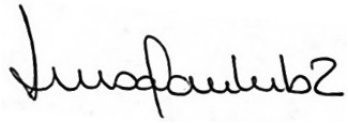
**CERTIFICA**

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que ZAIRA JOHANA GONZALEZ ESPITIA, con Cédula Ciudadanía No. 50910444 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 27/01/2021, para el contrato registrado con fecha desde 27/01/2021 y fecha hasta 20/12/2021, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 1.

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): 202101012172883.

Dada en Bogotá, a los 6 días del mes de febrero de 2021



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

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

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

| Ciudad de Expedición: | Sucursal: | Cod. Sucursal: | Nro. Póliza: | Anexo: |
|---|---|---|---|---|
| BARRANQUILLA | BARRANQUILLA | 85 | 85-46-101022253 | 0 |

| Fecha Expedición: | | | Vigencia Desde: | | | A las: | Vigencia Hasta: | | | A las: | Tipo Movimiento: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Día: | Mes: | Año: | Día: | Mes: | Año: | Horas: | Día: | Mes: | Año: | Horas: | |
| 27 | 01 | 2021 | 27 | 01 | 2021 | 00:00 | 20 | 04 | 2022 | 00:00 | EMISIÓN ORIGINAL |

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

| Nombre o Razón Social: | GONZALEZ ESPITIA ZAIRA JOHANA | | | Identificación: | 50910444 |
|---|---|---|---|---|---|
| Dirección: | BLOQUE 145 APTO 207 CIUDADELA | Ciudad: | BARRANQUILLA - ATLANTICO | Teléfono: | 3008820954 |

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

| Nombre o Razón Social: | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - CENTRO NACIONAL COLOMBO ALEMAN | | | Identificación: | 899999034-1 |
|---|---|---|---|---|---|
| Dirección: | CALLE 30 N 3E - 164 | Ciudad: | BARRANQUILLA - ATLANTICO | Teléfono: | 3740254 |

**OBJETO DEL SEGURO**

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:
EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.2176695 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL TITULADA Y COMPLEMENTARIA EN EJECUCIÓN DE EVENTOS DEPORTIVOS Y RECREATIVOS DE ACUERDO A LA PROGRAMACIÓN ESTABLECIDA POR EL CENTRO NACIONAL COLOMBO ALEMÁN.

**AMPAROS**

**RIESGO:** PRESTACION DE SERVICIOS

| AMPAROS: | Vigencia Desde: | Vigencia Hasta: | Suma Asegurada / Actual: |
|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 27/01/2021 | 20/04/2022 | $ 3,646,648.10 |

**OBSERVACIONES:**

| Valor Prima Neta: | Gastos Expedición: | IVA: | Total a Pagar: | Valor Asegurado Total: | Fecha Límite de Pago: |
|---|---|---|---|---|---|
| $ 20,000.00 | $ 8,000.00 | $ 5,320.00 | $ 33,320.00 | $ 3,646,648.10 | 27/01/2021 |

| INTERMEDIARIO | | | DISTRIBUCIÓN COASEGURO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nombre: | Clave: | % DE PARTICIPACIÓN: | Nombre Compañía: | % Participación: | Valor Asegurado: |
| GRACIELA JUDITH CABRERA DE BENEDETTI | 40862 | 100,00 | | | |

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

**Para efecto de notificaciones la dirección de Seguros del Estado S.A. es CARRERA 58 NO. 70-136 - Teléfono: 3681078 - BARRANQUILLA**

**FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas**

**FIRMA TOMADOR**

**Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdelestado.com**

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

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

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

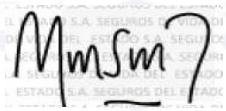
SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

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

Hacemos constar, que la póliza No. 85-46-101022253, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

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

Dado en BARRANQUILLA, a los 27 días del mes de Enero de 2021



**FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas**

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

## SEGUROS DEL ESTADO S.A.

**Hace constar que:** **RECIBO DE PAGO N°:** 85461010222530

| | |
|---|---|
| **FECHA** | |
| 27/01/2021 | |
| **RECIBIMOS DE:** | GONZALEZ ESPITIA ZAIRA JOHANA — C.C. 50910444 |
| **LA SUMA DE:** | TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE |
| **POR CONCEPTO DE:** | PAGO DE PÓLIZA NRO.: 85-46-101022253 |

| SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA | PRIMA | GASTOS EXPEDICION | IVA | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| BARRANQUILLA - CU. ESTATAL - 101022253 - 0 - 0 | $ 20,000.00 | $ 8,000.00 | $ 5,320.00 | $ 33,320.00 |

**FORMA DE PAGO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | **EFECTIVO:** | $ 33,320.00 |
| | | **CHEQUE:** | $ 0.00 |
| | | **TARJETA:** | $ 0.00 |
| | | **BD:** | $ 0.00 |
| **INTERMEDIARIO:** | GRACIELA JUDITH CABRERA DE BENEDETTI - 40862 | **OTROS:** | $ 0.00 |
| | | **TOTAL:** | $ 33,320.00 |
| | | **CAJERO: RAPIESTADO** | |

**ORIGINAL**

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

## SEGUROS DEL ESTADO S.A.

**Hace constar que:** **RECIBO DE PAGO N°:** 85461010222530

| | |
|---|---|
| **FECHA** | |
| 27/01/2021 | |
| **RECIBIMOS DE:** | GONZALEZ ESPITIA ZAIRA JOHANA — C.C. 50910444 |
| **LA SUMA DE:** | TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE |
| **POR CONCEPTO DE:** | PAGO DE PÓLIZA NRO.: 85-46-101022253 |

| SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA | PRIMA | GASTOS EXPEDICION | IVA | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| BARRANQUILLA - CU. ESTATAL - 101022253 - 0 - 0 | $ 20,000.00 | $ 8,000.00 | $ 5,320.00 | $ 33,320.00 |

**FORMA DE PAGO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | **EFECTIVO:** | $ 33,320.00 |
| | | **CHEQUE:** | $ 0.00 |
| | | **TARJETA:** | $ 0.00 |
| | | **BD:** | $ 0.00 |
| **INTERMEDIARIO:** | GRACIELA JUDITH CABRERA DE BENEDETTI - 40862 | **OTROS:** | $ 0.00 |
| | | **TOTAL:** | $ 33,320.00 |
| | | **CAJERO: RAPIESTADO** | |

**COPIA**

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

# PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.85-46-101022253

**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, LLEGAREA CAUSAR EL GARANTIZADO POR EL INCUMPLIMIENTO QUE, ATRIBUIBLE A SU ACCIÓNU OMISIÓN, PRODUJERE.

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

**1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.**

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

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

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

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

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

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

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

**1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO**

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

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

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

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

**2. EXCLUSIONES.**

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

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

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

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

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

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

**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 ACREDITAR LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA SI FUERE EL CASO.

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

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

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

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

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

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

**6. COMPENSACIÓN.**

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

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

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

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

**8. PLAZO PARA EL PAGO.**

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

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

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

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

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

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

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

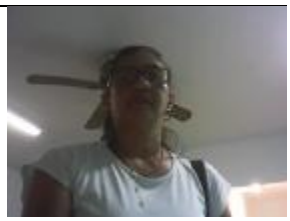
LA PRESENTE PÓLIZA NO EXPIRARÁ POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NI PODRÁ SER REVOCADA UNILATERALMENTE.

**12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES**

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

**13. COASEGURO**

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| SOMP ltda. Salud Ocupacional medica preventiva<br>Nit 900098006-1<br>CRA. 58 # 70-129 CONS. 309<br>3537447- | *CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL* | **FECHA Y CIUDAD DE REALIZACION DEL EXAMEN**<br>21 ENE 2020 |  |
| | PRO | **BARRANQUILLA** | |
| | Fecha 20 Enero 2018 | TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL (MARQUE CON UNA X) | |
| | Versión 5 | PRE-INGRESO ☐ PERIODICO ☒<br>OTROS ☐ | |

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

| SENA | INSTRUCTOR |
|---|---|
| NOMBRE DE LA EMPRESA | CARGO |

**DATOS DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE** (Documento identificacion C.C. cedula de ciudadania, C.E. cedula extranjeria, T.I. tarjeta identidad)

| GONZALEZ | ESPITIA | ZAIRA JOHANA | EDAD | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 44 | CC | 50910444 |
| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRES | AÑOS | TIPO | NUMERO |

**CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL : PUEDE LABORAR EN EL CARGO DE INSTRUCTOR**

**RESTRICCIONES** : NO

**RECOMENDACIONES : ESTILO DE VIDA SALUDABLE - EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO, USO DE LENTES MEDICADOS, CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA.**

| **Evitar estas condiciones o funciones** | | | | | | T | P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Levantamiento y tranporte manual de carga | ☐ | Posturas forzadas | ☐ | Ergonómico | ☐ | Físico | ☐ | | |
| Empuje de carga | ☐ | Subir o bajar escaleras más del 50% de la | ☐ | Mecánico | ☐ | Psicolaboral | ☐ | | |
| Movimientos repetitivos | ☐ | jornada | | Eléctrico | ☐ | Orden público | ☐ | | |
| Exposicion a vibración | ☐ | Otra | ☐ | Químico | ☐ | Biológico | ☐ | | |

**Otra Condición** (escribir letra imprenta clara):

| **Valorar por su EPS:** | | | | | | **Ingresar sistema vigilancia epidemiológica:** | | | | | | **Especificas:** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Otorrinolaringologia | ☐ | | | | | | | | | | | | |
| Neurocirugía | ☐ | Ortopedia | ☐ | | | SVE Osteomuscular | ☐ | SVE Conservación auditiva | ☐ | SVE Conservación visual | ☒ | Actividad física diaria | ☒ |
| Oftalmología | ☐ | Optometría | ☒ | | | SVE Prevención riesgo cardiovascular: | | | | | | Dieta Balanceada | ☒ |
| Cirugía | ☐ | Nutricionista | ☐ | | | Hipertensión arterial | ☐ | Diabetes ☐ | | Dislipidemia ☐ | | Sobrepeso y Obesidad ☐ | Estilo vida Saludable | ☒ |
| Medicina interna | ☐ | Dermatología | ☐ | | | SVE Conservación Respiratoria | | | | | | | Pausas Activas | ☒ |
| Medicina General | ☐ | | | | | | | | | | | | Uso EPP | ☒ |

Exámenes Realizados: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR INGRESO , AUDIOMETRIA, VISIOMETRIA, ELECTROCARDIOGRAMA , VALORACION MENTAL Y SOCIAL

Laboratorios Realizados: PERRFIL LIPIDICO

Sospecha de: Secuela accidente de trabajo SI __NO_X_ Enfermedad profesional SI__ NO_X_Enfermedad común agravada por el trabajoSI__NO_X_
Si al examen de egreso encuentra una presunta enfermedad profesional o secuela de eventos profesionales (no diagnosticados) ocurridos durante el tiempo en que la persona laboró en la empresa, el empleador elaborará y presentará el correspondiente reporte(furet) a las respectivas entidades (ARP-EPS).

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la resolución 2346 de 2007 y la resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicos que allí reposan son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para los fines legales pertinentes.

Ruben Vega V.
Ruben Vega Vega
Médico Especialista en Medicina del Trabajo
R.M 2115 CC19.146.647
Lic.SO 05029

FIRMA Y SELLO MEDICO ESP. SS.OO.
RM. 2115
Lic. SS.OO.: 05029

# LABORATORIO CLINICO NEWTON

NIT: 22.473.667-1

Fecha: 21/01/2020 17:28 SEDE: Principal 

**Paciente:** ZAIRA GONZALEZ ESPITIA **Recepción:** 21997 **Sala:** N/A
**Edad:** 44 A **Sexo:** F **Identificación:** 50910044 **Fecha rcp:** 21/01/2020 14:45:58
**Teléfonos:** **Médico :** No Asignado
**Empresa:** SALUD OCUPACIONAL - Somp Ocupacional

| | | Resultado | Valores de referencia |
|---|---|---|---|
| **Quimica** | | | |
| **1** | Colesterol total sérico | 155 mg/dl | 100 a 200 mg/dl |
| **2** | Colestrol H.D.L.<br>**Alto riesgo menor de 45 gr/dl** | 39.0 mg/dl | 45 a 65 mg/dl |
| **3** | Trigliceridos | 132 mg/dl | 35 a 135 mg/dl |

LABORATORIO CLINICO NEWTON

Bacteriologo

Carrera 58 No. 70 - 129 consultorios 307 Centro Médico Chicago
Teléfono: 360 10 98 Celular: 3007521439-3113034510
E-mail: laboratorionewton@gmail.com
Barranquilla - Colombia

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Apellido :** gonzalez espitia | **Nacido el:** 03 18 1975 | **Fecha:** 01 21 2020 - 10:47 AM | **Operador :** |
| **Nombre :** zaira johana | **Edad :** 44 Años | **Corrección :** Monofocales | **Comentario :** se recomiendan gafas con filtro |
| **ID :** 50910444 | **Sexo :** Mujer | **Examen con corrección :** Si | |

## Agudeza de lejos

20 ft

Fotópica alta

Dc Iz

20/85 20/70 20/50 20/40 20/30 20/25 20/20 20/15 20/10

## Agudeza intermedia

24 in

Fotópica alta

Dc Iz

20/85 20/70 20/50 20/40 20/30 20/25 20/20 20/15 20/10

## Agudeza de cerca

14 in

Fotópica alta

Dc Iz

20/85 20/70 20/50 20/40 20/30 20/25 20/20 20/15 20/10

## Hipermetropía

1δ

Fotópica alta

Dc Iz

20/85 20/70 20/50 20/40 20/30 20/25 20/20 20/15 20/10

## Baja visión Lejos

Fotópica alta

Dc Iz

20/85 20/70 20/50 20/40 20/30 20/25 20/20 20/15 20/10

## Contrastes Lejos

Fotópica alta

Dc Iz

20/40 20/30 20/25 20/20

30%

10%

## Relieves Lejos

○ Fallado

1600" 800" 400" 200" 100" 50"

## Forias Lejos

4 = Tendencia exoforia
5 = Ortoforia
6 = Tendencia endoforia
Otros = Tendencia hiperforia

1 2 3 4 5 6 7 8 9

○ Fallado ○ Fuera del cuadro

## Fusión Lejos

○ Fallado

## Colores Lejos

| | | 8 1 | 4 5 | 6 3 | 2 7 | 9 0 | 1 8 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ○ Fallado | Bino | ✓ ✓ | ✓ ✓ | ✓ ✓ | ✓ ✓ | ✓ ✓ | ✓ ✓ |
| ○ Fallado | Derecha | ✓ ✓ | ✓ ✓ | ✓ ✓ | ✓ ✓ | ✓ ✓ | ✓ ✓ |
| ○ Fallado | Izquierda | ✓ ✓ | ✓ ✓ | ✓ ✓ | ✓ ✓ | ✓ ✓ | ✓ ✓ |

## Amsler Lejos

Dc Iz

Fallado ○ Nítida ○ deformada ○

Fallado ○ Nítida ○ deformada ○

## Astigmatismo derecho Lejos

1 2 3 4 5 6 7

○ Fallado ○ Idéntico

## Astigmatismo izquierdo Lejos

1 2 3 4 5 6 7

Idéntico ✓ Fallado ○

## Campo periférico

Derecha Izquierda

○ Fallado

SOMP ltda.
Salud Ocupacional medico preventiva
Nit 900098006-1
CRA. 58 # 70-129 CONS. 309
3537447-3164537397-3167588503

# CONCEPTO AUDIOMETRÍA

PRO
Fecha Junio 2011
Versión 0

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACION DEL EXAMEN

| DD | MM | AÑO | CIUDAD |
|---|---|---|---|
| 01 | 04 | 2020 | Bquilla |

TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL (MARQUE CON UNA X)

PRE-INGRESO [X] PERIODICO [ ] RETIRO [ ]

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

| NOMBRE DE LA EMPRESA Y/O EMPRESA DE SUMINISTRO PERSONAL | CARGO |
|---|---|
| Seca | Inspector. |

DATOS DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE (Documento identificacion C.C. cedula de ciudadania, C.E. cedula extranjeria, T.I. tarjeta identidad)

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRES | EDAD AÑOS | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION TIPO | NUMERO |
|---|---|---|---|---|---|
| Gonzalez. | España. | Zaida. | 44 | CC | 50910491. |

HISTORIA OCUPACIONAL CON EXPOSICIÓN A RUIDO (En orden retrospectivo iniciando por ultimo cargo u/o Oficio)

| FECHA DE INGRESO | EMPRESA ANTERIOR | CARGO/OFICIO | TIEMPO AÑOS | TIEMPO MESES | EXPOSICIÓN A RUIDO SI | EXPOSICIÓN A RUIDO NO | USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION SI | USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Seca | Inspector | 14 | | X | | | X |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

ANTECEDENTES AUDITIVOS PERSONALES (Marque con una X en la casilla que corresponda)

| SINTOMAS | SI | NO | OÍDO D | OÍDO I | SINTOMAS | SI | NO | OIDO D | OIDO I |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Otalgia | | | | | Dificultad Para Entender en Medios Ruidosos | | | | |
| Secreción por oídos | | | | | Intervenciones Quirúrgicas | | | | |
| Otitis | | | | | Ototóxicos | | | | |
| Perdida súbita de la Audición | | | | | Otros | | | | |
| Vértigo o Pérdida del equilibrio | | | | | | | | | |

ACTIVIDAD EXTRA LABORAL CON EXPOSICIÓN A RUIDO (Marque con una X según corresponda)

| HABITOS | SI | NO | HABITOS | SI | NO | HABITOS | SI | NO | OTROS | SI | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Música con audífonos | | | Prestó servicio militar | | | Conduce motocicleta | | | | | |
| Música a alto volumen | | | Discotecas - Bares | | | Juega tejo | | | | | |
| Tiro al blanco | | | Manos Libres | | | Otros | | | | | |

CONDICIONES DE TOMA DE LA AUDIOMETRÍA (Marque y diligencie según corresponda)

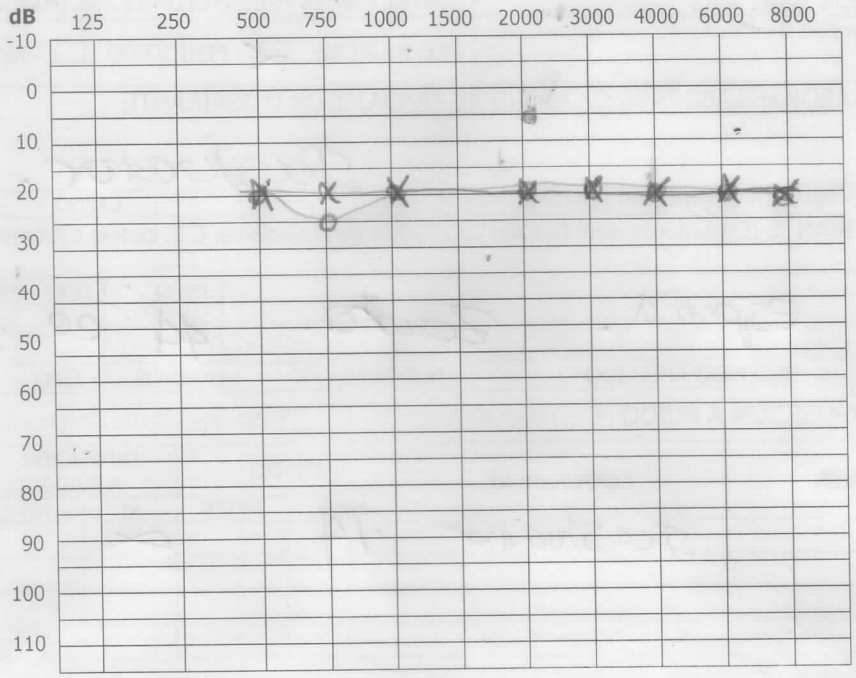
| Descanso Auditivo | Horas | Realizó Test | Si | NO | Usó cabina Sono amortiguada | SI | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |

| Modelo: GRASON STADLER GSI-17<br>Serial No. ARO82953 | Fecha de la Ultima Calibración | 10 | 07 | 2017 |
|---|---|---|---|---|

OTOSCOPIA (Registre los hallazgos)

OÍDO DERECHO:

OÍDO IZQUIERDO:




| Convenciones: | Oído Derecho | | Oído Izquierdo | |
|---|---|---|---|---|
| | Rojo en la Grafica | | Azul en la Gráfica | |
| | Sin E | Con E | Sin E | Con E |
| Conducción aérea | O | Δ | x | □ |
| Conducción ósea | < | [ | > | ] |
| Inaudible | ↓ | | ↓ | |

DIAGNÓSTICO AUDIOLÓGICO (Marque con una X según corresponda)

| LARSEN MODIFICADO | | Oído derecho | Oído Izquierdo | Bilateral |
|---|---|---|---|---|
| LARSEN | Audición Normal | | | ✓ |
| | Hipoacusia neurosensorial Grado I | | | |
| | Hipoacusia neurosensorial Grado II | | | |
| | Hipoacusia neurosensorial Grado III | | | |
| | Hipoacusia Conductiva | | | |
| | Hipoacusia Mixta | | | |

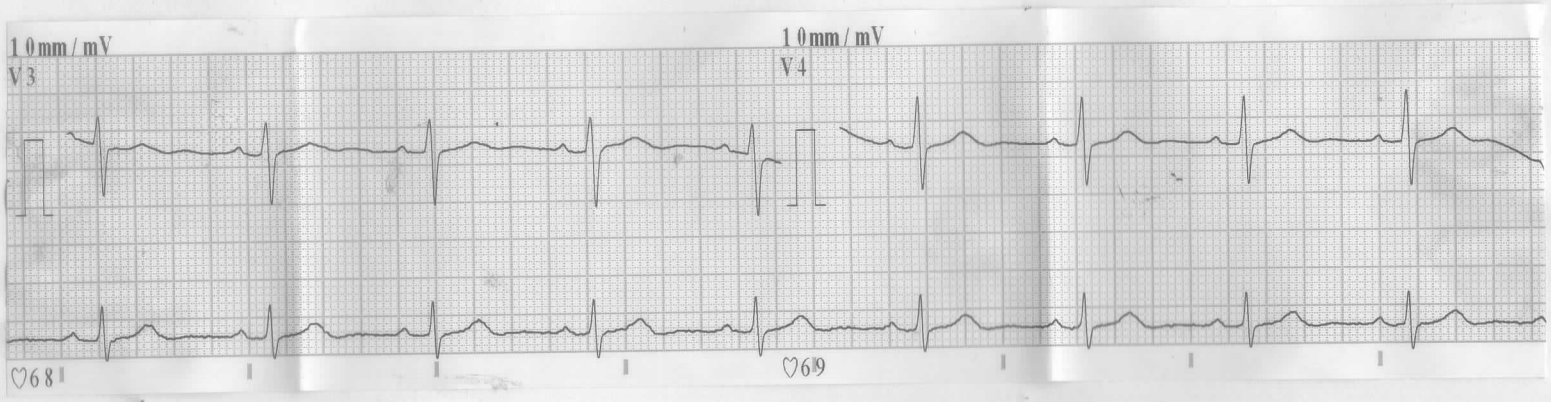
| ANSI | Oído Derecho | Oído Izquierdo |
|---|---|---|
| Normal (0-25 dB) | ✓ | ✓ |
| Leve (26-40 dB) | | |
| Moderada (41-55 dB) | | |
| Moderada severa (56-70 dB) | | |
| Severa (71-90 dB) | | |
| Profunda (>91 dB) | | |

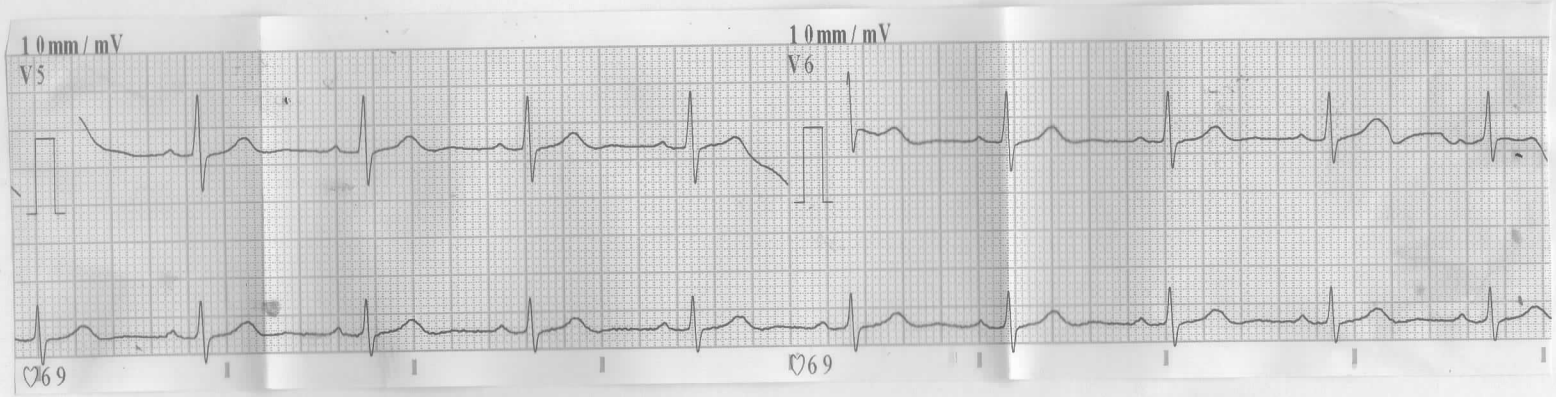
| RECOMENDACIONES (Marque con una X según corresponda) | | |
|---|---|---|
| Control auditivo en un año | | ✓ |
| Control Auditivo en 6 meses | | |
| Uso de protección auditiva | | |
| Control con Otorrinolaringólogo | | |

OBSERVACIONES (Describa clara y brevemente)

| Evaluado por: | | Interpretado Por: | | Aspirante o Trabajador | |
|---|---|---|---|---|---|
| Firma | | Firma | | Firma | Zaira Gonzalez C |
| Nombre | | Nombre | Renato Ojeda | Nombre | Zaira Gonzalez C |
| Registro No | | Registro No | 3120/2012 | C.C. | 50910444 |


2020-01-21-13:01
10mm/mV 25mm/s CAEMG
I
ID: ECG3027
NOMB: Gonzalez
SEXO: MASC
EDAD: ADUL
♡65
10mm/mV
II
♡65
10mm/mV
III
♡66
10mm/mV
aVR
♡67
10mm/mV
aVL
♡66
10mm/mV
aVF
♡66
10mm/mV
V1
♡66
10mm/mV
V2
♡68


10mm/mV
V3
10mm/mV
V4
♡68
♡69


10mm/mV
V5
10mm/mV
V6
♡69
♡69