

 <p>DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES) REGIONAL CALDAS CENTRO PARA LA FORMACIÓN CAFETERA-CALDAS</p> <p>Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1 Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)</p>	Código Regional	17
	Código Centro	911210
	Fecha Elaboración	Febrero de 2021
	Versión	ENERO 2021 - 1,21
	ID de Proceso	81783-233658
	No. de documento	20767

DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos contratista:	AURA MARIA RAMIREZ BETANCUR	C.C.	1.053.770.540
Correo electrónico contratista:	amramirez045@misena.edu.co	IP/N° de contacto	3148742438
Régimen del IVA:	☐ NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	☐ NO
	☐ Es declarante de renta?	☐ NO	☐ Es Pensionado?
Sus ingresos en el 2020 Superaron \$49'849.000	☐ NO	Inducción SST	☐ SI
	☐ Presta Servicios Excluidos de IVA ?	☐ SI	
Banco al cual consignar:	DAVIVIENDA	Tipo de cta	AHORROS
	N° Cuenta	84170013357	
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			
N° del contrato:	2251753/2021	N° Compromiso SIIF	3821
Valor Total del Contrato	\$ 39.780.000	N° Pago	1
Saldo Anterior del Contrato	\$ 39.780.000	Periodo objeto de pago	Del 11/02/2021 Al 28/02/2021
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 37.310.000	Comisiones	\$ 0,00
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)			
INSTRUCTOR: PRESTACIÓN SERVICIOS PERSONALES CARÁCTER TEMPORAL INSTRUCTOR, PERÍODO FIJO, EJECUCIÓN DE ACCIONES DE FORMACIÓN PROFESIONAL, PRESENCIALES O VIRTUALES PROGRAMA ARTICULACIÓN EDUCACIÓN MEDIA, AREA DE GESTION AMBIENTAL SECTORIAL Y URBANA.			

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 2.470.000	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 2.470.000	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 1.725.750	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
N° Planilla PILA, o, N° Radicación pago SS	Febrero	Enero	Valor Base retención en la fuente	1.725.750,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 592.800	\$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	2.301.000,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 74.100	\$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 94.900	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL III	\$ 14.500	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Reteica - 8299	8.514,00	0,370%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -			0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064	\$ -			0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.630.800	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta \$ 1.161.856	\$ -		Descuentos de Libranza	0,00	
Salud hasta \$ 580.928	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Renta Exenta 25% \$ 8.713.920	\$ 575.250		VALOR A PAGAR	\$ 2.461.486,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -				

SON: DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
<p>I.E SAN JOSE 11 ID 2059426 Asumir responsablemente los criterios de preservación y conservación del medio ambiente y de desarrollo s</p> <p>I.E LA IBERIA 11° ID 2059016 Organizar los recursos necesarios para la toma de muestras de acuerdo con los procedimientos de</p> <p>I.E SAN JOSE 10° ID 2271458 Identificar las oportunidades que el sena ofrece en el marco de la formación profesional de acuerdo con e</p> <p>DESARROLLO CURRICULAR / COD PROYECTO: 1338192</p> <p>I.E GENERAL RAMON MARIN 10° ID 2270231 Identificar las oportunidades que el sena ofrece en el marco de la formación profesional de ac</p> <p>I.E GENERAL RAMON MARIN 11° ID 2059040 Documentar la medición del impacto ambiental de acuerdo con los procedimientos establecido</p> <p>INDUCCION ARTICULACIÓN.</p>	

<p>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</p> <p>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.</p>	<p>AURA MARIA RAMIREZ BETANCUR EL CONTRATISTA</p>
---	---

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
<p>En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:</p> <p>1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;</p> <p>2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;</p> <p>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.</p>	<p>Autorizo el presente pago. El Supervisor,</p>
	<p>JOHN JAIRO DAVILA RINCON COORDINADOR ACADÉMICO</p>

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

CARLOS ALBERTO OSPINA RIVERA
SUBDIRECTOR DE CENTRO (E) G02



NIT - 805000427

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A COOMEVA EPS
(NO VÁLIDO PARA MOVILIDAD EN EL SGSSS,
USO DE SERVICIOS MÉDICOS NI PARA PAGO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS)

La afiliada AURA MARIA RAMIREZ BETANCUR identificada con CC-1053770540 está vinculada al Sistema General de Seguridad Social en Salud Régimen Contributivo por intermedio de COOMEVA EPS S.A en calidad de COTIZANTE SECUNDARIO CONYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE y su estado actual es ACTIVO.

Reiteramos nuestra entera disposición para colaborar frente a cualquier inquietud que pueda presentarse, en la línea gratuita: 01 8000 930 779.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado el día Febrero 09 de 2021.

Cordialmente,

Director Nacional De Operaciones

1053770540

¡Gracias por contar con Coomeva, Coomeva cuenta con usted!

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **AURA MARIA RAMIREZ BETANCUR** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1053770540**, se encuentra afiliado/a desde **22/01/2018** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 03 de febrero de 2021.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

Dr. Juan de Jesús Ospina Aguirre

Especialista en Salud Ocupacional - Salud Familiar y Ultrasonido Médico y Rehabilitación Cardiopulmonar
Imágenes Diagnósticas Ultrasonográficas (Ecografías) - UNIVERSIDAD DE CALDAS -
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA - Registro Departamental 1179 - Registro Nacional 8440

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL EXAMEN MÉDICO DE SALUD OCUPACIONAL

FECHA: 01 febrero 2021

TELÉFONO: 8878620

NOMBRE COMPLETO	Ada Maria Ramirez Betancol.	EDAD	34	CÉDULA	1053770540
EMPRESA O CONTRATANTE	Sena.	CARGO	Instructora gestion Ambiental.		
TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL: (Ingreso, egreso, post incapacidad, reintegro, cambio de ocupación periódico programado otro)					

CONCEPTO DE APTITUD: aplica para ingreso post, incapacidad, periódico reintegro, cambio de ocupación).
Marque con x una de las siguientes:

Sin limitaciones para el cargo: _____ Con limitaciones para el cargo: _____ Aplazado: _____

CONCEPTO DE APTITUD APOYADO EN EL PERFIL PARA EL CARGO: SI _____ NO _____

OBSERVACIONES Y/O ACLARACIONES: (Restricciones Recomendaciones o motivo de aplazamiento)

Acatar normas de seguridad, usar elementos de protección personal, pausas activas, e higiene postural. Examen físico y fisiológico neurológico cardíaco pulmonar. Osteomuscular: satisfactorio

EL CONCEPTO DE APTITUD SE EMITIO APARTIR DE: (Marque con una X los que aplique)

Examen Médico		Neuroconducción		Laboratorios:	
	X			Cuales	
Tamizaje de Audiometría	X	Evaluación Osteomuscular	X	Perímetro de	
Tamizaje de Espirometría		Evaluación Dermatológica	X	Glucemia	
Tamizaje de Visiometría	X	Evaluación Trabajo en alturas			
Examen Optométrico		Evaluación M. de Alimentos		Otros: Cuales	
Electrocardiograma		Evaluación Cardiovascular	X		
Electroencefalograma			X		

EXAMEN DE RETIRO: Sospecha de: (Marque con una X según a que corresponda)

Secuela ATEP no reportado: Si _____ No _____ Enf. Profesional: Si _____ No _____ Enf Común agravada por el trabajo: Si _____ No _____

SE ENTREGA REMISION PARA LA E.P.S SI _____ NO X

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGÍA SUGERIDOS: Negativo para síntomas y contactos

Consentimiento Informado del aspirante o trabajador: Autorizo al (a/el) Doctor(a) abajo mencionado (a) a realizar en mi examen y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado en este documento, (el) (la) Doctor(a) abajo mencionado(a) que me ha explicado la naturaleza, el propósito los beneficios la interpretación, las limitaciones y los riesgos para el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) a partir de la respectiva historia clínica antes de la respectiva toma de pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el (los) exámenes. Fui informado de las medidas que tomara la institución para proteger la confidencialidad de los resultados, recibí copia de la valoración médica de salud ocupacional, las respuestas dadas por estas son verídicas y son completas, autorizo a la empresa para que suministre a mi empresa donde trabajo y/o entidades contempladas en la legislación vigente, para que suministre el certificado para el buen cumplimiento del programa salud ocupacional y para las situaciones que lo ameritan.

Dr. Juan de J. Ospina A.
Especialista en Gerencia
de Salud Ocupacional
Reg Dptal 1179 Reg. Nat 8740

FIRMA DEL MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

FIRMA DEL EMPLEADO

Dr. Juan de Jesús Ospina Aguirre

Especialista en Salud Ocupacional - Salud Familiar y Ultrasonido Médico y Rehabilitación Cardiopulmonar
Imágenes Diagnósticas Ultrasonográficas (Ecografías) - UNIVERSIDAD DE CALDAS -
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA - Registro Departamental 1179 - Registro Nacional 8440

TAMIZAJE

VISIOMETRIA BILATERAL

PRUEBA Y EVALUACION DE PERCEPCION VISUAL

FECHA: 01 febrero 2021 HORA: ENTIDAD SENA
NOMBRE COMPLETO: Aida Maria Ramirez Belanco
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1053770540 EDAD: 34 AÑOS
DIRECCION: Carrera 25 # 64A-33 TELEFONO: 88078620

ANTECEDENTES PATOLOGICOS OCULARES: Defecto de Refracción corregida
con lentes y gafas.

OJO DERECHO: VISIÓN CERCANA: 20/20
VISIÓN LEJANA: 20/25

OJO IZQUIERDO: VISIÓN CERCANA: 20/20
VISIÓN LEJANA: 20/20

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: Defecto de Refracción
corregido

DEBE SER EVALUADO POR: si

Oftalmología: Optometría: control anual

OBSERVACIONES:

Dr. Juan de J. Ospina A
Especialista en Gerencia
de Salud Ocupacional
Médico Especialista en Salud Ocupacional
Registro 1179 y 8440

Nota: Este examen no reemplaza el examen de optometría realizado por el optómetra.

M. Marcela Alvarán Cardona

Fonoaudióloga - Especialista en Audiología
Especialista Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo.

IDENTIFICACION

NOMBRE Y APELLIDOS AURA MARIA RAMIREZ BETANCUR

EDAD 34 AÑOS

FECHA DE NACIMIENTO 18-08-1986

CC 1053770540

FECHA EVALUACION FERERO 01 - 2021

1. EVALUACION SUBJETIVA DE LA VOZ

1.1 Como calificaría usted su Voz: Excelente ___ Buena X ___ Regular ___ Mala ___

1.2 Antes presento alguna dificultad a nivel de cuerda vocal: ¿SI ___ NO X Cual?

1.3 Fuma SI NO X

1.4 Ha Experimentado alguna disfonía durante o después de hablar? NO

SINTOMAS	SI	NO
Voz Cansada		X
Dolor o Malestar en el Cuello		X
Sensación de Hormigueo o ardor en la garganta		X
Carraspeo		X
Tos		X
Interrupción en la Voz		X
Se queda sin aire en la mitad de las palabras		X
Ronquera		X
Al hablar presenta cambios bruscos en el tono de la voz		X

EVALUACION VOZ

1. RESPIRACION

MODO

INSPIRACION: NASAL X BUCAL ___ MIXTO ___

ESPIRACION: NASAL ___ BUCAL X MIXTO _

TIPO

Clavicular de ascenso.....

Costal Superior.....

Costal Diafrágico.....

Costal abdominal.....

FONACION

REPOSO

X

X

2. RENDIMIENTO

2.1 Tiempo de Inspiración: 3"

2.2 Tiempo de Expiración 6"

2.3 Conteo 40

2.4 Vocales 12Veces

2.5 Días Semana 4 semanas

3 FUNCIONES LARINGEAS NO VOCALES

	NORMAL	INSONORA	DEBIL
TOS	x		
RISA	x		
CARRASPEO	x		

4. COORDINACION FONORESPIRATORIA

	NORMAL	ALTERADA
CONVERSACION	x	
LECTURA	x	

5. EFECTO GLAZTER

VOCAL	NASALIZA	NO NASALIZA
A	X	
E		X
I		x
O		X
U		x

6. ESCALA GRABS

		0 NORMAL	1 LEVE	2 MODERADO	3 SEVERO
G	Grado de afectación general y global voz	X			
R	Ronquera, indica ronquera o rasposidad de la voz	x			
A	Astenia indica el grado de fatiga o cansancio de la voz	x			
B	Aérea indica el escape de aire o voz soplada	x			
S	Tensión indica grado de tensión	x			

DIAGNOSTICO DE FONOAUDIOLOGIA

Voz Normal - No se observa Disfonía

RECOMENDACIONES PAUTAS DE HIGIENE VOCAL

- No carraspee
- No Grite
- Evite los cambios bruscos de temperatura
- Mantener líquido para consumir mientras este dictando clase
- No consumir los alimentos ni muy caliente ni muy frio
- No consumir alimentos muy condimentados
- No acostarse después de comer para evitar dificultades gástricas que producen disfonía

M. Marcela Alvaran C.
 M. MARCELA ALVARAN CARDONA
 Fonoaudióloga Católica
 FONOAUDIOLOGIA
 TP 30312776

Fecha de impresión 01/02/2021 11:47 AM

FECHA DE EXAMEN 2021-02-01 11:37:05 TIPO DE EXAMEN INGRESO

DATOS DE INSTITUCION

NOMBRE:	M. MARCELA ALVARAN CARDONA - AUDIOLOGA Y ESP. GERENCIA SST	NIT	30312776-5
DIRECCION:	CRA 22 NO 26 - 03 PRIMER PISO	E-MAIL	CENTROINTERNACIONAL12@GMAIL.COM
TELEFONOS:	8731343-8829986 CEL. 3108211950	SEDE	CENTRO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS		AURA MARIA RAMIREZ BETANCUR							
IDENTIFICACION	CC	1053770540		EDAD	34 Años		SEXO	F	
ESTADO CIVIL	CASADO (A)		ESCOLARIDAD	PROFESIONAL		FECHA DE NACIMIETNO		18/08/1986	
LUGAR DE NACIMIENTO	MANIZALES		DIRECCION				ESTRATO	0	
PROCEDENCIA	DEPARTAMENTO	CALDAS		MUNICIPIO	MANIZALES		TELEFONOS		
GRUPO FAMILIAR					GRUPO SANGUINEO	O +			
ARL	NO REFIERE								
EPS	COOMEVA								

DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	TIPO 1	CARGO	INSTRUCTORA
SEDE	MANIZALES	FECHA DE INGRESO	01-02-2021
ANTIGUEDAD EN EL OFICIO	null	AREA	EDUCACION
JORNADA DE TRABAJO	DIURNA		

ANTECEDENTES AUDITIVOS

PROTECCION AUDITIVA	NO
CARGO	INSTRUCTOR
EXPOSICION A RUIDO	

ANAMNESIS

INTERPRETACION	Normal
CAUSA	Ingreso Laboral
ULTIMO EXAMEN DE AGUDEZA AUDITIVA	6 Meses y 1 Año

OTOLOGICOS

Nombre	Oído Izquierdo	Oído Derecho	Bilateral	Observaciones
HIPOACUSIA			NR	
OTITIS MEDIA SIN OTORREA			NR	
OTITIS MEDIA CON OTORREA			NR	
OTALGIA			NR	
OTORRAGIA			NR	
ACUFENOS PERMANENTES			NR	
ACUFENOS OCASIONALES			NR	
AUMENTAN CON SILENCIO			NR	
AUMENTAN CON RUIDO			NR	
CIRUGIA DE OIDO			NR	
PROBLEMAS DE EQUILIBRIO			NR	
OTROS			NR	

ACTIVIDAD EXTRALABORAL CON EXPOSICION A RUIDO

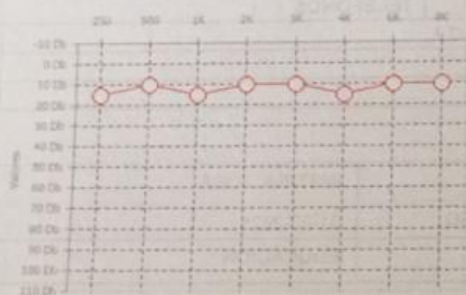
Nombre	Presenta
SERVICIO MILITAR	NO
POLIGONO	NO
WALKMAN	NO
DISCOTECA	NO

Fecha de impresión 01/02/2021 11:47 AM

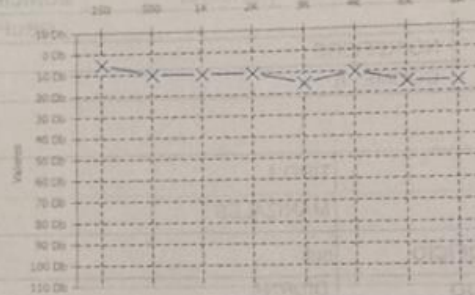
Nombre	Presenta
TAREAS CON EQUIPOS RUIDOSOS	SI
OTROS	NO
MOTOCICLISMO	NO

OTOSCOPIA	Descripción
Nombre	Normal
PABELLON AURICULAR	Normal
TIMPANO	No
TAPON DE CERA	
OTROS HALLAZGOS	

Oído Derecho



Oído Izquierdo



DIAGNOSTICO

Nombre	Oído Derecho	Oído Izquierdo	Bilateral	Observaciones
AUDICION NORMAL			X	SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFERICA EN PARAMETROS DE NORMALIDAD 0 - 25 DB
HIPOACUSIA				
HIPOACUSIA MIXTA				
HIPOACUSIA CONDUCTIVA				
HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL				

SEVERIDAD - CAOHC

	Observaciones
NORMAL(0-25db)	BILATERAL
LEVE (26-40db)	
MODERADA (41-55db)	
MODERADA-SEVERA (56-70db)	
SEVERA(71-90db)	
PROFUNDA(MAYOR 91db)	

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	SI	
CONTROL AUDITIVO EN SEIS MESES		
USO DE PROTECCION AUDITIVA	SI	EN SITIO RUIDOSO
CONTROL DE OTORRINOLARINGOLOGIA		
LAVADO AUDITIVO OD		
LAVADO AUDITIVO OI		

Fecha de impresión 01/02/2021 11:47 AM

LAVADO AUDITIVO BILATERAL		
AUDIOMETRIA CONFIRMATORIA		
EXAMENES AUDIOLOGICOS		
CONDUCTA DEL USUARIO EN LA CONSULTA	ACEPTABLE	

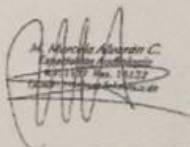
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

OBSERVACIONES

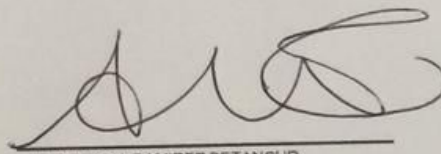
RECOMENDACIONES

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O DEL TRABAJADOR: Autorizó al Doctor a realizarme el examen médico y /o paraclínico ocupacionales registrados en este documento. Se me ha explicado la naturaleza y propósito de este examen médico y sus paraclínicos, he comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico a través de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de pruebas. Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que se realizaran estos exámenes. Fui informado acerca de la confidencialidad de los datos y resultados aquí registrados y la protección que se le dará a este documento. Las respuestas dadas por mí están completas y son verídicas. Autorizo a la empresa para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional y las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido contemplados antes de mi firma y me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

"El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta"



MARIA MARCELA ALVARAN CARDONA
C.C. 30312776 RM: 15132
Firma y sello del Médico Evaluador



AURA MARIA RAMIREZ BETANCUR
C.C. 1053770540
Firma del trabajador Evaluado

Laboratorio Clínico

Silvio Alfonso Marin Uribe



01419102

Página : 2 De : 2
Solicitud : 01419102
Fecha Registro : 2021-02-02 09:31:41
Fecha Impresión : 2021-02-02 13:18:34.
C.Costo : AMBULATORIO
Identificación : CC 1053770540
Edad/Sexo : 34 A / FEMENINO
Telefonos : -

Paciente : AURA MARIA RAMIREZ BETANCUR
Direccion :
Entidad : CLINICA FAME IPS LTDA.
Médico : NO APLICA

Médico	: NO APLICA					
ANALISIS		RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA		
QUIMICA						
PERFIL LIPIDICO: COL-TRI-HDL						
TRIGLICERIDOS	55	mg/dl				
		Sin Riesgo	Menor	de	170	
		Sospechoso	170	-	220	
		Requiere Tratamiento	Mayor	de	220	
COLESTEROL TOTAL	198	mg/dl				
		Sin Riesgo	Hasta		220	
		Sospechoso	220	-	260	
		Requiere Tratamiento	Mayor	de	260	
COLESTEROL HDL	79	mg/dl				
		Pronostico Favorable	45		65	
		Riesgo Promedio	Mayor	de	55	
		Riesgo Aumentado	35	-	55	
			Menor	de	35	
INDICE ARTERIAL	2.51	%				
		Sin Riesgo	2.7	-	4.0	
		Riesgo Promedio	4.0	-	7.5	
		Alto Riesgo	Mayor	de	7.5	
Colesterol VLDL	11.00	mg/dl				
Colesterol LDL	108.00	mg/dl				
			16	-	34	
			Menor	de	150	

Fecha / Hora Validado : 2021-02-02 / 13:18

GLUCOSA

Resultado:
Observaciones:

100 mg/dl 75 a 100

Fecha / Hora Validado : 2021-02-02 / 13:18

Catherine Castro Marin

CATHERINE CASTRO MARIN

1060654656

Central de Proceso: Cra 23 # 25 - 61 - Edificio Don Pedro - Local 5 - Tel 882 91 94 - Manizales - Caldas

* La interpretación del resultado de sus exámenes corresponde exclusivamente al médico*



Hace constar:

Que el Sr(a) AURA MARIA RAMIREZ BETANCUR Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1053770540 realizó el día 22/02/2021 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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

Compromiso SST:

Yo AURA MARIA RAMIREZ BETANCUR Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1053770540 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

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

Firma

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

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

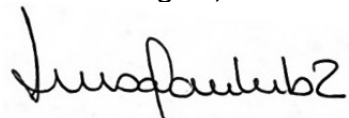
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que AURA MARIA RAMIREZ BETANCUR, con Cédula Ciudadanía No. 1053770540 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034, tiene un registro como Independiente desde el 12/02/2021 y fecha fin de contrato 17/12/2021 con riesgo 3 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

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): 202101012300402.

Dada en Bogotá, a los 11 días del mes de febrero de 2021



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.



CERTIFICADO

**MANIZALES,
CALDAS,
COLOMBIA,
A quién interese**

03/02/2021

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor AURA MARIA RAMIREZ BETANCUR** con **Cédula de Ciudadanía** número **1053770540**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	0570084170013357
Fecha de apertura	01/10/2010

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

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

Ciudad de Expedición: MANIZALES						Sucursal: MANIZALES				Cod. Sucursal: 42		Nro. Póliza: 42-46-101014147		Anexo: 0	
Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:		Vigencia Hasta:			A las:		Tipo Movimiento:		
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	EMISIÓN ORIGINAL				
11	02	2021	12	02	2021	00:00	17	04	2022	00:00					

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social: RAMIREZ BETANCUR AURA MARIA								Identificación: 1053770540			
Dirección: CR 21C NRO. 55 - 54						Ciudad: MANIZALES - CALDAS				Teléfono: 3148742438	

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA								Identificación: 899999034-1			
Dirección: KM 10 VIA AL MAGDALENA						Ciudad: MANIZALES - CALDAS				Teléfono: 8748444	

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU0108, 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. 001.PCCTR.2251753 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTACION SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR, POR PERIODO FIJO, PARA LA EJECUCION DE ACCIONES DE FORMACION PROFESIONAL, PRESENCIALES O VIRTUALES EN EL PROGRAMA DE ARTICULACION CON LA EDUCACION MEDIA EN EL AREA DE GESTION AMBIENTAL SECTORIAL Y URBANA.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS			
AMPAROS:		Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO		12/02/2021	17/04/2022
		Suma Asegurada / Actual:	
		\$ 3,978,000.00	

OBSERVACIONES:

*LA PRESENTE POLIZA SE EXTIENDE A CUBRIR EL PAGO DE LAS MULTAS Y DE LA CLAUSULA PENAL PECUNIARIA ,

Valor Prima Neta:	Gastos Expedición:	IVA:	Total a Pagar:	Valor Asegurado Total:	Fecha Límite de Pago:
\$ 18,702.05	\$ 8,000.00	\$ 5,073.39	\$ 31,775.44	\$ 3,978,000.00	11/02/2021

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
PELAEZ OCCIDENTE LIMITADA ASESORES DE SEGUROS	72984	100,00			

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

Para efecto de notificaciones la dirección de Seguros del Estado S.A. es CRA. 24 NO. 64-03 - Teléfono: 8813280 - MANIZALES

Manuel Sarmiento

[Firma Tomador]



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

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

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

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

Oficina Principal: Cra. 11 No. 90-20 Bogotá D.C. Conmutador: 3078288 Fax Server 6511240
ASISTENCIA CELULAR#388 - FUERA DE BOGOTA 018000123010
www.segurosdelestado.com

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que:

RECIBO DE PAGON:

42461010141470

FECHA				
11/02/2021				
RECIBIMOS DE:	RAMIREZ BETANCUR AURA MARIA		C.C. 1053770540	
LA SUMA DE:	TREINTA Y UN MIL SETECIENTOS SETENTA Y CINCO CON CUARENTA Y CUATRO CENTAVOS PESOS M/CTE			
POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 42-46-101014147				
SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
MANIZALES - CU. ESTATAL - 101014147 - 0 - 0	\$ 18,702.05	\$ 8,000.00	\$ 5,073.39	\$ 31,775.44
FORMA DE PAGO				
INTERMEDIARIO: PELAEZ OCCIDENTE LIMITADA ASESORES DE SEGUROS - 72984			EFFECTIVO:	\$ 31,775.44
			CHEQUE:	\$ 0.00
			TARJETA:	\$ 0.00
			BD:	\$ 0.00
			OTROS:	\$ 0.00
			TOTAL:	\$ 31,775.44
			CAJERO: RAPIESTADO	

ORIGINAL

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que:

RECIBO DE PAGON:

42461010141470

FECHA				
11/02/2021				
RECIBIMOS DE:	RAMIREZ BETANCUR AURA MARIA		C.C. 1053770540	
LA SUMA DE:	TREINTA Y UN MIL SETECIENTOS SETENTA Y CINCO CON CUARENTA Y CUATRO CENTAVOS PESOS M/CTE			
POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 42-46-101014147				
SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
MANIZALES - CU. ESTATAL - 101014147 - 0 - 0	\$ 18,702.05	\$ 8,000.00	\$ 5,073.39	\$ 31,775.44
FORMA DE PAGO				
INTERMEDIARIO: PELAEZ OCCIDENTE LIMITADA ASESORES DE SEGUROS - 72984			EFFECTIVO:	\$ 31,775.44
			CHEQUE:	\$ 0.00
			TARJETA:	\$ 0.00
			BD:	\$ 0.00
			OTROS:	\$ 0.00
			TOTAL:	\$ 31,775.44
			CAJERO: RAPIESTADO	

COPIA

**PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No. 42-46-101014147**

1. AMPAROS.

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ SEGURO ESTADO 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 SUJECCIÓN A LA DEFINICIÓN DE LAS CONDICIONES ADELANTE INDICADAS, LLEGARE A CAUSAR EL GARANTIZADO POR EL INCUMPLIMIENTO QUE, ATRIBUIBLE A SU ACCIÓN U OMISIÓN, PRODUCIERE.

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 SANCION 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 PRORROGA 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 TÍTULO 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 PREVE 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 OCACIONEN, 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 OCACIONEN 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 PARÁGRAFO 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 OCACIONADOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA, SUFRIDOS POR LA DEFICIENTE CALIDAD E INCORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES QUE RECIBE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO GARANTIZADO.

2. EXCLUSIONES.

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

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

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

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

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

3. SUMA ASEGURADA.

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

4. VIGENCIA.

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, SE HARÁ BAJO LOS LINEAMIENTOS DEL DECRETO 1082 DE 2015 Y CONSTARÁN 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, DEBERÁN 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 ESTUVIERE 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 (OTROSI, CLÁUSULA ADICIONAL, ETC.) QUE CONTENGA LAS MODIFICACIONES AL CONTRATO GARANTIZADO.

EL ÚLTIMO 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, PREVALECEÁN 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.