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 VALLE
CENTRO LATINOAMERICANO DE ESPECIES MENORES-VALLE - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMA
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	**76**
Código Centro	**912510**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**38655-183838**
No. de documento	**20951**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	FRANCY NED RAMIREZ GOMEZ	**C.C.**	66.729.836	**IP/Nº de contacto**	3153440671
Correo electrónico contratista:	fnramirez@sena.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 ?**		SI	
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		87458209837	
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:	2222000/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**20221**	
Valor Total del Contrato	$ 19.500.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 19.500.000	**1**	**Del**	**08/02/2021**	**Al**	**28/02/2021**	**$ 2.730.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 16.770.000		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

PRESTACIÓN TEMPORAL DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUCTOR DE ACUERDO A LA RED DE CONOCIMIENTO Y ÁREA TEMÁTICA, PARA IMPARTIR FORMACIÓN, ASISTENCIA TÉCNICA, ASESORÍA A LAS EMPRESAS Y/O JORNADAS DE DIVULGACIÓN TECNOLÓGICA PARA LA EJECUCIÓN DE LAS

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.730.000	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	**$ 2.730.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.814.025**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9414576185**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.092.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 136.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 174.800	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL III	$ 26.700	$ 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	$ 604.675	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.814.025,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.418.700,00	
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 - 8551	13.650,00	0,500%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-UCEVA	13.650,00	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	**$ 2.702.700,00**	

SON: DOS MILLONES SETECIENTOS DOS MIL SETECIENTOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se anexan documentos soportes correspondientes al mes actual

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.

FRANCY NED RAMIREZ GOMEZ
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,

CAROLINE PEREA CABAL
INSTRUCTOR G11

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

GERMAN SUAREZ GARCIA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

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 66729836		RAMIREZ GOMEZ FRANCY NED	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 26b 3-35	TULUA-VALLE	2255284	Si

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	895234947	9414576185	I	2021/02/09	2021/02/16	BANCOLOMBIA	7	$281,200

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
1	CC	66729836	RAMIREZ FRANCY	25-14	30	$908,526	$145,400	EPS016	30	$908,526	$113,600		0	$0	$0	14-23	30	$908,526	$22,200	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$908,526**	**$145,400**			**$908,526**	**$113,600**			**$0**	**$0**			**$908,526**	**$22,200**		**$0**	**$0**

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
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$145,400	$0	$0	$145,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$22,200	$0	$0	$22,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$22,200	$0	$0	$22,200
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	$281,200	$0	$0	$281,200

2021/02/16 03:13 PM

Gmail **Francyned Ramírez gomez <francynedramirezgomez@gmail.com>**

Confirmación Transacción PSE - CUS 895234947

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 16 de febrero de 2021 a las 13:22
Para: francynedramirezgomez@gmail.com



¡Hola, Francy Ned Ramírez Gómez

Gracias por utilizar los servicios de BANCOLOMBIA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: Aprobada
CUS: 895234947
Empresa: APORTES EN LINEA
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9414576185
Valor de la Transacción: $ 281.200
Fecha de Transacción: 16/02/2021

Ten en cuenta estos tips de seguridad

- Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.
- Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.
- Procura cambiar tus contraseñas bancarias frecuentemente.





TransaccionesACH @ACH_Informa

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 FRANCY NED RAMIREZ GOMEZ identificada con CC-66729836 está vinculada al Sistema General de Seguridad Social en Salud Régimen Contributivo por intermedio de COOMEVA EPS S.A en calidad de COTIZANTE CABEZA DE FAMILIA 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 dia Febrero 16 de 2021.

Cordialmente,

Director Nacional De Operaciones

66729836

¡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 **FRANCY NED RAMIREZ GOMEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **66729836,** se encuentra afiliado/a desde **01/04/2020** 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 16 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

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14730381018

(415)7707212489984(8020) 000001473038101 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
6 6 7 2 9 8 3 6	0	Impuestos y Aduanas de Tuluá 2 1	

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	6 6 7 2 9 8 3 6	1 9 9 6 0 5 0 3

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Tuluá 8 3 4

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RAMIREZ	GOMEZ	FRANCY	NED

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Tuluá 8 3 4

41. Dirección principal
CL 31 43 44 BRR SAN BENITO

42. Correo electrónico francyned25@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 6 6 1 7 8 2 4 4	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 5 1	2 0 1 7 0 3 0 2	8 2 9 9	2 0 1 8 0 1 1 7				2 2 2 4	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

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 ☐ 60. No. de Folios: 61. Fecha

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
985. Cargo

EN TRAMITE DOCUMENTO SIN COSTO

Laboratorio Clínico Especializado
nohemy cruz

N. de Orden: 10010572

www.nohemylab.com

Nombre:	**RAMIREZ GOMEZ, FRANCY NED**	Teléfono:	
Historia:	**66729836**	Edad/Sexo: 42 Años / F	
Origen:	PROWORK ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL NAL - BUGA SAS	Fecha de Creación:	**01/10/2020**

INFORME DE RESULTADOS

NOMBRE DE ESTUDIOS	RESULTADO	UNIDADES	INTERVALO DE REFERENCIA
RUBEOLA ANTICUERPOS Ig G			
RUBEOLA IgG	29	UI/ml	NEGATIVO: Menor o igual a 5.0 DUDOSO: 5.0 - 9.9 POSITIVO: Mayor o igual a 10
Técnica: QUIMIOLUMINISCENCIA ENZIMATICA			
HEPATITIS B, ANTICUERPOS CONTRA EL ANTIGENO DE SUPERFICIE (ANTI-HBs)			
HEPATITIS B, ANTICUERPOS, ANTI HBs	29.75	mUI/ml	NO REACTIVO: Menor a 10.00 REACTIVO: Mayor o Igual a 10.00
Técnica: QUIMIOLUMINISCENCIA ENZIMATICA			

Fin del Reporte

Responsable: CONSUELO PEREZ
BACTERIOLOGA R.M.: 10950
Fecha de Validación: 01/10/2020 05:58:54 p.

VARICELA ZOSTER, ANTICUERPOS IgG			
VARICELLA ZOSTER, ANTICUERPOS IgG	37.9	INDICE	NEGATIVO: MENOR A 9 INDETERMINADO: 9-11 POSITIVO: MAYOR DE 11
Técnica: Microelisa			

Fin del Reporte

Responsable: YASMIN VANEGAS GOMES
BACTERIOLOGA TP 14658
Fecha de Validación: 05/10/2020 01:40:15 p.

ProWork
ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL
Nit. 900372493-8
Cel. 3183940160- 2374442 - 2390179
Calle 4 # 17 -29 - Guadalajara de Buga
sistemas@prowork.com.co



EXAMEN DE OPTOMETRÍA

DATOS PERSONALES

Atención Nº: 12,176

Fecha: 01/10/2020 **Municipio:** GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA **CC:** 66729836 **Nombre:** RAMIREZ GOMEZ FRANCY NED **Edad:** 42 AÑOS 7
Genero: FEMENINO **Profesión o Cargo:** INSTRUCTORA **Empresa:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
Eps: COOMEVA **Tipo Evaluación Medica:** EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO **F. Último Examen:** 03/09/2019
Lugar del Último Examen: TULUA **Motivo Consulta:** CONTROL

ANTECENDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	
LENTES DE CONTACTO	SI
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	NO APLICA
TRAE RX	SI
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	
USA ANTEOJOS	NO USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	N/A	N/A	N/A	NO APLICA	20/ 20	0.75
O.I:	NO APLICA	N/A	N/A	N/A	NO APLICA	20/20	0.75
A.O:	NO APLICA	N/A	N/A	N/A	NO APLICA	20/20	0.75

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: **NORMAL**
OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

REFLEJOS

OBSERVACIÓN: **PRESENTES Y NORMALES**

COVER TEST

VISIÓN LEJANA: **NORMAL**
VISIÓN PROXIMA: **NORMAL**

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

OFTALMOSCOPÍA

OJO DERECHO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**
OJO IZQUIERDO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**

QUERATROMETRÍA

OJO IZQUIERDO: **K´ =**
OJO DERECHO: **K´ =**

REFRACCIÓN

OJO DERECHO	-	AV VL 20/ **20**
OJO IZQUIERDO	-	AV VL 20/ **20**

RX FINAL

OJO IZQUIERDO
OJO DERECHO

VISIÓN COLOR

OJO DERECHO: **NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H521	MIOPIA	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
H522	ASTIGMATISMO	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

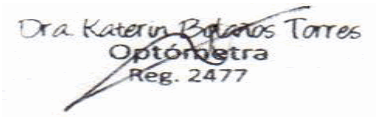
CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

ASISTE A VALORACIÓN CON LENTES DE CONTACTO EN USO

PROFESIONAL



Firma:

Nombre: BOLAÑOS TORRES KATERIN

R. M.: 2477 **L.S.O.:**

PACIENTE



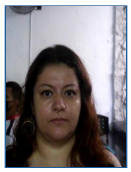
Firma:

Nombre: RAMIREZ GOMEZ FRANCY NED

CC: 66729836

ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL

Nit. 900372493-8
Cel. 3183940160- 2374442 - 2390179
Calle 4 # 17 -29 - Guadalajara de Buga
sistemas@prowork.com.co



RESULTADO DEL LABORATORIO CLÍNICO

DATOS PERSONALES

Lugar del Examen:	GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)			**Fecha:**	01/10/2020
Número de Identificación:	66729836	**Nombre:**	RAMIREZ GOMEZ FRANCY NED	**Genero:**	FEMENINO
Fecha de Nacimiento:	25/02/1978	**Edad:**	42 AÑOS 7 MESES 12 DÍAS	**Estado Civil:**	SEPARADO(A)

RESULTADO DE GLUCOSA EN SUERO

NOMBRE DEL EXAMEN	RESULTADO	UNIDADES	VALOR DE REFERENCIA
GLUCOSA:	89	**mg/dl**	**70 - 110 mg/dl**

Bacteriólogo

Firma: Katherine Ponce Loaiza BACTERIOLOGA Universidad Católica de Manizales RM. 252461

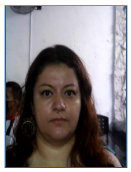
Nombre:	PONCE LOAIZA KATHERINE
RM:	1115074574

Paciente

Firma:

Nombre:	RAMIREZ GOMEZ FRANCY NED
CC:	66729836

ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL
Nit. 900372493-8
Cel. 3183940160- 2374442 - 2390179
Calle 4 # 17 -29 - Guadalajara de Buga
sistemas@prowork.com.co



RESULTADO DEL LABORATORIO CLÍNICO

DATOS PERSONALES

Lugar del Examen:	GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)			**Fecha:**	01/10/2020
Número de Identificación:	66729836	**Nombre:**	RAMIREZ GOMEZ FRANCY NED	**Genero:**	FEMENINO
Fecha de Nacimiento:	25/02/1978	**Edad:**	42 AÑOS 7 MESES 12 DÍAS	**Estado Civil:**	SEPARADO(A)

RESULTADO DE PERFIL LIPÍDICO

NOMBRE DEL EXAMEN	RESULTADO	UNIDADES	VALOR DE REFERENCIA
COLESTEROL TOTAL:	157	**mg/dl**	**0 - 200 mg/dl**
COLESTEROL HDL:	45	**mg/dl**	**>35**
COLESTEROL LDL:	72.6	**mg/dl**	**0 - 150 mg/dl**
COLESTEROL VLDL:	39.4	**mg/dl**	**0 - 30 mg/dl**
INDICE ARTERIAL:	3.5		**<4,0**
TRIGLICERIDOS:	197	**mg/dl**	**0 - 160 mg/dl**

Bacteriólogo

Firma: Katherine Ponce Loaiza BACTERIOLOGA Universidad Católica de Manizales RP. 252461

Nombre: PONCE LOAIZA KATHERINE
RM: 1115074574

Paciente

Firma:

Nombre: RAMIREZ GOMEZ FRANCY NED
CC: 66729836

ProWork	APOYOS DIAGNÓSTICOS	Código:
	TAMIZAJE DE LA VOZ	Versión: 001
		Fecha: 13/8/2018

Ciudad: Buga **Fecha:** 01/10/20 Ingreso ☐ Periodico ☒ Egreso ☐

Empresa: SENA

1. DATOS E IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

Apellidos y Nombres completos: Ramirez Gomez Francy Ned

N° de identificación: 66.729.336 de Tuluá Sexo: Masculino ☐ Femenino ☒

Fecha de Nacimiento: 25/02/76 Edad: 42 Fecha ingreso: 02/Mar/17 Antigüedad: 3

Nombre del cargo a desempeñar: Instructor Seccion: Comercio

2. ANTECEDENTE LABORALES

Empresa	Cargo	Tiempo	Seguimiento foniatrico
SENA	Instructor	3 a	Primer Seguimiento

Exposicion Laboral: Ventilacion ☐ A.A ☐ Calefaccion ☐ Polvo ☐ Quimicos ☐ Higuiene Vocal ☒

3. ANTECEDENTES, SINTOMAS, HABITOS:

Bebidas calientes ☒ Bebidas Frias ☒ Tabaco ☐ Licor ☐ Picante ☒ Dolor ☐ Irritacion ☐ Nodulos ☐ Cirugias ☐

Incapacidades por disfonia Si ☐ No ☒ Cuantàs: Tratamiento Fonoaudiológico Si_ No_X

4. CARACTERISTICAS ACUSTICO PERCEPUALES DE LA VOZ

Produccion Vocal	Normal	Debil	Fuerte	Tension Muscular Perilaringea	Tono			
Voz Susurrada	X				Normal	☒	Agudo	☐
Voz Conversacional	X				Grave	☐	Bitonal	☐
Voz Proyectada	X				Cambios Indesperados:			

5. HABILIDADES FONIATRICAS

Tiempo Max de Fonación	A 13 seg	I 15 seg	U 19 seg	E 16 Seg	S 10 Seg	
Eficiencia Cierre Glotico:	Normal	X	Alterado			

6. ORGANOS FONO ARTICULATORIOS

Organos Fono Articuladores		Anatomia	Movilidad	Tono
Labios		Normal	Normal	Normal
Lengua		Normal	Normal	Normal
Mejillas		Normal	Normal	Normal
Paladar		Normal	Normal	Normal
Test de Glatzel			Test Rosenthal	

Postura		Tipo Respiratorio	Modo Respiratorio	Tension Corporal	Frecuencia Respiratoria	
Sedente X	Simetrica X	Clavicular	Nasal - Nasal X	Facial	Ritmo	
Bipeda__	Asimetrica__	Pectoral	Nasal - Bucal	Perilaringea		Normal X
		Costodiafragmatica X	Bucal - Bucal	Hombro- cuello		Bradipnea
		Diafragmatica abdominal	Otros:	Atm		Taquipnea
		Mixta				

7. OBSERVACIONES

Voz dentro de Parámetro normal

8. RECOMENDACIONES:

Ingerir 2 litros de liquidos evitando bebidas gaseosas ☐ Evitar hablar en ambientes ruidosos ☐

No Ingerir alimentos a temperaturas extremas ☒ Evitar calefaccion y aire acondicionado ☒

Otras recomendaciones:

Firma del fonoaudiologo y registro — Julieth Vanessa Cardozo N.
Fonoaudiologa Reg. 76-5948
UNIVALLE

Firma y cedula del trabajador

PROWORK ESPECIALISTAS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

SYNLAB

RESULTADOS
DE EXÁMENES

NOMBRE:	**Sra.FRANCY NED RAMIREZ GOMEZ**	**REFERENCIA:**	**135025009**
DOCUMENTO:	**CC.66729836**	**FECHA INGRESO:**	**01.Feb.2021 07:20 a.m.**
EMPRESA:	**PREVISER-BUGA Y TULUA**	**SEDE:**	**SEDE TULUA USUARIO FINAL**
DOCTOR:	**MEDICOS EXTERNOS**	**EDAD-SEXO:**	**42 Años - Femenino**

HEMATOLOGIA

ESTUDIO	RESULTADO		VALOR DE REFERENCIA	
HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV				
PARAMETROS LEUCOCITARIOS				
Leucocitos	**10.1**	x10^3 /uL	3.7 -	10.1
%Neutrófilos	**60.8**	%	39.3 -	73.7
%Linfocitos	**30.3**	%	18.0 -	48.3
%Monocitos	**6.48**	%	0.00 -	10.0
%Eosinófilos	**1.72**	%	0.00 -	7.00
%Basófilos	**0.72**	%	0.00 -	1.00
Recuento Diferencial absoluto:				
#Neutrófilos	**6.16**	x10^3 /uL	1.63 -	6.96
#Linfocitos	**3.07**	x10^3 /uL	1.09 -	2.99
#Monocitos	**0.66**	x10^3 /uL	0.3 -	0.9
#Eosinófilos	**0.18**	x10^3 /uL	0 -	0.5
#Basófilos	**0.07**	x10^3 /uL	0 -	0.2
PARAMETROS ERITROCITARIOS				
Eritrocitos	**4.25**	x10^6 /uL	4.06 -	4.69
Hemoglobina	**12.0**	g/dl	11.7 -	18
Hematocrito	**35.3**	%	37.7 -	53.7
Volumen Corpuscular Medio (MCV)	**83.1**	fL	79.0 -	101.0
Hemoglobina Corpuscular Media (MCH)	**28.3**	pg	26.0 -	35.0
Concentración Media de Hemoglobina Corpuscular (CHCM)	**34.1**	g/dl	31.0 -	37.0
Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)	**13.3**	%	11.5 -	14.5
PARAMETROS PLAQUETARIOS				
Recuento de Plaquetas (PLT)	**393**	x10^3 /uL	150 -	450
Volumen Plaquetario Medio (MPV)	**6.22**	fL	4.5 -	10.0

Técnica:MAPSS

Analizado por,

Angelica María Acevedo Millán.

ANGELICA MARIA ACEVEDO MILLAN
BACTERIOLOGO T.P:30393160

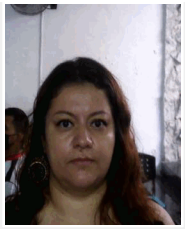
Copiado:AMHD *** En caso de requerir el histograma, favor comunicarse con el Laboratorio. ***

Fecha de Validación:01/Feb/2021 14:24

***La interpretación de este y todo examen corresponde exclusivamente al médico- [Página 1]**

VIGILADO Supersalud

Nit. 900372493-8
Cel. 3183940160- 2374442 - 2390179
Calle 4 # 17 -29 - Guadalajara de Buga
sistemas@prowork.com.co



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES — **Atención N°: 12066**

Fecha: 01/10/2020 **Ciudad:** GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)

Tipo Exámen: EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO **Eps:** COOMEVA

CC: 66729836 **Nombre:** RAMIREZ GOMEZ FRANCY NED **Edad:** 42 AÑOS 7 M **Genero:** FEMENINO

Fecha Nacimiento: 25/02/1978 **Empresa:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE **Ocupacion:** INSTRUCTORA

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
NO REPORTA	NO REPORTA	NINGUNA	NO APLICA	0	0

ANTECEDENTES FAMILIARES

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
OTITIS	NO REFIERE	HIPOACUSIA SUBJETIVA	NO REFIERE
TRAUMA	NO REFIERE	ACÚFENOS	NO REFIERE
CIRUGÍA	NO REFIERE	OTROS	
INGESTA OTOTÓXICOS	NO REFIERE		

EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	NO REFIERE
MOTO	NO REFIERE	AUDÍFONOS	1 HORA DOS VECES POR SEMANA
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

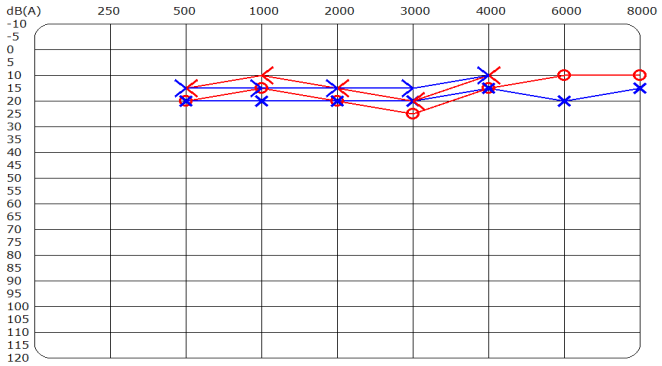
CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas) : 7 Hora(s) **Realizó re test:** SI **Uso Cabina Sonoamortiguada:** SI

Marca y Referencia audiometró utilizado: VIASYS HEALTCARE GSI ARROW **F. Ultima Calibración:** 2020-09-22

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

Oído derecho: NORMAL

Oído izquierdo: NORMAL

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD		20	15	20	25	15	10	10
VAOI		20	20	20	20	15	20	15
VOOD		15	10	15	20	10		
VOOI		15	15	15	15	10		

SEVERIDAD - CAOHC

Oído derecho: Normal(0 - 25 dB) **Oído izquierdo:** Normal(0 - 25 dB)

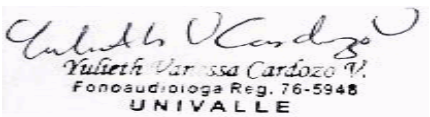
Código	Nombre del Diagnóstico	Oido	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	

Observaciones

SENSIBILIDAD AUDITIVA BILATERAL DENTRO DE PARÁMETRO NORMAL.

FONOAUDIÓLOGO



Firma:

Nombre: CARDOZO VIERA YULIETH VANESSA

R. M.: 76-5948 **L.S.O.:**

TRABAJADOR

Firma:

Nombre: RAMIREZ GOMEZ FRANCY NED

CC 66729836

ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL
Nit. 900372493-8
Cel. 3183940160- 2374442 - 2390179
Calle 4 # 17 -29 - Guadalajara de Buga
sistemas@prowork.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 27.243

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
01 DÍA	10 MES	2020 AÑO	GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

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)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
RAMIREZ GOMEZ FRANCY NED	FEMENINO	42 AÑOS 7 MESES 12 DÍAS	CC (Tipo)	66729836 (Número)

Cargo
INSTRUCTORA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

EXAMEN PERIÓDICO CON ALGUNA ALTERACIÓN

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

VALORACIÓN FONIÁTRICA	✓	OPTOMETRÍA	✓
EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL	✓	ANTICUERPOS PARA HEPATITIS B	✓
GLUCOSA EN SUERO	✓	AUDIOMETRIA CLINICA	✓
PERFIL LIPÍDICO	✓	TAMIZAJE CARDIOVARCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	EDUCACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y MEDIDAS DE ERGONOMÍA. DOTAR Y EXIGIR USO ADECUADO DE EPP SEGÚN EXPOSICIÓN Y LABOR A DESEMPEÑAR	
	CAPACITAR Y ENTRENAR EN EL ADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	
	DEBE LABORAR DURANTE TODA LA JORNADA LABORAL CON LENTES DE CORRECCIÓN : CONTROL ANUAL CON OPTOMETRIA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PRESENTA CONDICIÓN DE BASE QUE LE PONE EN RIESGO DE HACER COMPLICACIONES EN CASO DE INFECCIÓN POR COVID 19, SEGÚN LINEAMIENTOS DE MINISTERIO DE SALUD, RESOLUCIÓN 000666 DE 2020, CIRCULAR 030 MAYO DE 2020.

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. De igual manera he sido notificado por parte del médico evaluador del resultado obtenido a raíz de la evaluación médica ocupacional.

Médico

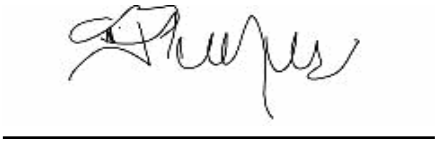


Firma:

Nombre: CONCHA BERMUDEZ MARIA LIZETH

R. M.: 768424 **L.S.O.:** 071/2018

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: RAMIREZ GOMEZ FRANCY NED

CC: 66729836

Nit. 900372493-8
Cel. 3183940160- 2374442 - 2390179
Calle 4 # 17 -29 - Guadalajara de Buga
sistemas@prowork.com.co

RECOMENDACIONES

Paciente: RAMIREZ GOMEZ FRANCY NED

Fecha: 01/10/2020

Identificación: CC: 66729836

Fecha Nacimiento: 25/02/1978

Cargo: INSTRUCTORA

Edad: 42 AÑOS 7 MESES 12 DÍAS

Género: FEMENINO

Estado Civil: SEPARADO(A)

Dirección: CL 26 B 3 35

Ciudad: GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, CO

RECOMENDACIONES GENERALES

EJERCICIO FÍSICO REGULAR, DE ACUERDO A SU ESTADO FÍSICO Y CONDICIÓN DE SALUD, ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA, BAJA EN GRASAS Y HARINAS, RICA EN VERDURAS Y FRUTAS, SOLICITE EN SU ENTIDAD DE SALUD VALORACIÓN MÉDICA Y NUTRICIONAL POR ALTERACIÓN DEL PESO, EDUCACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y EJERCICIOS CIRCULATORIOS

Médico

Maria Lizeth Concha B.
Dra. Maria Lizeth Concha B.
Médico Esp. Salud Ocupacional
Unilibre
Lic. 071 / 2018

Firma:

Nombre: CONCHA BERMUDEZ MARIA LIZETH

R. M.: 768424 **L.S.O.:** 071/2018



Unidad de Salud Ocupacional La Gámez

Lesby Alexandra Gámez González

Médico Especialista En Salud Ocupacional y Medicina Laboral

LIC. SALUD OCUPACIONAL N° 000105

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

INGRESO LABORAL

Fecha: febrero 1° de 2021
Nombres y Apellidos: Francy Ned Ramirez Gomez
Lugar y fecha de nacimiento: Tuluá, 25 de febrero de 1978
Estado civil: Separada
Documento de identidad:66729836
Profesión u oficio: Enfermera
Cargo al que se postula: INSTRUCTORA
Empresa: SENA
Nuevo en la empresa o está vinculado: 3 años
Dirección de residencia: Calle 26 B N° 3 - 35 B/ Sam Pedro Claver
N° de hijos: 2
Pruebas aplicadas: Entrevista Psicológica; **Test:** WARTEGG, Ehrig Wartegg; ÁRBOL, Carl Cochk. DFH, Karen Machover; T. A. T, Henry A. Murray; MINIMENTAL, Marshal F. Folstein, Susan Folstein, Paul R. Mc Hugh. Diálogo clínico y Observación. Test Memorístico
Áreas evaluadas: Emocional, Social, Mental y Laboral

EXAMEN MENTAL
Conciencia*:*
Obnubilación ( ), confusión ( ), estupor ( ), delirio ( ), estado crepuscular ( ), consciente (**X**).
Afectividad*:*
Balanceado (X), júbilo ( ), eufórico ( ), deprimido (), irritable ( ), angustiado (), tensionado (), pánico ( ), ambivalencia ( ), afecto inapropiado ( ).
Pensamiento*:*
Forma: Racional (**X**), irracional ( ).
Curso: Fuga de ideas ( ), retardo ( ), perseverancia ( ), bloqueo ( ), prolijo ( ), acelerado ( ), incoherente ( ).
Contenidos: Normal (**X**), delirios de grandeza ( ), persecución ( ), míaticos ( ), Auto acusación ( ), minusvalía ( ), hipocondría ( ), fobias ( ), ideas de referencia ( ), erotomanías (
Alucinaciones:
Visuales ( )
Auditiva (**)**
Táctiles **( )**
Gustativas **( )**
Olfativas ( )
Somáticas ( )
Trastornos del yo y despersonalización: SI ( ) NO (X)
Memoria:
Normal **(X**), paramnesia anterógrado ( ), paramnesia retrógrada ( ), amnesia retrógrada ( ), lo ya visto ( ), hipermnesia ( ), atención bien dirigida ( ), atención mal dirigida ( ).
Inteligencia
C.I.:Promedio (**X**), baja ( ), superior ( ).
Juicio y Raciocinio: realista (X), no realista ( ),
Caudal de conocimiento: promedio (**X**) Alta ( ) Baja ( )

Introspección:
Alta ( ), media ( ), baja (), ninguna (X).
Prospección y Conación: Realista **(X),** no realista ( ), ninguna ( );
Actividad aumentada ( ), disminuida (), estereotipias ( ).
Trastorno de comportamiento ( ),
Pensamiento ( ), afecto ( ), sensopercepción ( ), otros ( ) Especificar: ___
Antecedentes psiquiátricos o psicológicos: SI **(**) NO (X)
¿Cuál? **:** Para ingreso laboral
¿Cuánto tiempo?:

Impresión Diagnóstica:

De acuerdo a las áreas evaluadas: Social-Laboral concordantes con la dimensión del Saber-Hacer o Procedimental; Emocional-Personal concordante con la dimensión Saber-Ser, relacionado con la dimensión actitudinal; Saber-Saber, vinculada al área cognitiva, emocional y Mental; arrojan como resultado características de una persona capacitada para desempeñar el presente cargo laboral y una adecuada interacción social

I.D:

Persona mayor de edad de sexo femenino quien se desplaza por sus propios medios; posee ubicación u orientación en las dimensiones espacio-temporal, con coherencia en el diálogo y habilidades sociales y comunicativas en sus áreas propositiva, argumentativa y expositiva. Evidencia buena percepción sensorial, lo que indica sano uso de sus facultades mentales básicas y superiores.

De acuerdo a los resultados arrojados por los instrumentos aplicados, la señora Francy Ned Ramírez Gómez posee las competencias idóneas para desempeñar las funciones a las cuales se postula, además de la capacidad para posicionar en otras actividades. Igualmente, de acuerdo a las habilidades sociales y laborales se relaciona consigo mismo, con los demás y con el mundo que le rodea, de manera óptima contribuyendo al mantenimiento y desarrollo de un adecuado clima laboral, sin representar cualquier tipo de riesgo en sus relaciones interpersonales.

Conclusión:

La entrevistada se encuentra en perfectas condiciones emocionales y mentales, además de poseer las competencias y habilidades idóneas que lo habilita para desempeñar el cargo al cual se postula

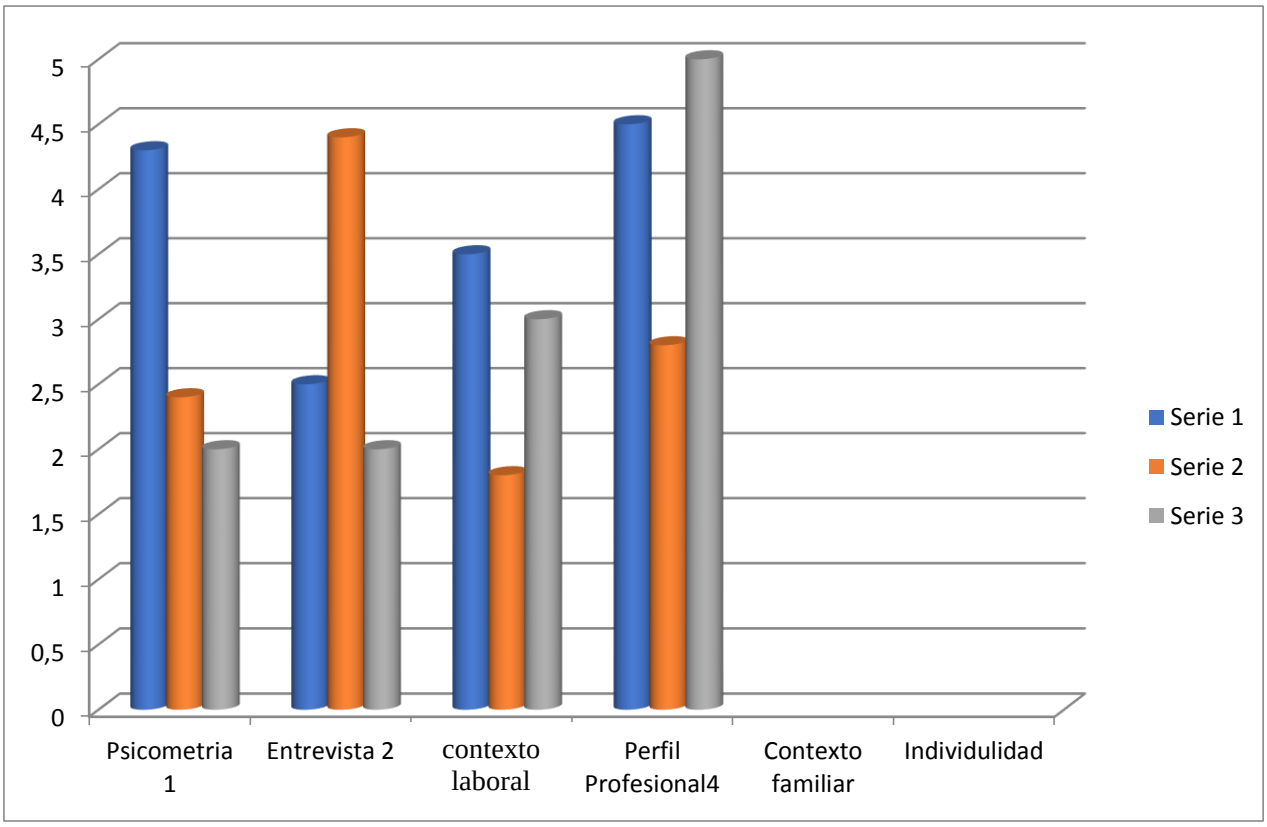
Puntuación de Baremos en rangos de 1 a 5:

ACTITUD_____ (4.8)
APTITUD_____ (4.9)
PROACTIVIDAD_____ (4.6)
TEST WARTEGG_____ (4.6)
TEST D.F.H _____ (4.9)
TEST ÁRBOL _____ (5)
TEST MINIMENTAL _____(5)
TAT FICHAS: (Atención-Memoria) _____No se aplicó ( )
DIALOGO/ENTREVISTA CONTEXTO LABORAL _____ (5)



_____
Diego Fernando Aguirre Jaramillo. Psicólogo. T.P 140050
Esp. SST. Res.2588 de 21/05/2020





SERIE 1

CAPACIDAD DE TRABAJO EN GRUPO _____

TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN _____

CAPACIDAD DE TRABAJO BAJO PRESION _____

SERIE 2

RECONOCIMIENTO DE ROLES _____

RECONOCIMIENTO JERARQUICO _____

IIRITABILIDAD _____

SERIE 3

INDIVIDUALIDAD _____

RESILIENCIA _____

DINAMISMO _____

SERIE 4

ACTITUD _____

APTITUD _____

PROACTIVIDAD _____

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN DEL DIA 07/02/2021

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	899999034	**Cédula Usuario:**	C 31790970
Nombre:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA				
Dirección:	CRA 13 NO 65-10 SEDE 2				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	accidentalidadsst@sena.edu.co				
Teléfono:	5481500		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1806001 ESTABLECIMIENTOS DE EDUCACION NO FORMAL INCLUYE PROGRAMAS DE ALFABETIZACION PARA ADULTOS ETC.				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
C 31790970	MARTA CECILIA GUTIERREZ PATIÑO

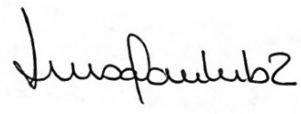
DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	204	08/02/2021	C 66729836	RAMIREZ GOMEZ FRANCY	3	2.436	**Independiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,



Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

04183FFF3123481A3F26A1C498F7C849

Certificado impreso el día 2/7/2021 5:36:30 PM por el portal de empresas Edesk



www.positiva.gov.co

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

FRANCY NED
RAMIREZ GOMEZ
66729836

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
899999034

Este carné es personal e intransferible.

Certificado Bancario

Miércoles, 24 de Febrero de 2021

Señores
CENTRO LATINOAMERICANO DE ESPECIES MENORES

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que FRANCY NED RAMIREZ GOMEZ identificado(a) con CC 66729836, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	87458209837	2016/04/11	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.

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

Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el momento de todos
Bancolombia

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:
TULUA	AGENCIA TULUA	52	52-46-101001193	0

Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:	Vigencia Hasta:			A las:	Tipo Movimiento:
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	
05	02	2021	08	02	2021	00:00	15	11	2021	00:00	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social:	RAMIREZ GOMEZ FRANCY NED			Identificación:	66729836
Dirección:	CALLE 26B 3 35	Ciudad:	TULUA - VALLE	Teléfono:	2262222

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social:	SENA - REGIONAL VALLE			Identificación:	899999034-1
Dirección:	KM 2 VIA TULUA – BUGA	Ciudad:	TULUA - VALLE	Teléfono:	2244330

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.2222000 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTACIÓN TEMPORAL DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUCTOR DE ACUERDO A LA RED DE CONOCIMIENTO Y ÁREA TEMÁTICA , PARA IMPARTIR FORMACIÓN, ASISTENCIA TÉCNICA, ASESORÍA A LAS EMPRESAS Y/O JORNADAS DE DIVULGACIÓN TECNOLÓGICA PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES DE FORMACIÓN PARA EL PROGRAMA REGULAR DEL CENTRO LATINOAMERICANO DE ESPECIES MENORES- REGIONAL VALLE.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	08/02/2021	15/11/2021	$ 1,950,000.00

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	$ 1,950,000.00	05/02/2021

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
GLORIA ISABEL SOTO VELASCO	91929	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 CALLE 28 NO. 26-63 - Teléfono: 2247827 - TULUA

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. 52-46-101001193, 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 TULUA, a los 5 días del mes de Febrero 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°: 52461010011930

FECHA	
05/02/2021	

RECIBIMOS DE: RAMIREZ GOMEZ FRANCY NED C.C. 66729836

LA SUMA DE: TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 52-46-101001193

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
AGENCIA TULUA - CU. ESTATAL - 101001193 - 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: GLORIA ISABEL SOTO VELASCO - 91929	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°: 52461010011930

FECHA	
05/02/2021	

RECIBIMOS DE: RAMIREZ GOMEZ FRANCY NED C.C. 66729836

LA SUMA DE: TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 52-46-101001193

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
AGENCIA TULUA - CU. ESTATAL - 101001193 - 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: GLORIA ISABEL SOTO VELASCO - 91929	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.52-46-101001193

1. AMPAROS.

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

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

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

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

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

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

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

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

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

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

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

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

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

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

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

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

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

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

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

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

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

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

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

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

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

2. EXCLUSIONES.

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

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

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

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

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

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.



Redeban

FEB 05 2021 19:41:07 RBMDES 8.63

CORRESPONSAL
BANCOLOMBIA
BARRIO PLAYAS TULUA 2
T 12 25 88

C.UNICO: 3007036016 TER: ACO07790
RECIBO: 033870 RRN: 038367
APRO: 653553

RECAUDO
CONVENIO: 47189
SEGUROS DEL ESTADO S
REF: 000000000030000019881019

VALOR $ 33.320

Bancolombia es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros por su cuenta. Verifique que la informacion en este documento este correcta. Para reclamos comuniquese al 018000912345. Conserve esta tirilla como soporte.

*** CLIENTE ***