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 NORTE DE SANTANDER
CENTRO DE LA INDUSTRIA, LA EMPRESA Y LOS SERVICIOS-NORTE DE SANTANDER - SERVICIOS PR
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	**54**
Código Centro	**953710**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**97988-906497**
No. de documento	**22201**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	YOLANDA VIVIANA CASTELLANOS ROMERO	**C.C.**	60.421.324	**IP/Nº de contacto**	3114827382
Correo electrónico contratista:	yvcastellanos4@misena.edu.co				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	SI	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2020 Superaron $49'849.000	SI	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		SI	
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		23349921782	
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:	2185229/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**17921**	
Valor Total del Contrato	$ 40.950.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 40.950.000	**1**	**Del**	**01/02/2021**	**Al**	**28/02/2021**	**$ 3.900.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 37.050.000		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL QUE PROGRAME EL CENTRO DE FORMACIÓN EN SUS DIFERENTES NIVELES Y MODALIDADES ATENDIENDO LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE SEGÚN EL PERFIL GESTION DE LA PRODUCCION-

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.900.000	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	**$ 3.900.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.299.050**	**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	----------	**4373790311**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.560.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 195.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 249.600	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL V	$ -	$ 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	$ 390.000	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 766.350	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.299.050,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.455.400,00	
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 - 8542	16.586,00	0,480%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Estampilla Departamental	78.000,00	2,000%
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	**$ 3.805.414,00**	

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS CINCO MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Acciones de formación profesional integral directas a formación complementaria: 140 horas

OTROS
Actividades adicionales de apoyo a la formación: 20 horas

Total horas ejecutadas en el periodo: 160 horas

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.

YOLANDA VIVIANA CASTELLANOS ROMERO
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,

PABLO JULIO ACERO MORALES
INSTRUCTOR

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:
EL ORDENADOR DEL PAGO

EDUARDO RIVERA SIERRA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	60421324
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			YOLANDA VIVIANA CASTELLANOS ROMERO
CIUDAD/MUNICIPIO:	PAMPLONA	DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
DIRECCIÓN:	CRR 3 6 07	TELÉFONO:	3000000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4373790311**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES enero AÑO	2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES enero AÑO	2021
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2021/01/22	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9993657118

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 113.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 113.600	$ 0	$ 0	$ 113.600
SUBTOTALES:													**$ 113.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 113.600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES									
																												PENSIÓN								SALUD						ARP															
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 60421324	CASTELLANOS ROMERO YOLANDA VIVIANA	INDEPEND	REQ CUMP PENS	$ 1.560.000				NO								01-30													$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 908.526	$ 113.600	$ 0	$ 113.600			$ 0		$ 0	$ 0	$ 0		$ 0								

TOTAL	**$ 113.600**

Planilla Pagada

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14730803494

(415)7707212489984(8020) 000001473080349 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
6 0 4 2 1 3 2 4	6	Impuestos de Cúcuta 7	

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 0 4 2 1 3 2 4	2 0 0 1 0 2 2 1

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Norte de Santander 5 4	Chinácota 1 7 2

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CASTELLANOS	ROMERO	YOLANDA	VIVIANA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Norte de Santander 5 4	Chinácota 1 7 2

41. Dirección principal: CONJ VILLAS DE MEJUE MZ G CA 14

42. Correo electrónico: vivianacastellanosromero@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 1 4 8 2 7 3 8 2	3 1 0 2 1 2 2 6 9 7

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

22- Obligado a cumplir deberes formales a

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 01 - 14 / 21 : 36: 49

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:

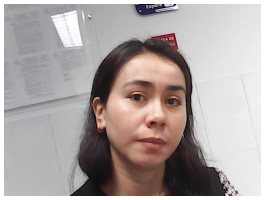
984. Nombre CASTELLANOS ROMERO YOLANDA VIVIANA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

I.P.S. PREVENIR S.O. LTDA

CALLE 20 # 2-21 B. BLANCO

PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 807.004.056-8 Lic. S.O. No.03592
MPO 03-R-02-3



CERTIFICADO MEDICO EVALUACION DE SALUD OCUPACIONAL

EXAMEN DE PREINGRESO

FECHA : 24 de Enero de 2020

EMPRESA : 5009 - PARTICULAR

NOMBRE : YOLANDA VIVIANA CASTELLANOS ROMERO			C.C. 60421324 DE CHINACOTA
DIRECCION : CONJUNTO MACARENA CASA D11 MUNICIPIO VILLA ROSARIO TELEFONO : 3114827382			
CARGO : INSTRUCTOR DE ALTURAS			ESCOLARIDAD : MAGISTER
F. NACIMIENTO : 07/11/1982	EDAD : 37 AÑOS	SEXO : F	ESTADO CIVIL : UNIION LIBRE
AFP: COLPENSIONES ARL: SURAMERICANA EPS: SANITAS			
RESPONDE: NELSON EDUARDO CONTRERAS TELF 3102122697 ESPOSO			

EXAMENES PARACLINICOS Y PRUEBAS : AUDIOMETRÍA - OPTOMETRÍA - ENCUESTA DE TRABAJO EN ALTURAS - GLICEMIA - PRUEBA DE EMBARAZO - PRUEBAS DE COORDINACION MOTRIZ - PRUEBAS DE EQUILIBRIO(ROMBERG, DIX-HALLPIKE,UNTERBEGER) - PRUEBAS DE TUNEL CARPIANO - PRUEBAS DINAMICAS DE COLUMNA

CONCEPTO : SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO APTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

RECOMENDACIONES : USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

EVOLUCIÓN :

CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA EN ESTE DOCUMENTO ES VERDADERA Y NO OCULTE INFORMACIÓN SOBRE MI ESTADO DE SALUD, ENFERMEDAD PROFESIONAL Y/O ACCIDENTE DE TRABAJO PRESENTADOS ANTES DE ESTE EXAMEN.

EDGAR FERNEY GIL URIBE
REGISTRO MEDICO 1090403289
LICENCIA S.O. 4653/16

YOLANDA VIVIANA CASTELLANOS ROMERO
C.C. 60421324

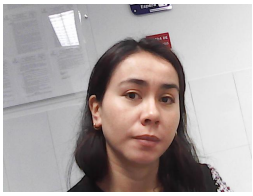
24 de Enero de 2020 - 12:17:58 CUCUTA - NORTE DE SANTANDER

I.P.S. PREVENIR S.O. LTDA

CALLE 20 # 0B-13 B. BLANCO

PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 807.004.056-8 Lic. S.O. No.03592
MPO 03-R-02-2

AUDIOMETRIA



EXAMEN DE PREINGRESO **FECHA 24 de Enero de 2020**

EMPRESA : 5009 - PARTICULAR

NOMBRE : YOLANDA VIVIANA CASTELLANOS ROMERO C.C. 60421324 DE CHINACOTA
CONJUNTO MACARENA CASA D11 MUNICIPIO VILLA ROSARIO TELEFONO 3114827382
CARGO ACTUAL : INSTRUCTOR
ANTIGUEDAD EN LA EMPRESA : 0 SECCION : OPERATIVA EN EL CARGO : 0
E.P.S. : SANITAS A.R.L. : SURAMERICANA A.F.P. : COLPENSIONES
LABOR A DESEMPEÑAR : ORIENTACION EN CLASES PREVENCION DE RIESGOS LABORALES Y ERGONOMIA
EQUIPOS Y MAQUINARIA A UTILIZAR : COMPUTADOR, TABLERO, AYUDAS AUDIOVISUALES
MATERIAS PRIMAS : ALUMNOS
E.P.P. : IDENTIFICACION
NACIMIENTO 7 de Noviembre de 1982 EDAD : 37 AÑOS ESTADO CIVIL : UNION LIBRE ESCOLARIDAD : MAGISTER

ANTECEDENTES AUDITIVOS PERSONALES

Otitis	NO	Perdida de Audición	NO	Otalgia	NO	TBC	NO	Otorrea	NO	Vertigo	NO	Trauma	NO	Diabetes	NO
Otorrogia	NO	Acufenos	NO	Hipertensión	NO										
Otros	NO	Cuales													
Antecedentes Familiares de Hipoacusia	NO														

EXPOSICION AL RUIDO

Tejo	NO	Tiro	NO	Discoteca	SI	Motocicleta	NO	Caceria	NO	Uso de Auriculares	SI	Explosión	NO

CONDICIONES DE TOMA DE PRUEBA

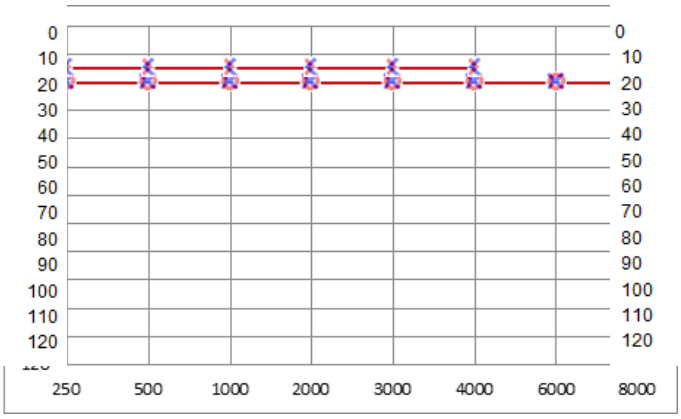
Audiometro marca	AMPLAID A177	Fecha calibración	08/02/2019
Descanso Auditivo	12 HORAS	Uso de cabina sonoamortiguadora	SI

OTOSCOPIA

O.D.	NORMAL
O.I.	NORMAL

AUDIOGRAMA

	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
V.A.O.D.	20	20	20	20	20	20	20	20
V.A.O.I.	20	20	20	20	20	20	20	20
V.O.O.D.	15	15	15	15	15	15		
V.O.O.I.	15	15	15	15	15	15		



OBSERVACIONES EVITAR SONIDOS A ALTO VOLUMEN , APTO POR AUDICION PARA EL CARGO

DIAGNOSTICO AUDICION NORMAL

NANCY GONZALEZ CASTAÑEDA
FONOAUDIOLOGO REGISTRO 4046

Laboratorio Clinico

Martha Lucía Gallardo C.

Bacterióloga U. de Los Andes

Fecha: 29/01/2020
Nombre: YOLANDA VIVIANA CASTELLANOS R
Identificacion: 60421324
Ordenado por Dr.: A.Q.C.
Empresa: IPS PREVENIR

EXAMENES VARIOS

EXAMEN	RESULTADO	REFERENCIA
TRIGLICÉRIDOS	96,7	mg/dl. (VN: Hasta 175 mg/dl)
COLESTEROL TOTAL	183,6	VALORES DE REFERENCIA: Hasta 200,0 mg/dl.
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL)	34,6	VALORES DE REFERENCIA: HOMBRES: Mayor de 35,0 mg/dl. MUJERES: Mayor de 45,0 mg/dl.
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD (LDL)	129,66	VALORES DE REFERENCIA: Hasta 160,0 mg/dl.

MARTHA LUCIA GALLARDO
Bacteriologa

Av. 0 - No 13-179 - Caobos
Tel. 5717428 Cúcuta - Colombia

Laboratorio Clinico

Martha Lucía Gallardo C.

Bacterióloga U. de Los Andes

Fecha: 29/01/2020
Nombre: YOLANDA VIVIANA CASTELLANOS R
Identificacion: 60421324
Ordenado por Dr.: A.Q.C.
Empresa: IPS PREVENIR

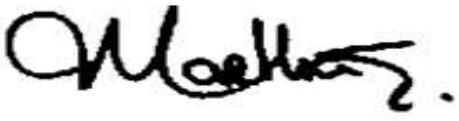
EXAMEN DE ORINA

CARACTERISTICAS GENERALES:

Color	AMARILLO
Aspecto	Lig. Turbio
Densidad	1,020
Ph	5,0
Proteinas	NEG.
Glucosa	NEG.
Hemoglobina	NEG.
Bilirrubinas	NEG.
Cetona	NEG.
Urobilinogeno	NORMAL
Nitritos	NEG.

EXAMEN MICROSCOPICO DEL SEDIMENTO

Celulas	0 - 2
Leucocitos	0 - 2
Hematíes	0 -1
Bacterias	ESCASAS
Cilindros	
Celulas Renales Altas	
Moco	+
Levaduras	
Pseudomicelios	
Otros:	CRIST:
	CRIST:
	CRIST:



MARTHA LUCIA GALLARDO
Bacteriologa

Av. 0 - No 13-179 - Caobos
Tel. 5717428 Cúcuta - Colombia

Laboratorio Clinico

Martha Lucía Gallardo C.

Bacterióloga U. de Los Andes

Fecha: 29/01/2020
Nombre: YOLANDA VIVIANA CASTELLANOS R
Identificacion: 60421324
Ordenado por Dr.: A.Q.C.
Empresa: IPS PREVENIR

HEMATOLOGIA

SERIE ROJA			SERIE BLANCA		
Hematocrito	39,8	**% (35 - 50)**	**Leucocitos**	5,900	**x mm³ (4.800 -10.000)**
Hemoglobina	13,2	**gs./dl (11.0 - 15.5)**	**Mielocitos**		**%³**
Sedimentacion		**mm. 1 hora**	**Metamielocitos**		**%**
			Cayados		**%**
			Neutrofilos	53	**% (43 - 76)**
			Eosinofilos	3	**%**
			Basofilos		**%**
			Linfocitos	43	**% (17 - 48)**
			Monocitos	1	**% (1 - 10)**
			Linfocitos Reactivo		**%**

PLAQUETAS 206,000 **x mm³ (150.000 - 390.000)**
OBSERVACION

MARTHA LUCIA GALLARDO
Bacteriologa

Av. 0 - No 13-179 - Caobos
Tel. 5717428 Cúcuta - Colombia

Resultados de la prueba de Función Pulmonar

IPS PREVENIR S.O. LTDA

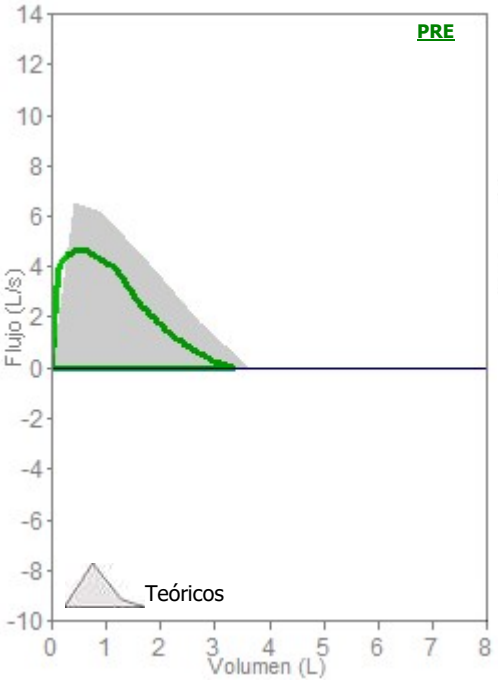
Calle 20 # 0B-13

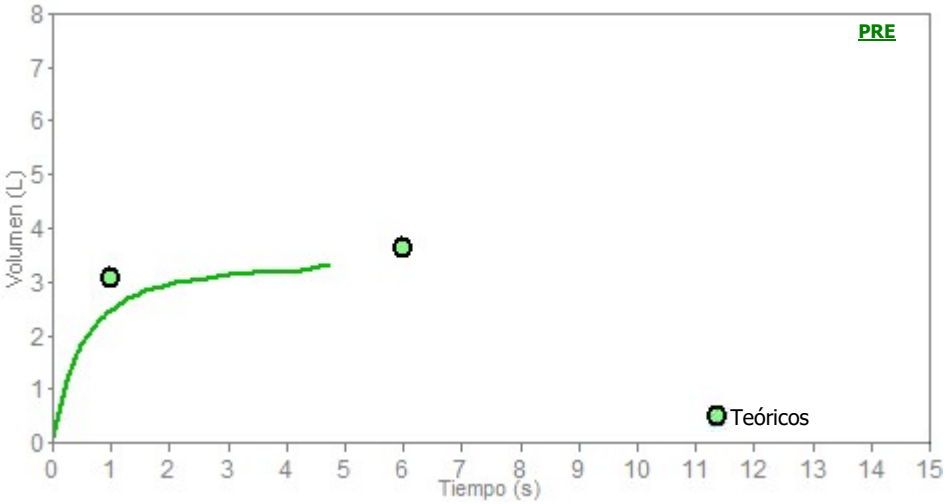
5716842

Fecha de visita 29/01/2020

Cód. paciente: 60421324		Edad	37
Apellido	CASTELLANOS RON	Género	Femenino
Nom.	YOLANDA VIVIANA	Altura, cm	168
Fecha de nacimier	07/11/1982	Peso:, kg	66
Grupo étnico	Caucásico	BMI	23.38
Fuma	No fumador	Paquete-año	
Grupo paciente			

FVC PRE FEV1 PRE FEV1% PRE





Grado de control de calidad: D
1 Acceptable trials

Interpretación

Espirometría normal

Fecha prueba PRE 29/01/2020 8:00:39

Parámetros		LLN	Teór.	Best	%Teór.	Z-score	PRE #1	PRE #2	PRE #3	POST	%Teór.	%Cam
FVC	L	2.84	3.64	3.34*	92	-0.62	3.34			*		
FEV1	L	2.41	3.05	2.50*	82	-1.42	2.50			*		
FEV1/VC	%	71.6	83.3									
FEV1/FVC	%	71.6	83.3	74.9*	90	-1.19	74.9			*		
PEF	L/s	3.93	6.57	4.72*	72	-1.15	4.72			*		
FEF2575	L/s	2.09	3.49	2.00	57	-1.74	2.00					
ELA	años		37	66	178		66					
FET	s		6.00	4.72	79		4.72					
EVol	mL			43			43					
FIVC	L	2.84	3.64									

***Mejores valores de todas las curvas - BTPS 1.073 29 °C (84.2 °F) - Teóricos Knudson**

Informe médico

Firma

Instrumento usado
Spirobank II new S/N Y08346

SALUD EMPRESARIAL IPS S.A.S.
PROFESIONALES EN MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO

Dra. María Fernanda González
Fonoaudióloga
Reg. 54-1525
Universidad de Pamplona
Esp. SST Cúcuta Reg. 094256

FICHA DE EVALUACION DE VOZ

FECHA DE EVALUACION	DIA: 29	MES: 01	AÑO: 2020

1. ENTREVISTA

Este cuestionario tiene como fin obtener información pertinente a sus conocimientos sobre la producción de la voz, sus hábitos y los posibles factores de riesgo a los que se ve expuesta para presentar una alteración de voz.

1.1 DATOS PERSONALES:							
NOMBRE Y APELLIDO:	Yolanda Viviana Castellanos Romero						
EDAD: 37	AÑOS	GENERO:	X	M	DOCUMENTO:	CC	60421324

2. HABITOS:

En el siguiente cuadro marque con una **X** de acuerdo con la frecuencia que consume o consumió.

	HABITOS		nunca	ocasionalmente	frecuentemente	siempre
2.1	Alcohol (número de veces a la semana _____	Actualmente				
		Anteriormente		X		
2.2	Cigarrillos (Numero de cigarrillos al día) _____	Actualmente				
		Anteriormente	X			
2.3	Café (Numero de tazas al día) _____	Actualmente				
		Anteriormente		X		
2.4	Bebidas frías	Actualmente				
		Anteriormente		X		
2.5	Bebidas calientes	Actualmente				
		Anteriormente		X		
2.6	Alimentos condimentados	Actualmente				
		Anteriormente		X		
2.7	Alimentos picantes	Actualmente				
		Anteriormente	X			
2.8	Acompaña la comida con líquidos	Actualmente				
		Anteriormente				X
2.9	Contraste de temperatura de los alimentos	Actualmente				
		Anteriormente	X			
2.10	Habla durante las comidas	Actualmente				
		Anteriormente		X		
2.11	Tiene un horario alimenticio constante	Actualmente				
		Anteriormente		X		
2.12	Hace siestas después de comer	Actualmente				
		Anteriormente	X			
2.13	Su sueño es estable	Actualmente				
		Anteriormente			X	
2.14	Practica deporte (Veces por semana) ¿Cuál? BICI	Actualmente				
		Anteriormente			X	

3. FACTORES DE RIESGO (Señales los factores de riesgo a los que usted esta expuesto)

	FACTOR	SI	NO	NUMERO DE HORAS EL DIA
3.1	Sustancias químicas		X	
3.2	Aire acondicionado	X		4-6 horas día
3.3	Ventiladores	X		2 horas
3.4	Polvo	X		4-6 horas día.
3.5	Ruido			
3.6	Hablar con espacios sin acústica adecuada	X		4-6 horas día

Scanned by CamScanner

SALUD EMPRESARIAL IPS S.A.S.
PROFESIONALES EN MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO

Dra. María Fernanda González
Fonoaudióloga
Reg. 54-1025
Universidad de Pamplona
Esp. SST Unilibre Reg. 004266

4. SIGNOS Y SINTOMAS (Responda sí o no, si al usar su voz usted presenta algunos de estos síntomas, si la respuesta es afirmativa señale la frecuencia S= siempre A.V. = Algunas veces N= Nunca.

	SIGNO Y SINTOMA	S (siempre)	A.V. (algunas veces)	N(nunca)
4.1	Tos y carraspeo		X	
4.2	Sensación de cuerpo extraño			X
4.3	Dolor de laringe y cuello		X	
4.4	Ardor			X
4.5	Falta de aire al hablar			X
4.6	Cansancio vocal			X
4.7	Perdida de volumen de la voz			X
4.8	Debilitamiento de la voz durante el día		X	
4.9	Temblor vocal			X
4.10	Disfonía constante		X	
4.11	Afonía intermitente			X
4.12	Quiebres tonales			X
4.13	Tiroides			X

4.1. Marque Si, No o Av (ALGUNAS VECES) según presente.

	FACTOR	DOLOR			TENSION			ESPASMOS		
		Si	No	Av	Si	No	Av	Si	No	Av
4.1.1	Hombros		X			X			X	
4.1.2	Cuello		X			X			X	
4.1.3	Espalda		X			X			X	

5. HABILIDAD FONATORIA (TMF): Tiempo máximo de fonación.

A	I	U	PROMEDIO EN SEG.	NORMAL
27	25	26	26 Seg	X

RESPIRACION	NORMAL	ALTERADO

DIFICULTAD PARA LA TOMA DE AIRE	RUPTURA	TEMBLOR	ESPASMO

6. DETERMINACION DEL TIPO DE PATRON RESPIRATORIO

TIPO RESPIRATORIO	
CLAVICULAR/COSTAL-SUPERIOR	
TORAXICA	
COSTAL-DIAFRAGMA/ABDOMINAL	

7. MODO RESPIRATORIO

MODO RESPIRATORIO	DIURNO	NOCTURNO
NASAL	X	X
BUCAL		
MIXTO		

8. COMPORTAMIENTO ARTICULATORIO VOCAL

8.1. Ritmo de habla	
Normal	X
Bradilalico	
Taquilalico	

8.2 Expresividad vocal	
Normal	X
Monótona	
Exagerada	

Scanned by CamScanner

SALUD EMPRESARIAL IPS S.A.S.
PROFESIONALES EN MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO

Dra. María Fernanda González
Fonoaudiologa
Reg. 54-1825
Universidad de Pamplona
Esp. SST Unilibre Reg. 094256

9. ASPECTOS SUPRASEGMENTALES

Aspecto	Normal	Alterado
Prosodia	X	
Ritmo	X	
Fluidez	X	

Localización de la resonancia	
Hipernasal	
Hiponasal	
Resonancia normal	X

OBSERVACIONES:
Procesos motores básicos de la voz en parametros de normalidad.
Adoptar tipo de respiración diafragmatica.

RECOMENDACIONES:
Hidratación constante, calentamiento vocal, ejercicios de relajación de cuello y hombros.

María Fernanda González
FONOAUDIOLOGA - Esp. S.S.T
Registro: 54-1825

PROFESIONAL:

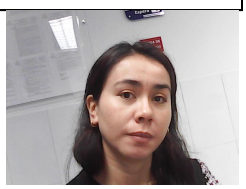
PACIENTE

SALUD EMPRESARIAL
MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO
NIT. 900.449.383-4

Scanned by CamScanner

I.P.S. Prevenir SALUD OCUPACIONAL	MANUAL DE PROCESOS OPERATIVOS	MPO 04 R-01-2
ISO 9001 icontec internacional Certificado SC-CER249092	EXAMENES PARACLINICOS	FECHA 09-02-13
CERTIFIED IQNet MANAGEMENT SYSTEM Registration CO-SC-CER249090	EXAMEN DE OPTOMETRIA	VERSION 2

HISTORIA CLINICA DE LA CONSERVACION VISUAL



EXAMEN DE PREINGRESO **FECHA 24 de Enero de 2020**

EMPRESA : PARTICULAR

NOMBRE : YOLANDA VIVIANA CASTELLANOS ROMERO C.C. 60421324

CARGO : INSTRUCTOR DE ALTURAS EDAD : 37

SINTOMAS :NIEGA

ANTECEDENTES PERSONALES

NIEGA

ANTECEDENTES OCULARES

Ha usado gafas NO	Ha sufrido alguna patología NO
Ha sido operado de los Ojos NO	Ha sufrido traumas oculares NO

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO	NORMAL
OJO IZQUIERDO	PINGUECULA

MOTILIDAD OCULAR

OJO DERECHO	NORMAL
OJO IZQUIERDO	NORMAL

OFTALMOSCOPIA

OJO DERECHO	NORMAL
OJO IZQUIERDO	NORMAL

AGUDEZA VISUAL

		VISION LEJANA	VISION CERCANA
SC	OJO DERECHO	20/20	20/20
	OJO IZQUIERDO	20/20	20/20

		VISION LEJANA	VISION CERCANA
CC	OJO DERECHO		
	OJO IZQUIERDO		

REFRACCION - FORMULA FINAL

	ESFERA	CILINDRO	EJE	ADD	DP	VL	VC
OJO DERECHO	N					20/20	20/20
OJO IZQUIERDO	N					20/20	20/20

DIAGNOSTICO

OJO DERECHO : EMETROPIA

OJO IZQUIERDO : EMETROPIA

V. CROMATICA ISHIHARA : Normal - V. DE PROFUNDIDAD : Normal

DISPOSICION

NO PRESENTA ALTERACION VISUAL

OBSERVACIONES : OPTOMETRICAMENTE APTA PARA LABORES DE ALTURAS.

DR. JULIO CESAR VILLAMIZAR ALVAREZ
OPTOMETRA REGISTRO 183CTNPO

Laboratorio Clinico

Martha Lucía Gallardo C.

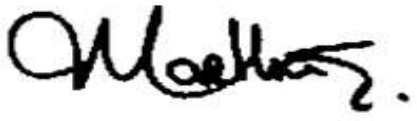
Bacterióloga U. de Los Andes

Fecha: 24/01/2020
Nombre: YOLANDA VIVIANA CASTELLANOS R
Identificacion: 60421324
Ordenado por Dr.: A.Q.C.
Empresa: IPS PREVENIR

EXAMENES VARIOS

EXAMEN	RESULTADO	REFERENCIA
GLICEMIA	91,8	VALORES DE REFERENCIA: De 70,0 a 110,0 mg/dl.
GONADOTROPINA COR. / PRUEBA DE EMBARAZO	NEGATIVO	

Nota:



MARTHA LUCIA GALLARDO
Bacteriologa

Av. 0 - No 13-179 - Caobos
Tel. 5717428 Cúcuta - Colombia

Hace constar:

Que el Sr(a) YOLANDA VIVIANA CASTELLANOS ROMERO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 60421324 realizó el día 16/02/2021 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, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo YOLANDA VIVIANA CASTELLANOS ROMERO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 60421324 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
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

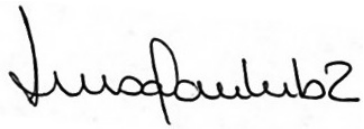
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora YOLANDA VIVIANA CASTELLANOS ROMERO, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 60.421.324, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 02/02/2021 y fecha fin de contrato 18/12/2021 con riesgo 5.

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): 202101012378869.

Esta certificación se expide a los 16 días del mes de Febrero de 2021.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
CUCUTA	**AGENCIA CUCUTA**	**49**	**49-44-101023858**	**0**

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
29	**01**	**2021**	**01**	**02**	**2021**	**00:00**	**15**	**04**	**2022**	**23:59**	**EMISION ORIGINAL**

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	CASTELLANOS ROMERO, YOLANDA VIVIANA		**CC: 60.421.324**
DIRECCIÓN: CARRERA 3 CALLE 6N-07	CIUDAD: CHINACOTA, NORTE DE SANTANDER	TELÉFONO:	3114827382

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL NORTE DE SANTANDER		**NIT: 899.999.034-1**
DIRECCIÓN: CALLE 2N AVENIDA 4 Y 5 BARRIO PESCADERO SAN JOSE DE CUCUTA	CIUDAD: CUCUTA, NORTE DE SANTANDER	TELÉFONO	5829996
ADICIONAL:			

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DELAS OBLIGACIONES EN LA EJECUCION DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No CO1.PCCNTR.2185229/2021, CUYO OBJETO ES, PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL QUE PROGRAME EL CENTRO DE FORMACION EN SUS DIFERENTES NIVELES Y MODALIDADES ATENDIENDO LAS POLITICAS INSTITUCIONALES Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE SEGUN EL PERFIL GESTION DE LA PRODUCCION- SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO- TRABAJO EN ALTURAS

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	**01/02/2021**	**15/04/2022**	**$4,095,000.00**

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******15,000.00	$ *******8,000.00	$ *******4,370.00	$ ***********27,370.00	$ ********4,095,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
PROMOTORA DE SEGUROS CUCUTA LTDA.	143606	100.00			

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

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES AV. 1E NO. 17 - 88 - TELEFONO: 5835460 - CUCUTA

49-44-101023858

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PROMOTORA DE SEGUROS CUCUTA LTDA.
NIT 900.671.325-1 REG. COMUN

RECIBO DE CAJA PP 7795

SEÑOR(ES): CASTELLANOS ROMERO YOLANDA VIVIANA
DIRECCION:
FORMA DE PAGO: EFECTIVO

FECHA: 29/01/2021
NIT: 60.421.324
TEL:

CODIGO	DESCRIPCION	POLIZA	PRIMA	GASTOS	IVA	VALOR
4944	CUMPLIMIENTO	101023858	$15.000	$8.000	$4.370	$27.370

TOTAL: **$27.370**

LA SUMA DE: VEINTISIETE MIL TRESCIENTOS SETENTA PESOS M.C.

PROMOTORA DE SEGUROS CUCUTA LTDA. NIT. 900.671.325-1 Seguros del Estado S.A. *PAGADO*

BRIGITTE PERDOMO
CAJERO :

AV 4 No 10-46 OF 206 CC PLAZA - E-MAIL: SEPULVEDASEGUROS@HOTMAIL.COM -TEL: 5711769

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT 860.009.578-6

PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES

No. 49-44-101023858 SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015

1. AMPAROS.

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

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

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

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

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

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

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

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

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

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

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

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

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

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

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

GRÁFICAS COLOMBIA LTDA . 06/15

PERJUICIOS DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES SURGIDAS DEL CONTRATO AMPARADO POR LA GARANTÍA.

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

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

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

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

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

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

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

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

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

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

2. EXCLUSIONES.

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

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

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

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

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

3. SUMA ASEGURADA.

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

4. VIGENCIA.

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, SE HARÁ BAJO LOS LINEAMIENTOS DEL DECRETO 1082 DE 2015 Y CONSTARAN EN LA CARÁTULA DE LA MISMA O EN SUS ANEXOS.

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

PARA HACER EFECTIVOS CUALQUIERA DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR **SEGURESTADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA** DEBERÁ GARANTIZAR EL DEBIDO PROCESO DE **SEGURESTADO** Y EL CONTRATISTA, MEDIANTE EL AGOTAMIENTO DEL PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011 O LAS NORMAS QUE LO SUSTITUYAN O MODIFIQUEN.

LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LE CORRESPONDERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y

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 L**A 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.

PARA CONSTANCIA DE LO EXPUESTO, Y EN SEÑAL DE ASENTIMIENTO Y COMPROMISO CON TODO LO AQUÍ PACTADO SE FIRMA EN Cúcuta A LOS Veintinueve (29) DÍAS DEL MES DE Enero DEL AÑO 2021.

Wuian@stallanos

firma tomador

San José de Cúcuta, 23 febrero del 2021

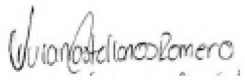
Señores
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
La Ciudad

Asunto: Información solicitada por el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013

Dando cumplimiento a lo establecido con el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013, y como persona actualmente residente en Colombia que durante el año calendario actual les estará cobrando rentas de trabajo (salarios, u honorarios, o comisiones, o servicios personales, o emolumentos eclesiásticos, etc.), suministro a ustedes la siguiente información para efectos de que ustedes mismos definan el valor de la retención en la fuente que se ha de aplicar a los valores a mi favor por concepto de rentas de trabajo:

a. Durante el año gravable 2020, el 80% o más de mis ingresos brutos SI provinieron de la prestación de servicios de manera personal o el desarrollo de una actividad económica bajo cuenta y riesgo un empleador o contratante.
b. Durante el año gravable 2020, el 80% o más de mis ingresos brutos SI provinieron de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o de la prestación de servicios técnicos que no requieren la utilización de materiales o insumos especializados, o de maquinaria o equipo especializado.
c. Por el año gravable 2020, soy una persona natural que SI quedé obligado a presentar declaración anual del impuesto de renta al gobierno colombiano.
d. Por el año gravable 2020, soy una persona natural que SI obtuvo ingresos brutos totales superiores a 1.400 UVT ($49.850.000).
e. Por el año gravable 2020, NO desarrollé una de las actividades señaladas en el artículo 340 del Estatuto Tributario y si la desarrollé no representó más del veinte por ciento (20%) de mis ingresos brutos.
f. Por el año gravable 2020, NO presté servicios técnicos que requirieron de materiales o insumos especializados, o maquinaria o equipo especializado, cuyo costo representa más del veinticinco por ciento (25%) del total de los ingresos percibidos por concepto de tales servicios técnicos.

En constancia de lo anterior, firmo en San José de Cúcuta a los 19 días del mes de febrero de 2021



_____

Yolanda Viviana Castellanos Romero

C.C. 60.421.324

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San Jose de Cúcuta, 23 de febrero de 2021

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	**1092945991**	**Tomas Eduardo Contreras Castellanos**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente con mi firma declaro: que **NINGUNA PERSONA** ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,



FIRMA

Nombre: Yolanda Viviana Castellanos Romero

C.C. 60421324

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1092945991

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43608770

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ 3 Número 4 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ **Código** H 5 C

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía
COLOMBIA, NORTE DE SANTANDER, CUCUTA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CONTRERAS	CASTELLANOS

Nombre(s)
TOMAS EDUARDO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2007 Mes DIC Día 19	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)
COLOMBIA , NORTE DE SANTANDER , CUCUTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	52300943-3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
CASTELLANOS ROMERO YOLANDA VIVIANA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 60.421.324 CHINACOTA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
CONTRERAS JAIMES NELSON EDUARDO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 80.002.638 CHINACOTA	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
CONTRERAS JAIMES NELSON EDUARDO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 80.002.638 CHINACOTA	

Datos Primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2009 Mes DIC Día 30	RUBEN DARIO GALVIS GARCIA

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hizo el reconocimiento
Firma	RUBEN DARIO GALVIS GARCIA Nombre y cédula

ESPACIO PARA NOTAS

NOTARIA CUARTA DE CUCUTA (N. DE S.) DILIGENCIA DE PRESENTACION PERSONAL
EL DIA 24 DE ENERO DE 2020 FOLIO NO0226
LA PRESENTE FOTOCOPIA FUE TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA. SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO
LEY 962 DE 2005

SAN JOSE DE CUCUTA, A LOS 24 ENE. 2020

RUBÉN DARIO GALVIS GARCÍA
NOTARIO CUARTO DEL CIRCULO DE CUCUTA

REPUBLICA DE COLOMBIA
RUBEN DARIO GALVIS GARCIA
NOTARIO CUARTO DE CUCUTA