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 SANTANDER
CENTRO DE GESTION AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE-SANTANDER - SERVICIOS PRESTADOS A L
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	**68**
Código Centro	**954610**
Fecha Elaboración	**9 de Marzo de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**01583-345825**
No. de documento	**28035**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	RUBY MILENA CADENA ZARATE	**C.C.**	63.437.560	**IP/Nº de contacto**	3124795919
Correo electrónico contratista:	rcadenaz@sena.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 ?**		NO	
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		32916775406	
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:	2276956/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**14921**	
Valor Total del Contrato	$ 18.308.250	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 18.308.250	**1**	**Del**	**23/02/2021**	**Al**	**28/02/2021**	**$ 732.330,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 17.575.920		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA DESARROLLAR PROGRAMAS DE FORMACIÓN TITULADA Y COMPLEMENTARIA VIRTUAL EN SISTEMAS DE GESTION DE LA CALIDAD EN EL CENTRO DE GESTIÓN AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 732.330	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	**$ 732.330**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 354.998**	**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	----------	**C.Afiliacion**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 908.526	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 113.600	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 145.400	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 9.500	$ 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	$ 118.333	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	354.998,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	473.330,00	
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 - 8543	947,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 731.383,00**	

SON: SETECIENTOS TREINTA Y UN MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se desarrolla la preparación y orientación virtual del programa complementario Auditoria Interna de Calidad NTC ISO 9001 de las fichas 2273188, 2273197, 2273200, 2273204. Se realiza el proceso de alistamiento y formación.
se ajusta el cronograma general del programa, se actualiza el perfil del instructor en territorium, se anuncia la fecha de inicio y y fecha de finalización del curso, se anuncia sesiones en línea, actividades iniciales a desarrollar e inicio de la actividad No. 1.
Se envia correo electrónico a los aprendices con el fin de dar la bienvenida al programa.
Se asocia ruta de aprendizaje a los aprendices de la ficha complementaria virtual 2273188, 2273197, 2273200, 2273204.
Participación reunión complementaria.

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.

RUBY MILENA CADENA ZARATE
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,

MARTHA RUEDA MONCADA
INSTRUCTOR G20

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

OSCAR ALFONSO PEÑA AMAYA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) RUBY MILENA CADENA ZARATE identificado(a) con CC 63437560 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**01/04/2020**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**U.T. FOSCAL-ESCANOGRAFIA S.A. -FOSCAL VELEZ**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 06 días del mes de marzo del año 2021 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **RUBY MILENA CADENA ZARATE** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **63437560,** se encuentra afiliado/a desde **01/08/2018** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 09 de marzo 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 14400916631

(415)7707212489984(8020) 000001440091663 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
6 3 4 3 7 5 6 0	9	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	6 3 4 3 7 5 6 0	1 9 9 9 1 0 0 6

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Vélez 8 6 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CADENA	ZARATE	RUBY	MILENA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CR 55 A 163 35 TO 6 AP 1212

42. Correo electrónico ruby.cadena@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	6 7 0 1 5 1 1	

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
7 1 1 0	2 0 0 6 0 1 0 2	8 5 4 3	2 0 1 6 0 2 0 1					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

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 2017 - 01 - 18

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 CADENA ZARATE RUBY MILENA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Laboral Salud I.P.S.
Medicina Laboral y Sistemas de Gestión
Nit. 901017957-6
Dirección: Carrera 29 # 40 - 44 Bucaramanga - Colombia
Cel: 3114764772 Tel: 6323511 E-mail: administrativo@laboralsaludips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 43.119

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
27 DÍA	01 MES	2020 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EMO EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR

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

PARTICULARES	PARTICULARES
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

CADENA ZARATE RUBY MILENA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	38 AÑOS	CC	63437560
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INSTRUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIONES LABORALES

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:

EMO EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	✓	PARACLINICOS (OPTOMETRÍA)	✓
LAB CLÍNICO (COLESTEROL TOTAL)	✓	PARACLINICOS (AUDIOMETRÍA)	✓
LAB CLÍNICO (CUADRO HEMÁTICO)	✓	PARACLINICOS (ESPIROMETRÍA)	✓
LAB CLÍNICO (GLICEMIA)	✓	PARACLINICOS (VALORACIÓN DE VOZ)	✓
LAB CLÍNICO (PARCIAL DE ORINA)	✓	TEST PSICOLÓGICO (WARTEGG)	✓
LAB CLÍNICO (TRIGLICERIDOS)	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : VALORACION POR NUTRICIONISTA EN LA EPS	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
		CONTROL DE PESO
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE REALIZA VALORACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR, DERMATOLÓGICO Y NEUROLÓGICO SIN EVIDENCIA CLÍNICA DE PATOLOGÍA A ESTE NIVEL. A NIVEL CARDIOVASCULAR PRESENTA PATOLOGÍA QUE NO LO RESTRINGE LABORALMENTE, SE RECOMIENDA ACUDIR A VALORACIÓN MÉDICA Y NUTRICIONAL EN LA EPS A CONTROL DE PESO. ADEMÁS, SE RECOMIENDA VINCULAR AL PROGRAMA DE P Y P CARDIOVASCULAR DE LA EMPRESA. CUMPLIR CON LAS NORMAS ESTABLECIDAS Y PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA. REALIZACIÓN DE PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL.

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

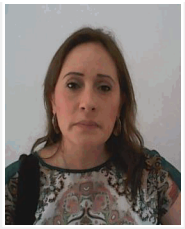
Médico **Aspirante o Trabajador**

Firma:		**Firma:**	
Nombre:	URIBE TELLEZ SERGIO MAURICIO	**Nombre:**	CADENA ZARATE RUBY MILENA
R. M.:	0843-08 **L.S.O.:** 19215	**CC:**	63437560



SEDE: PRINCIPAL CARRERA 29 # 40 - 44 BUCARAMANGA - COLOMBIA TELÉFONOS: 76323511

Laboral Salud I.P.S.
Medicina Laboral y Sistemas de Gestión
Nit. 901017957-6
Dirección: Carrera 29 # 40 - 44 Bucaramanga - Colombia
Cel: 3114764772 Tel: 6323511 E-mail: administrativo@laboralsaludips.com



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES — **Atención N°: 7897**

Fecha: 27/01/2020 **Ciudad:** BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA)

Tipo Exámen: EMO EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR Y CARD **Eps:**

CC: 63437560 **Nombre:** CADENA ZARATE RUBY MILENA **Edad:** 38 AÑOS 4 M **Genero:** FEMENINO

Fecha Nacimiento: 14/09/1981 **Empresa:** PARTICULARES **Ocupacion:** INSTRUCTOR

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
SENA	INSTRUCTOR	NINGUNA	NO APLICA	5	0

ANTECEDENTES FAMILIARES

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

EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO	POLÍGONO	NO
MOTO	NO	AUDÍFONOS	NO
DISCOTECA	NO	OTRO	
SERVICIO MILITAR	NO		

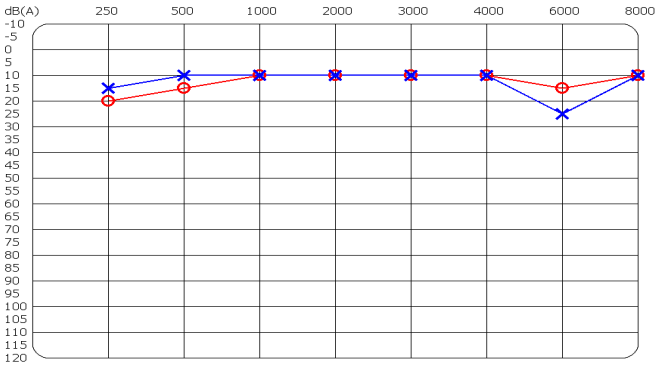
CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas) : 12 Hora(s) **Realizó re test:** SI **Uso Cabina Sonoamortiguada:** SI

Marca y Referencia audiometró utilizado: LARSON DAVIS **F. Ultima Calibración:** 2016-10-18

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	10	10	10	10	15	10
VAOI	15	10	10	10	10	10	25	10

SEVERIDAD - CAOHC

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

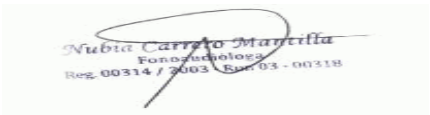
Código	Nombre del Diagnóstico	Oido	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	

Observaciones

AUDICIÓN NORMAL BILATERAL

FONOAUDIÓLOGO



Firma:

Nombre: CARRERO MANTILLA NUBIA

R. M.: 00314 **L.S.O.:**

TRABAJADOR

Firma:

Nombre: CADENA ZARATE RUBY MILENA

CC 63437560

Laboral Salud I.P.S.
Medicina Laboral y Sistemas de Gestión
Nit. 901017957-6
Dirección: Carrera 29 # 40 - 44 Bucaramanga - Colombia
Cel: 3114764772 Tel: 6323511 E-mail: administrativo@laboralsaludips.com



INFORME DE ESPIROMETRÍA

DATOS PERSONALES No: 2,489

Municipio: BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) **Fecha:** 27/01/2020 - 12:00 A. M.

Tipo Evaluación Medica: EMO EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR Y CARDIC **CC:** 63437560

Nombre: CADENA ZARATE RUBY MILENA **Edad:** 38 AÑOS 4 M **Peso:** 72.00 kg **Talla:** 147 cm

IMC: 33.32 Obeso **Empresa:** PARTICULARES **Fecha de Ingreso:**

Antiguedad: **Cargo:** INSTRUCTOR

Funciones del Cargo: INSTRUCTOR **Eps:**

F Ultimo Examen: **Resultado:** NO APLICA

Característica Exposición en el área de trabajo actual: LABORATORIO

Uso de elementos de protección personal:

Mascarilla: [ ] **Respirador:** [X] **Otro:** [ ] **¿Cual?:**

Factores de Riesgo:

Polvo: [ ] **Humos:** [ ] **Gases:** [ ] **Vapores:** [ ] **Neblinas:** [ ] **Tiempo exposición:**

HÁBITOS PERSONALES

Habito	Refiere	Cant	Frecuencia	Observación
¿FUMA CIGARRILLO, TABACO O PIPA?	NO	0	CONSUMO/DÍA	
¿ES EXFUMADOR?	NO	0	CONSUMO/DÍA	
¿PRACTICA ALGUN DEPORTE?	SI	0	HORAS/SEMANA	CICLISMO OCASIONALMENTE
¿COCINA O COCINÓ CON LEÑA?	NO	0	NA	

DIFICULTAD AL RESPIRAR	NO	CON EL ESFUERZO FISICO	NO APLICA
TOS FRECUENTE	NO	CON ESPUTO	NO APLICA
ENFERMEDAD CARDIACA	NO	¿CUAL?	
DOLOR AL RESPIRAR	NO	¿DÓNDE?	
ALERGIA RESPIRATORIA	NO	¿A QUÉ?	
ASMA	NO	EDAD ÚLTIMA CRISIS	
OTRA ENFERMEDAD RESPIRATORIA	NO	¿CUÁL?	

VALORES OBSERVADOS DE ESPIROMETRIA

CAPACIDAD	PRE	POST	%TEOR	OBSERVACION
CAPACIDAD VITAL FORZADA - CVF (Lt)	3.00		93.00	
VOLUMEN ESPIRATORIO FORZADO PRIMER SEGUNDO - VEF1 (Lt)	3.00		99.00	
VEF1/CVF(%) INDICE DE TIFFENEAU	89.00		106.00	
FLUJO ESPIRATORIO FORZADO - FEF 25 - 75 (Lt/SEG)	3.00		106.00	

Espirómetro utilizado: MIR SPIROBANK II **F Ultima Calibración:** 09/02/2019

Escala Interpretación: KNUDSON **Resultado:** NORMAL **Severidad:** LEVE

Recomendaciones	Tipo	Fecha

Observaciones:

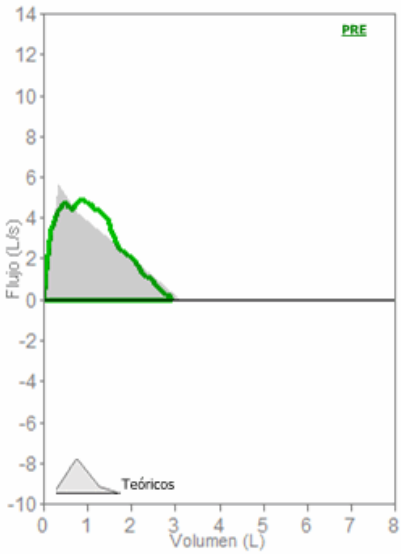
ESPIROMETRIA NORMAL

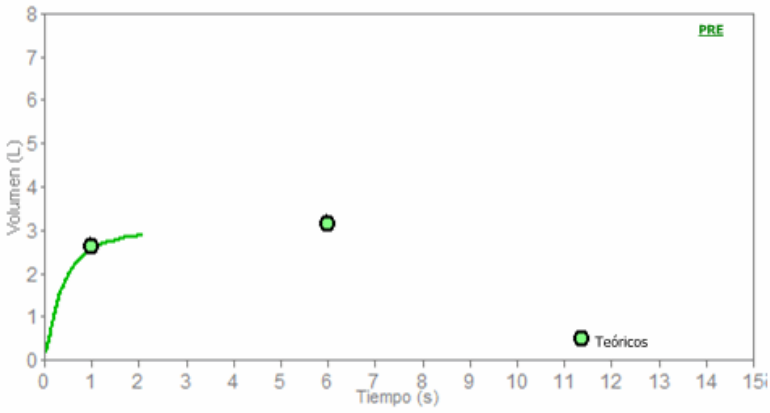
Resultados de la prueba de Función Pulmonar

Fecha de visita 15/01/2020

Cód. paciente	63437560	Edad	38
Apellido	CADENA ZARATE	Género	Femenino
Nom.	RUBY MILENA	Altura, cm	151
Fecha de nacimien	14/09/1981	Peso:, kg	71
Grupo étnico	Caucásico	BMI	31,14
Fuma	No fumador	Paquete-año	
Grupo pacientes			







Grado de control de calidad: F

0 Acceptable trials

Interpretación



Espirometría normal

Fecha prueba PRE 27/01/2020 11:12:43 a.m.

Parámetros		LLN	Teór.	Best	%Teór.	Z-score	PRE #1	PRE #2	PRE #3	POST	%Teór.	%Cam
FVC	L	2,51	3.14	2,92*	93	-0.56	2,92			*		
FEV1	L	2,08	2.61	2,59*	99	-0.07	2,59			*		
FEV1/FVC	%	72,2	83.4	88,7*	106	0.92	88,7			*		
PEF	L/s	3,06	5.70	4,97*	87	-0.46	4,97			*		
ELA	años		38	39	103		39					
FEF2575	L/s	1,80	2.92	3,11	106	0.24	3,11					
FET	s		6.00	2,04	34		2,04					
FIVC	L	2,51	3.14									
FEV1/VC	%	72,2	83.4									

*Mejores valores de todas las curvas - BTPS 1,082 27 °C (80,6 °F) - Teóricos GLI Caucasian

Informe médico

Firma

Instrumento usado

Spirobank II new S/N Y09178

Calibración 28/02/2019 05:24:36 p.m.

PROFESIONAL



Firma:

Nombre: VESGA REYES PAOLA ANDREA

R. M.: 754 **L.S.O.:**

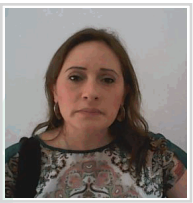
TRABAJADOR

Firma:

Nombre: CADENA ZARATE RUBY MILENA

CC: 63437560

Laboral Salud I.P.S.
Medicina Laboral y Sistemas de Gestión
Nit. 901017957-6
Dirección: Carrera 29 # 40 - 44 Bucaramanga - Colombia
Cel: 3114764772 Tel: 6323511 E-mail: administrativo@laboralsaludips.com



DATOS PERSONALES

Orden de Servicio N°: 44828

Municipio: BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) **Fecha y Hora:** lunes, 27 de enero de 2020 11:03:42 a.m.

Nombres y Apellidos: CADENA ZARATE RUBY MILENA **CC:** 63437560 **Género:** FEMENINO

F. Nacimiento: 14/09/1981 **Edad:** 38 AÑOS 4 MESES 14 DÍAS **Entidad:** PARTICULARES

RESULTADOS DEL LABORATORIO

HEMATOLOGÍA

LAB CLÍNICO (CUADRO HEMÁTICO)

HEMATOLÓGIA

LABORATORIO	RESULTADO	REFERENCIA
CUADRO HEMATICO		
Hemoglobina (Hb)	13.8	Hombres 13,5 - 18,0 gr/dl Mujeres 11,5 - 16,4 gr/dl
Hematocrito (Hto)	36.7	Hombres 39 - 50% Mujeres 36 - 48%
Morfología de Glóbulos Rojos:		
Leucocitos:	8670	5.000 - 10.000 / mm³
Segmentados:		40 - 75 %
Cayados:	65	0 - 3 %
Eosinófilos:	0	0 - 5 %
Basófilos:	0	0 - 1 %
Linfocitos:	30.1	20 - 45 %
Monocitos:	4.9	2 - 10 %
Recuento de Plaquetas:	224.000	150.000 - 450.000 / mm³
Eritrosedimentación (V S G) 1 Hora:		Hombres 0 - 4 mm³ Mujeres 0 - 20 mm³

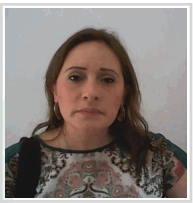
Jesus David Rueda Villabona
Bacteriólogo(a) RP: 06701

MICROSCOPÍA

LAB CLÍNICO (PARCIAL DE ORINA)

UROANALISIS

LABORATORIO	RESULTADO	REFERENCIA
PARCIAL DE ORINA		
Color	AMARILLO	
Aspecto	TURBIO	
Densidad	1030	
Reaccion PH	6	
Glucosa	NEGATIVO	Mg/dl
Cetona	NEGATIVO	



DATOS PERSONALES

Orden de Servicio N°: 44828

Municipio: BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) **Fecha y Hora:** lunes, 27 de enero de 2020 11:03:42 a.m.

Nombres y Apellidos: CADENA ZARATE RUBY MILENA **CC:** 63437560 **Género:** FEMENINO

F. Nacimiento: 14/09/1981 **Edad:** 38 AÑOS 4 MESES 14 DÍAS **Entidad:** PARTICULARES

Sangre	NEGATIVO	Ery/UL
Proteinas	NEGATIVO	Mg/dl
Urobilinógeno	NEGATIVO	Mg/dl
Bilirrubinas	NEGATIVO	
Leucoesterasa	75	Leu/UL
Nitritos	NEGATIVO	

SEDIMENTO MICROSCOPICO

Leucocitos	4-6
Hematies	0-2
Bacterias	++
Moco	+
Levaduras	0-2
Fosfatos Amorfos	-
Celulas Epiteliales	4-6
Cilindros	-
Piocitos	+
Observaciones	

Jesus David Rueda Villabona
Bacteriólogo(a) RP: 06701

QUÍMICA

LAB CLÍNICO (COLESTEROL TOTAL)

QUIMICA

LABORATORIO	RESULTADO	REFERENCIA
COLESTEROL TOTAL	140	Normal hasta 200 mg/dl Moderado 200a 239 mg/dl Elevado mayor a 240 mg/dl

Jesus David Rueda Villabona
Bacteriólogo(a) RP: 06701

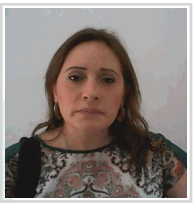
LAB CLÍNICO (TRIGLICERIDOS)

QUIMICA

LABORATORIO	RESULTADO	REFERENCIA
TRIGLICERIDOS	87	Normal Hasta 150 mg/dl Moderado 150 a 200 mg/dl Elevado Mayor a 200 mg/dl

Jesus David Rueda Villabona

Laboral Salud I.P.S.
Medicina Laboral y Sistemas de Gestión
Nit. 901017957-6
Dirección: Carrera 29 # 40 - 44 Bucaramanga - Colombia
Cel: 3114764772 Tel: 6323511 E-mail: administrativo@laboralsaludips.com



DATOS PERSONALES

Orden de Servicio N°: 44828

Municipio: BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) **Fecha y Hora:** lunes, 27 de enero de 2020 11:03:42 a.m.

Nombres y Apellidos: CADENA ZARATE RUBY MILENA **CC:** 63437560 **Género:** FEMENINO

F. Nacimiento: 14/09/1981 **Edad:** 38 AÑOS 4 MESES 14 DÍAS **Entidad:** PARTICULARES

Bacteriólogo(a) RP: 06701

LAB CLÍNICO (GLICEMIA)

QUIMICA

LABORATORIO	RESULTADO	REFERENCIA
GLICEMIA	55	Normal 70 a 110 mg/dl

Jesus David Rueda Villabona
Bacteriólogo(a) RP: 06701

Laboral Salud I.P.S.
Medicina Laboral y Sistemas de Gestión
Nit. 901017957-6
Dirección: Carrera 29 # 40 - 44 Bucaramanga - Colombia
Cel: 3114764772 Tel: 6323511 E-mail: administrativo@laboralsaludips.com



EXAMEN DE PARACLINICOS (OPTOMETRÍA)

DATOS PERSONALES

Atención Nº: 8,301

Fecha: 27/01/2020 **Municipio:** BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) **CC:** 63437560 **Nombre:** CADENA ZARATE RUBY MILENA **Edad:** 38 AÑOS 4
Genero: FEMENINO **Profesión o Cargo:** INSTRUCTOR **Empresa:** PARTICULARES
Eps: **Tipo Evaluación Medica:** EMO EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS **F. Último Examen:** 2017
Lugar del Último Examen: VELEZ **Motivo Consulta:** EXAMEN INGRESO

ANTECENDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	RINITIS Y ALERGICA A LOS AINES.
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	NO APLICA
TRAE RX	NO
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	20/20	20	N/A	NO USA	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/20	20	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	20/20	20	N/A	NO APLICA	N/A	N/A

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

REFRACCIÓN

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

RX FINAL

OJO DERECHO	NEUTRO	AV VL 20/ **20**	AV VP 20/ **20**
OJO IZQUIERDO	NEUTRO	AV VL 20/ **20**	AV VP 20/ **20**

VISIÓN COLOR

OJO DERECHO: **NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

OPTOMETRA

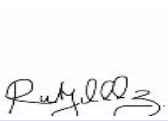


Firma:

Nombre: OVALLE PINTO NORGI

R. M.: 15233-06 **L.S.O.:**

PACIENTE



Firma:

Nombre: CADENA ZARATE RUBY MILENA

CC: 63437560

VALORACION FONOAUDIOLOGICA DE VOZ

I DATOS PERSONALES
FECHA: 27 – 01 – 2020 **TIPO DE EXAMEN**: INGRESO
NOMBRE COMPLETO: CADENA ZARATE RUBY MILENA
IDENTIFICACIÓN: 63437560
EDAD: 38 **CARGO:** INSTRUCTOR

ANTECEDENTES MEDICOS
HIPOACUSIA____ DIABETES _____ TIROIDES ____ ALERGIAS: ____
TRATAMIENTOS HORMONALES _____
HIPERTENSION _____ CIRUGIAS ____ OTROS: ___ MUSICO_____

ANTECEDENTES PERSONALES
SENSACION DE CUERPO EXTRAÑO: ____ IRRITACION ____ DOLOR ____
RONQUERA _____ FATIGA VOCAL: _____ AFONIA ___ DOLOR AL HABLAR
_____ CARRASPERA _____VOZ CON QUIEBRE DE TONO ____ SEQUEDAD_____
DISFONIA ___ GRIPA: __ TOS: _ _

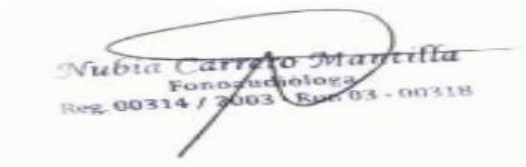
HABITOS Y CONDUCTAS FONATORIAS
EN QUE AMBIENTES UTILIZA SU VOZ: CERRADO _X__ ABIERTO: ___ AIRE ___
RUIDOSO ___ EXPUESTO A AGENTES CONTAMINANTES ____ HABLA
EXCESIVAMENTE___ HABLA CUANDO ESTA ENGRIPADO_____
GRITA___ ACLARA CONSTANTEMENTE LA VOZ _____ FUMA___
BEBIDAS ALCOHOLICAS: ___ COMBINA BEBIDAS CALIENTES Y FRIAS _X_ ACTIVIDAD
FÍSICA: _ _ PICANTE: _ _ PRODUCTOS MENTOLADOS: __

V ANTECEDENTES PATOLOGICOS
POLIPOS __ NODULOS ____ ULCERAS ____ LARINGITIS __AMIGDALITIS ____
RESEQUEDAD_____ FARINGITIS___OTROS: _RINITIS __

EVALUACION
OFA: DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD
MODO DE RESPIRACION: NASAL: _X_ BUCAL: ____ MIXTO: ____
TIPO: COSTAL SUPERIOR __X__ ABDOMINAL ____ DIAFRAGMATICO ___
PRUEBA GLATZER: NASALIZA __X___ NO NASALIZA _____
RENDIMIENTO VOCAL: BAJO)1 A12) _____ MEDIO 1 A 20 _____ Alto 1 A 28 _X__
RESONANCIA: NORMAL __X__ HIPERNASAL ____ HIPONASAL ____
FONACION: INTENSIDAD: NORMAL __X___ AUMENTADA_____ DISMINUIDA_____
TONO: NORMAL __X__ GRAVE ____ AGUDO____ MONOTONO _____
TIMBRE: NORMAL _X__ DISFONICO _____ NASALIZADO _____
COORDINACION NEUMOFONICA: BUENA _X__ MALA _____
MUSCULATURA EXTRALARINGEA: NORMAL _X__ TENSION ___ DOLOR ___
TIEMPO DE FONACION: __28___
PROSODIA: RITMO NORMAL _X_ BRADILALICO ___ TAQUILALICO ___
ENTONACION Y ACENTUACION: ADECUADA _X_ INADECUADA ____
ARTICULACION: ADECUADA__X__ INADECUADA ____

DIAGNOSTICO: COMPORTAMIENTO VOCAL NORMAL, FUE DIAGNOSTICADA CON TOS ALÉRGICA Y SE ENCUENTRA EN TRATAMIENTO.
RECOMENDACIONES: - CONTROL ANUAL, APLICAR HÁBITOS DE HIGIENE VOCAL (HIDRATACIÓN CONSTANTE, NO ABUSO VOCAL, EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN Y RELAJACIÓN, ALIMENTACIÓN BALANCEADA, NO HACER USO DE LA VOZ EN ESTADO GRIPAL, NO GRITAR)

Resolución No. 21570 / Licencia de Seguridad y Salud en el Trabajo del 28 de Noviembre de 2016. Registro de entidad prestadora de servicios de salud No. 6800105091 a 15 de Diciembre de 2016.



FIRMA DEL PROFESIONAL

AREA DE SELECCIÓN
INFORME CONFIDENCIAL

Con el propósito de preservar la ética profesional, este informe debe conocerse solamente por el jefe o responsable de área donde existe la vacante.

EXPLICACION DEL INFORME

El siguiente informe presenta una tabla que permite cuantificar cada una de las características evaluadas para el perfil de INSTRUCTOR según lo indicado por la prueba aplicada, para ello se entenderá de la siguiente forma de 10 a 9 es un nivel muy alto, de 8 a 7 nivel alto, de 6 a 5 nivel medio, de 4 a 3 nivel medio bajo y de 2 a 1 nivel muy bajo. Adicionalmente se presenta un concepto final que permitirá la descripción de los hallazgos relevantes para su fácil análisis e interpretación que permita observar si cumple o no el perfil requerido por la organización junto con las respectivas sugerencias por parte del evaluador.

EVALUACION APLICADA

Se aplica el Test para evidenciar la dinámica de personalidad en dos dimensiones a nivel situacional y a nivel constitucional del individuo con fines organizacionales.

NOMBRE	**RUBY MILENA CADENA**	**CEDULA**	**63437550**
CARGO AL QUE ASPIRA	**INSTRUCTOR**	**EDAD**	**38 AÑOS**
FORMACION ACADEMICA	**PROFESIONAL**	**TELEFONO**	**3124795919**
DIRECCION	**CALLE 5N # 9-69**		
EVALUADOR	**YULY KATHERIN DUARTE VELANDIA**	**CARGO**	**PSICOLOGA**

DIMENSION INTELECTUAL											
Capacidad para dar solución a los problemas, asimilar experiencias y enfrentar circunstancias difíciles, así como para planear y ejecutar diversas actividades en un tiempo determinado											
Capacidad	**Factor Evaluado**	**10**	**9**	**8**	**7**	**6**	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
ORGANIZACIÓN	Ejecutar prioridades. Planificar las actividades. Emplear un método de trabajo				**X**						
ANALISIS, SINTESIS Y SOLUCION DE PROBLEMAS	Identificar problemáticas y solución a un mismo problema. Prever consecuencias antes de la solución. Soluciones claras y precisas.		**X**								
INICIATIVA Y CREATIVIDAD	Consultar diferentes fuentes de información. Aportar ideas nuevas y prácticas en el trabajo. Dar varias alternativas de solución a un mismo problema.		**X**								

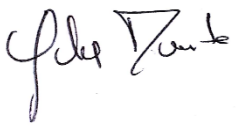
RESISTENCIA ANTE LAS PRESIONES	Manejo de tiempo de respuesta. Manejo de clientes difíciles. Objetividad en el manejo de situaciones difíciles.		**X**								

DIMENSION PERSONAL											
Capacidad para establecer relaciones de carácter social y laboral dentro de un ambiente amable en el que se tiene en cuenta las necesidades del otro y los objetivos de la organización. Empleo de recursos personales para enfrentar, asimilar y adaptarse a situaciones diferentes.											
Capacidad	Factor Evaluado	**10**	**9**	**8**	**7**	**6**	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
DON DE GENTE	Agradable. Servicial. Humano. Cálido y transparente		**X**								
TRABAJO EN EQUIPO	Capacidad de trabajar en grupo para el logro de los objetivos. Compartir los conocimientos		**X**								
ADAPTACION AL CAMBIO	Aceptar los cambios que mejoren el trabajo. Flexible. Sin temor a los retos		**X**								
DINAMISMO Y ENERGIA	Activo. Emprendedor. Positivo. Oportuno				**X**						
RESPONSABILIDAD	Desarrollar las labores asignadas en su totalidad. Cumplir horarios establecidos.		**X**								
NORMATIVIDAD	Aceptar y seguir normas. Acoger orientaciones y sugerencias. Reconocer mandos superiores.				**X**						
RELACIONES INTERPERSONALES	Respetar las ideas, las diferencias de los demás		**X**								
LIDERAZGO	Habilidad para convocar, convencer y delegar.		**X**								
SEGURIDAD EN SI MISMO	Capacidad de no personalizar las situaciones en que se participa, basado en el conocimiento de sus fortalezas y debilidades.		**X**								
TOLERANCIA A LA FRUSTRACION	Comprender y aceptar cuando no se logre los objetivos propuestos sin que esto afecte la Autoestima y/o la motivación		**X**								

TIPOS DE MOTIVACION											
Capacidad para establecer relaciones de carácter social y laboral dentro de un ambiente amable											
Capacidad	**Factor Evaluado**	**10**	**9**	**8**	**7**	**6**	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
LOGRO	Conjunto de metas o resultados, claramente definidas por un individuo para aventajar a otros. Ser el mejor. Estar entre los mejores		**X**								
PODER	Deseos o acciones que buscan ejercer dominio, control o influencia, no solo sobre las personas o grupos sino también sobre los medios.		**X**								
AFILIACION	Expresiones de intenciones o ejecuciones de comportamientos orientados a obtener o conservar relaciones afectivas satisfactorias.		**X**								
AUTOREALIZACION	. Deseo o realización de actividades que permitan la utilización en el trabajo de las habilidades y conocimientos		**X**								
RECONOCIMIENTO	Deseo o realización de actividades orientadas a obtener de los demás atención, aceptación o admiración		**X**								
DEDICACION A LA TAREA	Condiciones intrínsecas (Autonomía) que hacen a la persona sensible a la tarea con un nivel de exigencia y claridad.		**X**								

OBSERVACIONES:

RUBY, se muestra como una persona orientada al cumplimiento de objetivos y metas, suele ser una persona asertiva, sensible ante las necesidades de los otros, tiende a ser una persona que difiere de las normas establecidas se muestra seguro de su mismo y de sus conocimientos.



FIRMA

TARJETA PROFESIONAL 167732

NOMBRE DE LA PSICÓLOGA: YULY KATHERIN DUARTE VELANDIA

RESOLUCION NÚMERO 19215 **DE**

POR LA CUAL SE OTORGA LICENCIA DE SALUD OCUPACIONAL

EL SUSCRITO SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

En uso de sus facultades legales, y en especial las conferidas en la Ley 1562 de 2012 y la Resolución 04502 de 2012 y,

CONSIDERANDO:

Que **URIBE TELLEZ SERGIO MAURICIO** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 91289303 ha solicitado licencia para la prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el trabajo ante la Secretaría de Salud Departamental de Santander.

Que de conformidad con el artículo segundo de la Resolución 04502 del 28 de Diciembre de 2012, el peticionario ha presentado la documentación requerida para la expedición de la Licencia en Salud Ocupacional para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el trabajo

Que por lo antes expuesto, el Secretario de Salud Departamental.

RESUELVE:

ARTÍCULO 1: Otorguese LICENCIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A: **URIBE TELLEZ SERGIO MAURICIO.** - MEDICO Y CIRUJANO -. ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL, identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No. 91289303, en las áreas de Medicina en Seguridad y Salud en el trabajo, Investigación en área técnica, Investigación del accidente de trabajo, Educación, Capacitación, Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

ARTÍCULO 2: La Licencia de que trata el artículo anterior se concede por el término de Diez (10) años contados a partir de la fecha de expedición de la presente Resolución.

ARTÍCULO 3: Cuando se modifique las condiciones por la cual se otorgo esta Licencia, en el término máximo de un mes se debe informar a la Secretaria de Salud de Santander para la modificación de la misma.

ARTÍCULO 4: Esta Licencia es válida en todo el Territorio Nacional y tendrá carácter personal e intransferible.

ARTÍCULO 5: Contra la presente Resolución procede los recursos legales

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Bucaramanga a los 26 SEP 2013

JUAN JOSE REY SERRANO
Secretario de Salud Departamental

VoBo: Héctor Ariza – Director Administrativo
Aymer Alvarado – Director de Desarrollo Vigilancia y Control
Revisó Yelitza Hernández – Profesional Especializado- Grupo de Acreditación en salud S.O.G.C.

Hace constar:

Que el Sr(a) RUBY MILENA CADENA ZARATE Identificado(a) con cédula de ciudadanía 63437560 realizó el día 02/03/2021 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 RUBY MILENA CADENA ZARATE Identificado(a) con cédula de ciudadanía 63437560 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

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

Firma

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

POSITIVA

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

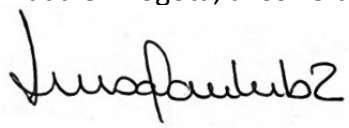
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que RUBY MILENA CADENA ZARATE, con Cédula Ciudadanía No. 63437560 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034, tiene un registro como Independiente desde el 23/02/2021 y fecha fin de contrato 24/07/2021 con riesgo 2 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202101012523666.

Dada en Bogotá, a los 25 días del mes de febrero de 2021



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Certificado Bancario

Sabado, 6 de Marzo de 2021

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que RUBY MILENA CADENA ZARATE identificado(a) con CC 63437560, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	32916775406	2004/02/28	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

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BUCARAMANGA	**BUCARAMANGA**	**96**	**96-44-101159196**	**0**

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
22	**02**	**2021**	**23**	**02**	**2021**	**00:00**	**24**	**11**	**2021**	**23:59**	**EMISION ORIGINAL**

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	CADENA ZARATE, RUBY MILENA		**CC: 63.437.560**
DIRECCIÓN: CRR 5 N 9 67	CIUDAD: VELEZ, SANTANDER		TELÉFONO: 8051523

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
	SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE SENA VELEZ		**NIT: 899.999.034-1**
DIRECCIÓN: TV 8 NRO. 8 A - 50	CIUDAD: VELEZ, SANTANDER		TELÉFONO 7563017
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:

EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO, EN DESARROLLO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS N. CO1.PCCNTR.2276956 REFERENTE A PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA DESARROLLAR PROGRAMAS DE FORMACION TITULADA Y COMPLEMENTARIA VIRTUAL EN SISTEMAS DE GESTION DE LA CALIDAD EN EL CENTRO DE GESTION AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	**23/02/2021**	**24/11/2021**	**$1,830,825.00**

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******20,000.00	$ *******8,000.00	$ *******5,320.00	$ **********33,320.00	$ ********1,830,825.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
USESEGUROS LTDA ASESORES DE SEGUR	62906	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 CALLE 44 NO 36-08 - TELEFONO: 6578486 - BUCARAMANGA

96-44-101159196

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
NO. 96-44-101159196 **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 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 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.

PARA CONSTANCIA DE LO EXPUESTO, Y EN SEÑAL DE ASENTIMIENTO Y COMPROMISO CON TODO LO AQUÍ PACTADO SE FIRMA EN Vélez A LOS Veintidós (22) DÍAS DEL MES DE Febrero DEL AÑO 2021.

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

USESEGUROS Ltda.
Asesores de Seguros

RECIBO DE PAGO

No.4104425

FECHA: 22/02/2021

TOMADOR RUBY MILENA CADENA ZARATE

C.C / NIT: 63.437.560

N° POLIZA: CUM 101159196

LA SUMA DE: TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS MCTE (33.320)

USESEGUROS Ltda.
CANCELADO
Nit: 830.508.347-1

_____

RECIBIDO

Calle 36 No. 31 - 39 Ofc. 328 CENTRO EMPRESARIAL CHICAMOCHA

Teléfonos 6960432 Celular 3138864913