SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)
REGIONAL VALLE
DESPACHO REGIONAL-EMPRENDIMIENTO
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1
Resolución DIAN Nº 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)

Código Regional	76
Código Centro	101076
Fecha Elaboración	Marzo de 2021
Versión	ENERO 2021 - 1,21
ID de Proceso	31985-085372
No. de documento	50265

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	CAROLINA GALVEZ NOREÑA				
Correo electrónico contratista:	cgalvezn@sena.edu.co	C.C.	29.124.890	IP/Nº de contacto	22571
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	SI	Es declarante de renta?	SI / Es Pensionado? NO
Sus ingresos en el 2020 Superaron $49'849.000	NO	Inducción SST	SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ?	SI
Banco al cual consignar:	DAVIVIENDA	Tipo de cta	AHORROS	Nº Cuenta	019070020797
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:	2367727/2021			Nº Compromiso SIIF	41921	
Valor Total del Contrato	$ 39.705.813	N ° Pago	Periodo objeto de pago			Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 39.705.813	1	Del	23/03/2021	Al 31/03/2021	$ 1.142.613,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 38.563.200		Comisiones			$ 0,00

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)

SERVICIO PERSONALES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO A LOS USUARIOS DE LOS CENTROS DE DESARROLLO EMPRESARIAL PARA LA GESTIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LAS METAS E INDICADORES ASIGNADOS DE ACUERDO LOS LINEAMIENTOS EMITIDOS POR EL SENA.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.142.613	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 1.142.613**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 577.014**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Marzo	Febrero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**1036578208**
Ingreso Base de Cotización - IBC		
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 908.526	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 113.600	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ 145.400	$ 0
ARL	$ -	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ 4.800	$ 0
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	$ 114.261	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 192.338	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	577.014,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	883.613,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0%
Menos Retencion IVA	0,00	0%
Reteica - 8299	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-UCEVA	5.713,00	0,500%
Universidad del Pacífico	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	**$ 1.136.900,00**	

SON: UN MILLÓN CIENTO TREINTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Asistencia a evento articulación con la cámara de comercio (orientación a usuarios)
Asistencia a Evento institucional jueves de emprendimiento Sena con equipo de trabajo del CDTI
Se contacto posible empresario off para dar inicio al proceso de asesoria
Lectura y realización del curso de Seguridad y salud en el trabajo (siccontratistas)
Reunion de equipo de trabajo del CDTI con la profesional emprendimiento G-02 sobre lineamientos y metas
Realización informe

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.

CAROLINA GALVEZ NOREÑA
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 periodo 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.

ALEX AMED VALENCIA ROJAS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

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

AURA ELVIRA NARVAEZ AGUDELO
DIRECTORA REGIONAL

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2021

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 29124890
NOMBRES Y APELLIDOS	Galvez Noreña,Carolina
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/08/2016
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Galvez Noreña,Carolina , a los 16 días del mes de marzo del año 2021.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CAROLINA GALVEZ NOREÑA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **29.124.890**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 16 de Marzo del 2021.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-03-24, 02:40:57 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1036578208

Periodo Cotización: febrero de 2021 **Periodo Servicio:** febrero de 2021

PAGADO 17/03/2021

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CAROLINA GALVEZ		
Documento	CC29124890	**Dirección**	CL 120 #54 - 57
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	4038346
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	UNICO
Ciudad	CALI	**Departamento**	VALLE DEL CAUCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IGE	RET	RET F	TDE	TAE	TDP	VSP	COR	VST	SLN	LMA	VAC	AVP	ING	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Apo Mini
C 29124890	CAROLINA GALVEZ NORENA	03	00															0	30	30	0	0	(230301) PORVENIR	$ 908.526	$ 145.400	(EPS005) EPS SANITAS	$ 908.526	$ 113.600	0.000	$ 0	$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 908.526	$ 908.526	$ 0	$ 0	$ 145.400	$ 113.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 259.000	$ 0	$ 259.000

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellin: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

DIAN
POR UNA COLOMBIA MAS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14537933610

(415)7707212489984(8020) 000001453793361 0

5. Numero de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
2 9 1 2 4 8 9 0	7	Impuestos de Cali 5	

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	2 9 1 2 4 8 9 0	1 9 9 7 1 1 2 9

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GALVEZ	NOREÑA	CAROLINA	

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1

41. Dirección principal: CL 12 OESTE 54 57 AP 305 ED BRISAS DE BELLA SUIZA BRR CANAVERAL DEL OESTE

42. Correo electrónico: carol_galvez2000@yahoo.com

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

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 0 2 0	2 0 1 1 1 0 1 4						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros										Exportadores				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código												57. Modo			
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			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 2019 - 05 - 24

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 16-03-2021 09:35:19PM

IPS SALUD OCUPACIONAL ASESORES S.A.S.

OPTOMETRIA

GESTION ASISTENCIAL

Codigo: F-005
Version: 001
Emision: JUN 2012
Pagina: 1 de 1

Ciudad: | Fecha: | ☐ Ingreso ☐ Periodico ☐ Egreso

Empresa:

1. DATOS E IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

Apellidos y Nombres comple: Carolina Cooks.

No. de Identifica: 29124890 | de | Sexo: ☐ Masculino ☑ Femenino

Fecha de Nacim: | Edad: | Fecha ingreso: | Antigüeda: aa,mm

Nombre del cargo actual o a desempeñar: | Seccion:

2. ANTECEDENTES LABORALES

Factores de riesgo visual					Frecuencia de uso protección visual			
Patallas de visua	☑	Alta exigencia visual	☑	☐	Nunca	☑	Según exposición	☐
Iluminación inade	☐	Gases, vapores, humos	☐	☐	Ocasional	☐	Siempre	☐
Material Particula	☐	Proyección de particulas	☐	☐				

3. ANTECEDENTES

Personales				Síntomas visuales				Uso de lentes de correcion			
Trastorno Refra.	☐	Cirugía Ocular	☐	Cefalea	☐	Disminucion AV	☐	☐		☐	
Cataratas	☐	Cirugía Refracti.	☐	Fotofobia	☐	Visión borrosa	☐	☐	Uso permanente	☑	
Pterigio	☐	Otros	☐	Lagrimeo	☐	Enrojecimiento	☐	☐	Uso ocasional	☐	
HTA	☐	Ninguno.	☐	Ardor	☐	Prurito	☐	☐	No usa	☐	

4. EVALUACION VISUAL

	VL	ADD	AV	AV VL SC	AV PV SC
Rx en uso			20/30+	—	—
			20/30+	—	—

Examen externo: Sano Ambos Ojos

Estado motor:	⊕				
Reflejos pupilares:	Presente A-O				

Oftalmoscopía:

OD: FON

OI: FON

	Visión estereoscopica	Campo visual	Observaciones

Rx final | Agudeza visual cc / Agudeza visual cc

5. DIAGNOSTICO

Emetrope	☐	Astigmatismo	☐	Disbalance muscular	☐	Alterasión visión de colo	☐	Glaucoma	☐	Ambliopia	☐
Miopia	☑	Presbicia	☐	Alteración campo visual	☐	Hiperemia conjuntiva	☐	Catarata	☐	Ojo seco	☐
Hipermetropia	☐	Pterigion	☐	Aleracion visión de profundidad	☐	Alteración párpados	☐	Blefaritis	☐	Conjuntivitis	☐

6. CONDUCTA Y RECOMENDACIONES

Apto visualmente sin lentes de correció	☐	Se da Rx de lentes de correción por 1ª vez	☐	Cambio de Rx de lentes de correción	☐
Apto con lentes de correción en uso	☑	Lentes de corrección de uno ocasional	☐	Valoración oftalmología	☐
Apto con lentes de correcion por primer	☐	Lentes de corrección de uso permanente	☑	Valoración ortóptica	☐

Dra. Mónica Bernal
Resolución No. 12547
OPTOMETRA

calle 5C # 39 - 38 Tel: 387 24 38 - 305 333 4673
ips.soa@hotmail.com

LABORATORIO CLÍNICO Acacias I.P.S. SAS

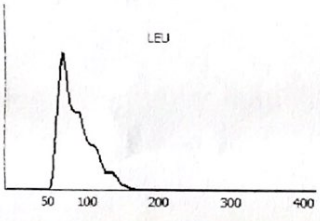
17/03/2021 12.00 PM

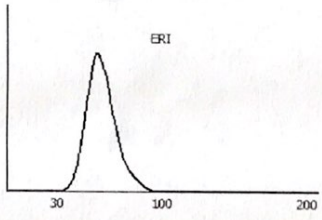
LABORATORIO CLINICO ACACIAS IPS
Dra. AMANDA TORRES TORO

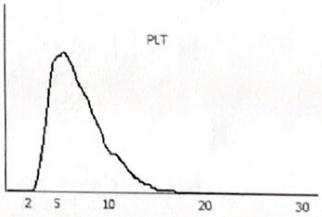
01338150

Orden No.:	01338150	**Fecha Recepción:**	2021-03-17 10:47:33
Paciente:	CAROLINA GALVEZ	**Fecha Impresión:**	2021-03-17 12:00:44.
Identificación:	29124890	**Médico:**	MEDICO EXTERNO
Convenio:	IPS SALUD OCUPACIONAL ASESORES SAS	**Edad/Sexo:**	42 / F

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA	
HEMATOLOGIA				
HEMOGRAMA DE 4 GENERACION				
Recuento de Eritrocitos	**4.71**	x10^6/mm^3	3.90 -	5.10
Hemoglobina	**14.7**	g/dl	Hom. 14.5-16.5	Muj. 12.0-15.0
Hematocrito	**43.3**	%	Hom. 40 - 50	Muj. 35 - 45
Volumen Corpuscular Medio	**92**	fl	80 -	97 fl
HB Corspuscular Media	**31.3**	pg	26.5 -	33.5 pg
Concentración HB Corpucular Media	**34.0**	g/dl	31.0 -	38.0 g/dl
Ancho Distribución Eritrocitaria CV	**13.2**	%	11.5 -	15.0 %
Recuento de Plaquetas	**314**	x10^3/mm^3	150 -	450
Volumen Plaquetario Medio	**8.0**	fl	6.0 -	10.0 fl
Ancho Distribución Plaquetaria	**11.8**	%	11.0 -	18.0 %
Paquetocrito	**0.250**	%	0.150 -	0.990 %
Recuento de Leucocitos	**6.1**	x10^3mm^3	3500-	10000
% Neutrofilos	**56.8**	%	40.0 -	74.0 %
% Linfocitos	**36.4**	%	19.0 -	48.0 %
% Monocitos	**4.5**	%	3.4 -	9.0 %
% Eosinofilos	**1.6**	%	0.0 -	7.0 %
% Basofilos	**0.7**	%	0.0 -	1.5 %
# Neutrofilos	**3.44**	x10^3mm^3	1.9 -	8.0 x10^3mm^3
# Linfocitos	**2.20**	x10^3mm^3	0.9 -	5.2 x10^3mm^3
# Monocitos	**0.27**	x10^3mm^3	0.16 -	1.0 x10^3mm^3
# Eosinofilos	**0.10**	x10^3mm^3	0.0 -	0.8 x10^3mm^3
# Basofilos	**0.04**	x10^3mm^3	0.0 -	0.2 x10^3mm^3







ISO 9001 icontec

CERTIFIED IQNet MANAGEMENT SYSTEM

DiaMed
Laboratorio Clínico

Paciente :	CAROLINA GALVEZ	Identificación :	29124890
Teléfono :		Edad :	42 Años
Médico :		Entidad :	IPS SALUD OCUPACIONAL ASESORES
Fecha Creación :	miércoles, 17 de marzo de 2021	Registro N° :	198

PERFIL LIPIDICO I

DESCRIPCION DEL EXAMEN	RESULTADO	VLR NORMAL	
COLESTEROL	158	Hasta 200 mg/dl 200 - 239 mg/dl > 240 mg/dl	Optimo Moderado elevado
H D L	36		
L D L	109		
V L D L	13		
TRIGLICERIDOS	67	Hasta 150 mg/dl 150 - 199 mg/dl 200 - 499 mg/dl > 500 mg/dl	Bajo Dudoso Alto Muy alto
INDICE ARTERIAL	4,3		
GLICEMIA	73	Niños, Adultos	70 - 105 mg/dl

Observaciones :

Responsable DIANA DEL PILAR RUALES
Tarjeta Profesional: 3719-97
Fecha Validacion: 17/mar/2021 10:52:30

********** La Interpretación de este y todo Examen CORRESPONDE EXCLUSIVAMENTE AL MEDICO **********

Calle 5 C No. 39-38 Barrio Tequendama. Tel: Tel: 3872438 Celular: 3155706349 - 3166398884. Email: diamedlab1@hotmail.com

DiaMed
Laboratorio Clínico

Paciente :	CAROLINA GALVEZ	**Identificación :**	29124890
Teléfono :		**Edad**	42 Años
Médico :		**Entidad**	IPS SALUD OCUPACIONAL AS
Fecha Creación :	miércoles, 17 de marzo de 2021	**Registro N° :**	198

UROANALISIS

FISICOQUIMICO

FISICO

Color	AMARILLO
Aspecto	LIGERAMENTE TURBIO

QUIMICO

Densidad	1010
P. H.	8,0
Proteinas	NEGATIVO
Glucosa	NORMAL
Cetonas	NEGATIVO
Hemoglobina	NEGATIVO
Urobilinogeno	NORMAL
Bilirrubina	NEGATIVO
Nitritos	NEGATIVO
Leucocitos	0 - 2 X C

MICROSCOPICO

Cels. Epiteliales	1 - 3 X C
Cels. Altas	
Leucocitos	0 - 2 X C
Piocitos	
Hematies	OCASIONALES
Bacterias	ESCASAS
Cilindros (*)	
Cristales (**)	
Moco	
Levaduras	

Observaciones :

p.p.: CILINDROS HIALINOS Ocasionales son normales, en gran cantidad = daño glomerular, temporalmente: fiebre, ejercicios violentos, postanestesia, nefritis crónica. C. GRANULOSOS ocasionales son normales; en gran cantidad = Necrosis Tabular Aguda, Glomerulonefritis Avanzada, Pielonefritis, Nefroesclerosis Maligna, Envenenamientos Crónicos. C. HEMATICOS = Glomerulonefritis. C. LEUCOCITARIOS = Pielonefritis y C. CEREOS = Daño Renal Severo.

Responsable DIANA DEL PILAR RUALES
Tarjeta Profesional: 3719-97

Fecha Validacion: 17/mar/2021 10:53:36

********** La Interpretación de este y todo Examen CORRESPONDE EXCLUSIVAMENTE AL MEDICO **********

Calle 5 C No. 39-38 Barrio Tequendama. Tel: Tel: 3872438 Celular: 3155706349 - 3166398884.
Email: diamedlab1@hotmail.com

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL
Gestion Asistencial
Lic. S. O 4145.0.21.0741 /agosto de 2012
Nit 900521335-2

Calle 5c # 39 - 38 Tequendama
Tel: 387 24 38 - 305 333 46 73

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL



Certificado de aptitud laboral de: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR DE INGRESO

Fecha de atencin: 25/02/2021
Nombre del trabajador: GALVEZ NOREÑA CAROLINA
Cedula: 29124890 Edad: 41
Empresa: INDEPENDIENTE
Cargo: GESTORA DE EMPRENDIMIENTO
rea / Seccin ADMINISTRATIVA

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD LABORAL

CON ALTERACIONES QUE NO INTERVIENEN PARA SU TRABAJO

RECOMENDACIONES SE DAN RECOMENDACIONES SOBRE LLEVAR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE, REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA, FORTALECIMIENTO MUSCULAR, MANEJO DEL ESTRÉS, REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO ADECUADO DE EPP, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD, HIGIENIZACION, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 2 METROS.
SE REALIZA ENCUESTA ACERCA DE SINTOMAS RELACIONADOS CON COVID 19: NEGATIVA

RESTRICCIONES NINGUNA

CONDUCTAS

MEDICA CONTROL POR OPTOMETRIA ANUAL EN EPS
MEDICA EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ANUAL

EXAMENES PRACTICADOS

,EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR DE INGRESO

APTITUDES POR EXAMENES PRACTICADOS

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

AUDITIVO (no) *** VISUAL (si) *** RESPIRATORIO (no) *** OSTEOMUSCULAR (si) *** DERMATOLOGICO (no) *** CARDIOVASCULAR (no) *** Otro: PSICOSOCIAL

Julio Valencia
Dr. Julio Cesar Valencia S.
Esp. Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo
Resol No 959-2019

Firma y registro medico ocupacional

Firma y cedula del trabajador

Fecha: 17/03/2021
Nombre: Carolina Gálvez Noreña
No de Cédula: 29124890
Cargo: Gestora de Emprendimiento
Empresa: SENA

IPS SALUD OCUPACIONAL ASESORES S.A.S.
Institución Prestadora de Salud

PERSONALIDAD

ANÁLISIS DE LA PERSONALIDAD (Wartegg)					
CONCEPTO	FRECUENCIA				
	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	POCAS VECES	NUNCA
Se percibe como una persona segura de sí misma.			X		
Tiene un adecuado manejo de las relaciones interpersonales. Se percibe empático (a), amable, respetuoso (a) y atento (a).			X		
Resuelve adecuadamente sus problemas y conflictos.		X			
Presenta adecuado análisis de las situaciones planteadas.		X			
Es cumplido y se somete fácilmente a las normas y reglamentos. Valora el DEBER SER.		X			
Se percibe tolerante y no muestra niveles preocupantes de agresividad.		X			

PERFIL DE HABILIDADES

Con base en los resultados de la prueba realizada, se puede inferir que Carolina es una persona con objetivos claramente establecidos, que se orienta a los resultados y cuenta con la energía vital necesaria para alcanzarlos, así como la motivación y comprensión de las acciones que se requieren para obtener las metas. Se ajusta a la norma por convicción y entiende las jerarquías sociales y las instituciones, lo que le permite ajustarse positivamente a entornos empresariales regulados. Su nivel de razonamiento le permite comprender asuntos complejos y abstractos. Podría desarrollar mayor habilidad social, empatía y tacto en los procesos de la comunicación para mejorar las relaciones y el desempeño.

Nota: Esta descripción corresponde a la interpretación de una prueba psicológica y no pretende ser un análisis completo y exhaustivo del comportamiento y la estructura de personalidad del evaluado, para lo que se requiere un proceso de pruebas complementarias y entrevistas en profundidad.

Karen Lizeth Bardales León
Psicóloga Organizacional, Esp. en SST.
Lic. SST 1558

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) CAROLINA GALVEZ NOREÑA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 29124890 realizó el día 24/03/2021 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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

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

Bogota D.C.

POSITIVA

COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de afiliaciones, se identificó que el(la) señor(a) **CAROLINA GALVEZ NOREÑA** identificado(a) con **CC . 29124890** registra la siguiente información:

Documento empleador	Nombre empleador o contratante	Vinculación laboral	Fecha última afiliación	Fecha fin vinculación	Clase riesgo	Estado
NIT-899999034	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	INDEPENDIENTE	20/03/2021		1	ACTIVO
NIT-899999034	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	INDEPENDIENTE	20/03/2021		1	ACTIVO
NIT-899999034	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	INDEPENDIENTE	20/03/2021		1	ACTIVO
NIT-899999034	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	INDEPENDIENTE	20/03/2021		1	ACTIVO
NIT-899999034	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	INDEPENDIENTE	20/03/2021		1	ACTIVO

Esta certificación se expide a los veinticuatro (24) día(s) del mes de marzo de 2021.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

SANTIAGO DE CALI, VALLE,
COLOMBIA,
A quién interese

05/03/2021

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora CAROLINA GALVEZ NORENA** con **Cédula de Ciudadanía** número **29124890**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**0570019070020797**
Fecha de apertura	**25/10/2011**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

Ciudad de Expedición:	Sucursal:	Cod. Sucursal:	Nro. Póliza:	Anexo:
CALI	CALI	45	45-46-101011142	0

Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:	Vigencia Hasta:			A las:	Tipo Movimiento:
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	
23	03	2021	23	03	2021	00:00	30	04	2022	00:00	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social: GALVEZ NOREÑA CAROLINA		Identificación: 29124890
Dirección: CR 78 A NRO. 2 - 32	Ciudad: CALI - VALLE	Teléfono: 4315800

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social: SENA REGIONAL VALLE		Identificación: 899999034-1
Dirección: CL 52 2BIS 15	Ciudad: CALI - VALLE	Teléfono: 4315800

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA: EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.2367727 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO A LOS USUARIOS DE LOS CENTROS DE DESARROLLO EMPRESARIAL PARA LA GESTIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LAS METAS E INDICADORES ASIGNADOS DE ACUERDO LOS LINEAMIENTOS EMITIDOS POR EL SENA.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	23/03/2021	30/04/2022	$ 3,970,581.30

OBSERVACIONES:

Valor Prima Neta:	Gastos Expedición:	IVA:	Total a Pagar:	Valor Asegurado Total:	Fecha Límite de Pago:
$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00	$ 3,970,581.30	23/03/2021

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
JC ASESORES DE SEGUROS LTDA	164219	100,00			

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

Para efecto de notificaciones la dirección de Seguros del Estado S.A. es CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45 - Teléfono: 6672954 - CALI

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Finanzas

FIRMA TOMADOR

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

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

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

Hacemos constar, que la póliza No. 45-46-101011142, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

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

Dado en CALI, a los 23 días del mes de Marzo de 2021

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

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

PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.45-46-101011142

1. AMPAROS.

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

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

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

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

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

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

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

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

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

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

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

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

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

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

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

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

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

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

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

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

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

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

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

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

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

2. EXCLUSIONES.

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

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

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

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

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

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

3. SUMA ASEGURADA.

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

4. VIGENCIA.

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

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

LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LE CORRESPONDERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y ACREDITAR LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA SI FUERE EL CASO.

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

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

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

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

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

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

6. COMPENSACIÓN.

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

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

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

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

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

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

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

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

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

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

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

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

13. COASEGURO

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