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 GUAJIRA
CENTRO AGROEMPESARIAL Y ACUICOLA-GUAJIRA
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	**44**
Código Centro	**952410**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**65311-417223**
No. de documento	**47805**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	CASTA JOSEFA COTES MURGAS	**C.C.**	40.916.641	**IP/Nº de contacto**	53589
Correo electrónico contratista:	ccotesm@sena.edu.co				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	NO	**Es Pensionado?**	SI
Sus ingresos en el 2020 Superaron $49'849.000	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		NO	
Banco al cual consignar:	BANCO BBVA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		00130477000200067524	
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:	2301105/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**15221**	
Valor Total del Contrato	$ 24.320.920	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 24.320.920	**1**	**Del**	**01/03/2021**	**Al**	**31/03/2021**	**$ 3.040.115,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 21.280.805		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

CONTRATAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL DE TÉCNICOS, TECNÓLOGOS Y/O PROFESIONALES QUE SE DESEMPEÑEN COMO INSTRUCTORES EN LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN TITULADA Y COMPLEMENTARIA DE LA PROGRAMACIÓN PERSONAS EN SITUACIÓN DE DESPLAZAMIENTO,

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.040.115	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo		$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.040.115**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.938.002**	**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	----------	**0**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.216.046	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 152.100	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 0	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 6.400	$ 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	$ 304.012	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 646.001	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.938.002,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.888.015,00	
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 - 8299	8.664,00	0,300%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Estampilla Prouniversidad de la Guajir	60.802,00	2,000%
Estampilla Prodesarrollo Fronterizo	15.201,00	0,500%
Estampilla Prodesarrollo Dptal	60.802,00	2,000%
Estampilla Pro-Cultura	45.602,00	1,500%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 2.849.044,00**	

SON: DOS MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL CUARENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DE FICHA	PROGRAMA DE FORMACIÓN	HORARIO	DÍAS	LUGAR	HORAS EJECUTADAS
2292246	ACABADO PARA PIEZA DE TEXTIL	12:00- 20.00	M	RIOHACHA	24
2291856	ACABADO PARA PIEZA DE TEXTIL	12:00- 20.00	L,D	RIOHACHA	40
2287451	TINTURADO DE TEXTILES CON COLORANTES	12:00- 20.00	M,J	RIOHACHA	48
2287450	TINTURADO DE TEXTILES CON COLORANTES	12:00- 20.00	V,S	RIOHACHA	40

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.

CASTA JOSEFA COTES MURGAS
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,

AMAURY SEGUNDO AÑEZ GAMEZ
PROFESIONAL 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

CARLOS ENRIQUE PARDO ANDRADE
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL ATLÁNTICO
NIT. 890102044-1

CERTIFICADO DE AFILIACION

Que, el usuario (a) COTES MURGAS CASTA JOSEFA, identificado(a) con número 40916641, aparece registrado (a) con la siguiente información:

Información del Beneficiario:

TIPO DE AFILIADO	REGIMEN	NOMBRE	TIPO ID	NUMERO ID	FECHA AFILIACION	FECHA RETIRO	PARENTESCO	ESTADO

Información del Cotizante:

TIPO DE AFILIADO	REGIMEN	NOMBRE	TIPO ID	NUMERO ID	FECHA AFILIACION	FECHA RETIRO	ESTADO
COTIZANTE	CONTRIBUTIVO	COTES MURGAS CASTA JOSEFA	CC	40916641	01/06/2020		ACTIVO

En constancia se firma y expide en Barranquilla a los 25 días del mes de Marzo de 2021, a solicitud del interesado.

Atentamente,

COORDINADOR NACIONAL DE REGIMEN CONTRIBUTIVO
Generado Por: luis.diaz

INFORMACIÓN NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS

Sede Nacional: Calle 44 No. 46 - 56
www.cajacopieps.com
Línea gratuita 01-8000-111446
Barranquilla – Colombia

cajacopi eps
SECCIONAL GUAJIRA
RADICADO
FECHA: 25-03-2021
FIRMA: Luis Diaz

Riohacha abril 12 de 2021

Señor
CARLOS ENRIQUE PARDO ANDRADE
Subdirector Centro Agroempresarial y Acuícola
Sena regional Guajira
Riohacha.

REFERENCIA: DECLARACION JURAMENTADA DE NO PAGO DE APORTES A PENSION.

YO, CASTA JOSEFA COTES MURGAS identificada con la C. C. No.40.916.641 de RIOHACHA, actuando en nombre propio manifiesto que he cumplido la edad reglamentaria donde el gobierno ha estipulado que las mujeres después de haber cumplido 50 años no están obligadas a seguir cotizando pensión

La ley en Colombia en el Decreto 758 de 1990 y en la circular 032 de 2007 del Ministerio de Salud y de Protección Social, establece en forma clara que "No se deben afiliar a pensión a los trabajadores asalariados que tengan 60 años cumplidos o más, y los trabajadores independientes que tengan 50 años si es mujer o 55 años si es hombre. Por lo anterior, las mujeres que hemos cumplido 50 años o más, por ley y sin necesidad de ninguna certificación, estamos exentos de cotizar para pensión, el mejor medio probatorio es la sola cedula de ciudadanía.

Definido el fundamento legal anterior, cualquier persona que cumpla con los requisitos establecidos en la ley, NO ESTA OBLIGADO A COTIZAR PENSION.

Cordialmente.

CASTA JOSEFA COTES MURGAS

C.C. 40.916.641 De Riohacha

12 ABR 2021

EL NOTARIO SEGUNDO DEL CIRCULO DE RIOHACHA
CERTIFICA
Que el anterior escrito fue presentado personalmente en este despacho por: Casta Josefa Cotes Murgas

RIOHACHA 40.916.641 - R

FIRMA:

REPUBLICA DE COLOMBIA
OLIVER JOSE RONDON GUE
NOTARIO SEGUNDO ENCARGADO
RIOHACHA - GUAJIRA

LA SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.

INFORMA:

Que en esta Sociedad Administradora se le realizó Devolución de Saldos por SOLICITUD POR DEVOLUCIÓN DE SALDOS VEJEZ NORMAL al(a) Señor(a) CASTA JOSEFA COTES MURGAS, identificado(a) con Documento No. 40,916,641, por las siguientes sumas:

Fecha	Descripción	Valor
Dic.28/20	DEVOLUCION_SALDOS	$429,351.00
Sep.28/20	DEVOLUCION_SALDOS	$134,946.00
Ago.27/20	DEVOLUCION_SALDOS	$133,826.00
Jul.27/20	DEVOLUCION_SALDOS	$4,558.00
Jul.06/20	DEVOLUCION_SALDOS	$20,019,372.00

Así las cosas el(la) Señor(a) CASTA JOSEFA COTES MURGAS, no se encuentra pensionado(a) por Vejez, Invalidez o Sobrevivencia en esta Sociedad Administradora.

Se expide la presente certificación a solicitud del(a) interesado(a), a los 25 días del mes de Marzo de 2021.

Cordialmente,

Gerente de Clientes

547

BOGOTA, 14 de julio de 2020

1370
4208014103205100

Señor(a)
CASTA JOSEFA COTES MURGAS
castacotes@hotmail.com
1384 1/1

Ref. Rad. Porvenir. N.A.
Solicitud por: DEVOLUCION DE SALDOS
Afiliado: CASTA JOSEFA COTES MURGAS
CC: 40.916.641
T.N. N.A
BEN - COR

Porvenir S.A. le da un saludo cordial.

En esta oportunidad nos complace comunicarle que su solicitud de devolución de saldos ha sido **APROBADA** por un valor de $20.019.372, el cual incluye los aportes que realizo en pensiones obligatorias, más los rendimientos generados.

Este giro se efectuó al medio de pago reportado por usted en la solicitud de beneficio pensional.

Recuerde que la obligación de cotizar en pensiones obligatorias cesa a partir del momento en que usted recibe el beneficio de la Devolución de Saldos[1].

Para nosotros es muy importante haber atendido su solicitud.

Cordialmente,

LEONARDO REINOSO RENGIFO
Dirección Pensionados y Pagos
LRR/C.S.
C.C. EXP. DV 289821
FTC-H0171

No permita que un tramitador le cobre dinero, usted puede hacer sus trámites en Porvenir sin costo. Si alguien le cobra, o tiene denuncias relacionadas con fraudes o ética de nuestros empleados, denúncielo ingresando a: www.porvenir.com.co/web/acerca-de-porvenir/linea-etica o comunicándose al teléfono en Bogotá 3393000 Ext. 77777.

Nuestros afiliados cuentan con un Defensor del Consumidor Financiero, Dra. Ana María Giraldo Rincón ubicado en la carrera 11A N° 96 - 51 oficina 203 en Bogotá, Teléfono: 6108161, defensoriaporvenir@ustarizabogados.com, quien dará trámite a su queja de forma objetiva y gratuita.

1. Artículo 17 de la Ley 100 de 1993. La obligación de cotizar cesa al momento en que el afiliado reúna los requisitos para acceder a la pensión mínima de vejez, o cuando el afiliado se pensione por invalidez o anticipadamente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A
Gerencia de Mercadeo septiembre/19/v1.0

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14530313819

(415)7707212489984(8020) 000001453031381 9

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

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	La Guajira 4 4	Riohacha 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
COTES	MURGAS	CASTA	JOSEFA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	La Guajira 4 4	Dibulla 0 9 0

41. Dirección principal: CL 5 9 99

42. Correo electrónico: castacotes@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 3 5 4 7 9 6 4 4	3 0 0 4 8 9 3 4 4 1

CLASIFICACIÓN

Actividad económica						Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 5 1	2 0 0 9 0 1 1 6	1 3 9 4	2 0 1 3 0 1 2 9	1 3 9 1		2 3 2 0	

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
54. Código	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 2019 - 05 - 23

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:

Casta Cotes M

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

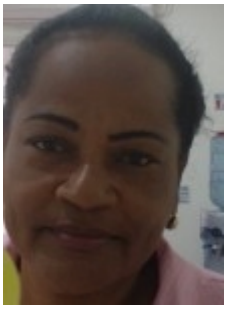
984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

AUDIOMETRÍA

Información paciente



Empresa: INDEPENDIENTE
Empresa en misión:
Nombre completo: CASTA JOSEFA COTES MURGAS
Identificación: CC: 40916641
Cargo:
Fecha nacimiento:
Edad:
Genero:
Estado civil:
Escolaridad:
Teléfono:
Dirección:
Nº hijos:
ARL:
EPS:

Motivo de consulta: Ingreso
Fecha de consulta: 22/02/2020
Reposo auditivo: Si
Equipo:
Calibración equipo:
Observaciones:

Antecedentes personales

No hay antecedentes personales.

Antecedentes ocupacionales

No hay antecedentes ocupacionales.

Antecedentes familiares

No hay antecedentes familiares.

Antecedentes extralaborales

No hay antecedentes extralaborales.

Otoscopia

Oido derecho: NORMAL
Oido izquierdo:

LA HISTORIA CLÍNICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCIÓN 1918 DEL 2009

LA HISTORIA CLÍNICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCIÓN 1918 DEL 2009

Audiometría

Oido derecho

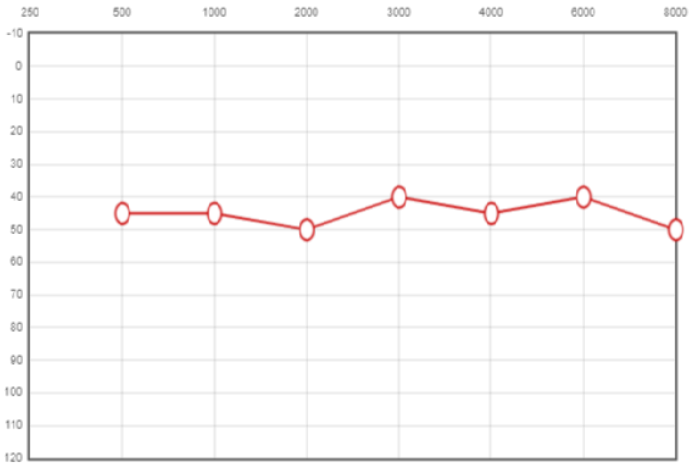
Vía aerea								Vía osea						
250 hz	500 hz	1000 hz	2000 hz	3000 hz	4000 hz	6000 hz	8000 hz	250 hz	500 hz	1000 hz	2000 hz	3000 hz	4000 hz	6000 hz
-	45	45	50	40	45	40	50	-	-	-	-	-	-	-

Oido izquierdo

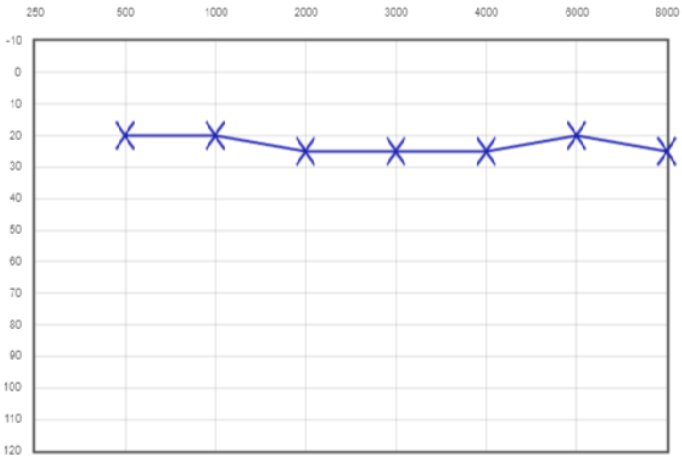
Vía aerea								Vía osea						
250 hz	500 hz	1000 hz	2000 hz	3000 hz	4000 hz	6000 hz	8000 hz	250 hz	500 hz	1000 hz	2000 hz	3000 hz	4000 hz	6000 hz
-	20	20	25	25	25	20	25	-	-	-	-	-	-	-

Gráficas

Oído derecho



Oído izquierdo



PTA oido derecho: 45

PTA oido izquierdo: 22.5

Clasificación Eli

Oido derecho: E

Oido izquierdo: D

Clasificación Sal

Oido derecho: D

Oido izquierdo: B

Clasificación Larsen

Oido derecho:

Oido izquierdo:

Historico de audiometrias

Fecha consulta: 22/02/2020

Oído derecho

Vía aérea							
250 Hz	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	4000 Hz	6000 Hz	8000 Hz
-	45	45	50	40	45	40	50

Vía osea						
250 Hz	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	4000 Hz	6000 Hz
-	-	-	-	-	-	-

Oído izquierdo

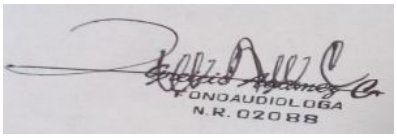
Vía aérea							
250 Hz	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	4000 Hz	6000 Hz	8000 Hz
-	20	20	25	25	25	20	25

Vía osea						
250 Hz	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	4000 Hz	6000 Hz
-	-	-	-	-	-	-

Interpretación diagnostica: OD: Hipoacusia no especificada de grado modera, con afectación de bandas conversacionales OI: Audicion normal IDX: (H919)

Observaciones y recomendaciones: -Consultar a ORL de su EPS para manejo de síntomas expuestos. -Realizar audiometría clínica confirmatoria. -Emplear sistemas de protección auditiva acordes al nivel de ruido expuesto. -Visite a su médico especialista cuando note alguna molestia en oído/s y evite la automedicación. -No introduzca objetos (copitos, pinzas) realizar limpieza después de la ducha con la punta de una toalla húmeda.

Médico
Greici Dayanis Agamez Campuzano
Profesión: Fonoaudiologia
Registro: 02088

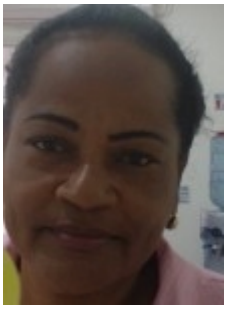


Aspirante o trabajador
CASTA JOSEFA COTES MURGAS
Identificación: CC: 40916641

LA HISTORIA CLÍNICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCIÓN 1918 DEL 2009

ESPIROMETRÍA

Información paciente



Empresa: INDEPENDIENTE
Empresa en misión:
Nombre completo: CASTA JOSEFA COTES MURGAS
Identificación: 40916641
Cargo:
Fecha nacimiento:
Edad:
Genero:
Estado civil:
Escolaridad:
Teléfono:
Dirección:
Nº hijos:
ARL:
EPS:

Motivo de consulta: Otro
Fecha de consulta: 22/02/2020
Revisión por Sistemas:

Antecedentes personales

No hay antecedentes personales.

Hábitos

Fuma: No
Cigarrillos/Día:
Total años fumando:
Fumaba: No
Cuantos años fumó?:
Cigarrilos/Día:
Años sin fumar:
Deportes: No
Frecuencia:
Duración deporte:
Descripción deporte:

Antecedentes ocupacionales

No hay antecedentes ocupacionales.

Espirometría

	Resultado actual	Promedio	% Promedio
FVC	337	290	86
FEV1	269	274	102
FEV 1 / FVC%	796	945	102

LA HISTORIA CLÍNICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCIÓN 1918 DEL 2009

Interpretación Diagnostica: ESPIROMETRIA NORMAL
Observaciones:

Médico
MONICA LILIANA GUEVARA JIMENEZ
Profesión: Fisioterapeuta
Registro: RM .2823



Aspirante o trabajador
CASTA JOSEFA COTES MURGAS
Identificación: 40916641

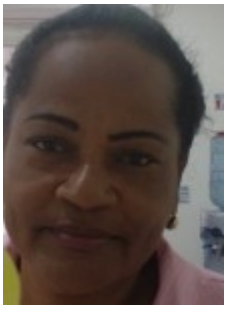


LA HISTORIA CLÍNICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCIÓN 1918 DEL 2009

LABORATORIO

LA HISTORIA CLÍNICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCIÓN 1918 DEL 2009

Información paciente



Empresa: INDEPENDIENTE
Empresa en misión:
Nombre completo: CASTA JOSEFA COTES MURGAS
Identificación: 40916641
Cargo:
Fecha nacimiento:
Edad:
Genero:
Estado civil:
Escolaridad:
Teléfono:
Dirección:
Nº hijos:
ARL:
EPS:

Motivo de consulta: Ingreso
Fecha de consulta: 26/02/2020

Glicemia

Valor mínimo:	Valor máximo:	Unidad:

Resultado:
GLICEMIA 79 mg /dl VR: 70-110 mg/dl

Observaciones:

Colesterol hdl

Valor mínimo:	Valor máximo:	Unidad:

Resultado:
HDL 54 mg/dl VR: HOMBRES MAYOR DE 35 mg/dl
MUJERES MAYOR DE 40 mg/dl

Observaciones:

Colesterol ldl

Valor mínimo:	Valor máximo:	Unidad:

Resultado:
LDL 187 mg /dl VR: HASTA 140 mg/dl

Observaciones:

Colesterol total

Valor mínimo:	Valor máximo:	Unidad:

Resultado:
COLESTEROL 270 mg/dl VR: HASTA 200 mg/dl

Observaciones:
CONFIRMADO

Colesterol vldl

Valor mínimo: **Valor máximo:** **Unidad:**

Resultado:
VLDL 28 mg/dl VR: HASTA 110 mg/dl

Observaciones:

Trigliceridos

Valor mínimo: **Valor máximo:** **Unidad:**

Resultado:
TRIGLICERIDOS 142 mg /dl VR: HASTA 150 mg/dl

Observaciones:

Parcial de orina

Valor mínimo: **Valor máximo:** **Unidad:**

Resultado:

	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA
COLOR	AMARILLO	AMARILLO
ASPECTO	LIGERAMENTE TURBIO	LIMPIDO
DENSIDAD	1005	1005 a 1030
PH	7.5	5.0 a 8.0
PROTEINAS	NEGATIVO	NEGATIVO
GLUCOSA	NEGATIVO	NEGATIVO
CETONAS	NEGATIVO	NEGATIVO
BILIRRUBINAS	NEGATIVO	NEGATIVO
UROBILINOGENO	NORMAL	NORMAL
NITRITOS	NEGATIVO	NEGATIVO
LEUCOCITOS	NEGATIVO	NEGATIVO
HEMATIES	NEGATIVO	NEGATIVO

SEDIMENTO URINARIO

	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA
CELULAS EPITELIALES	0-2XC	1-5 XC
LEUCOCITOS	0-2 XC	0-2 XC
BACTERIAS	+	ESCASAS
HEMATIES	0-2 XC	0-2 XC
MOCO		ESCASO
CRISTALES		

Observaciones:

LA HISTORIA CLÍNICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCIÓN 1918 DEL 2009

LA HISTORIA CLÍNICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCIÓN 1918 DEL 2009

Hemograma completo

Valor mínimo:	Valor máximo:	Unidad:

Resultado:

LEUC 5.8 10^3/µL [4.5 - 11.0]
LIMFO 2.6 10^3/µL [1.1 - 3.1]
MID 2.9 10^3/µL [0.2 - 1.3]
GRA 0.3 10^3/µL [1.6 - 7.0]
LIMFO% 45.3 % [14.1 - 52.8]
MID% 49.9 % [3.2 - 17.7]
GRA% 4.8 % [39.6 - 78.4]
35
100 200 fL
HEM 4.48 10 /µL 6 [3.88 - 5.78]
HGB 12.2 g/dL [11.0 - 17.0]
VCM 92.2 fL [80.0 - 92.1]
HCT 41.3 % [34.0 - 50.9]
HCM 27.30 pg [26.40 - 33.20]
HCMC 29.6 g/dL [31.8 - 36.7]
RDWsd 47.5 fL
RDWcv 14.4 % [10.0 - 16.0]
35
25 50 fL
PLT 332 10^3/µL [150 - 450]
VPM 8.1 fL [4.5 - 13.5]
PCT 0.27 %
PDWcv 48.6 %
PDWsd 9.9 fL
PLC-R 42 %
PLC-C 139 10^3/µL

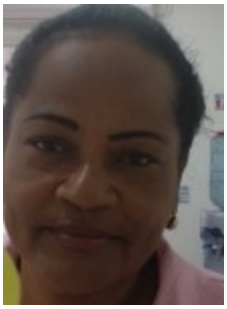
Observaciones:

DANNA CECILIA ATENCIO POSSO
Profesión: Bacteriologa
Registro: 1118846765

Aspirante o trabajador
CASTA JOSEFA COTES MURGAS
Identificación: 40916641

OPTOMETRÍA

Información paciente



Empresa: INDEPENDIENTE
Empresa en misión:
Nombre completo: CASTA JOSEFA COTES MURGAS
Identificación: CC: 40916641
Cargo:
Fecha nacimiento:
Edad:
Genero:
Estado civil:
Escolaridad:
Teléfono:
Dirección:
Nº hijos:
ARL:
EPS:

Motivo de consulta: Ingreso
Fecha de consulta: 22/02/2020

Factor de riesgo visual

Usa Lentes: No
Tipo de lentes:
Sintomatologia: PCTE NO REFIERE ALTERACIONES VISUALES

Visión lejana

Ojo Derecho		Ojo Izquierdo		Ambos ojos	
Sin lentes	**Con lentes**	**Sin lentes**	**Con lentes**	**Sin lentes**	**Con lentes**
20/30	-	20/70	-	20/40	-
Observaciones:					

Visión cercana

Ojo Derecho		Ojo Izquierdo		Ambos ojos	
Sin lentes	**Con lentes**	**Sin lentes**	**Con lentes**	**Sin lentes**	**Con lentes**
20/40	-	20/70	-	20/40	-
Observaciones:					

LA HISTORIA CLÍNICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCIÓN 1918 DEL 2009

Examen externo ojo derecho:
PTERIGIO NASAL

Examen externo ojo izquierdo:
PTERIGIO NASAL

Motilidad PCC:
8

Cover test 20cm (CT):
EXOFORIA

Cover test 40cm (CT):
EXOFORIA

Cover test infinito ():
ORTHO

Oftalmoscopia Ojo derecho (OD):
FONDO DE OJO SANO

Oftalmoscopia Ojo izquierdo (OI):
FONDO DE OJO SANO

Distinción de colores:
NORMAL

Estereopsis:
Arco 100"

Estado de corrección:

Refracción Ojo derecho (OD):
+1.50

Refracción Ojo izquierdo (OI):
+1.50-1.00X135

Observaciones:
Ninguna

Prescripción final

Ojo derecho (OD)	Adición	Agudeza visual	Distancia pupilar (D.P)
+1.00	+2.50	20/25 0.5M	32 MM
Ojo izquierdo (OI)	**Adición**	**Agudeza visual**	**Distancia pupilar (D.P)**
+1.00-0.75X135	+2.50	20/30 0.75M	32 MM

Interpretación diagnóstica: Presbicia; Pterigio; Astig. hipermetropico
Recomendaciones: Uso permanente rx optica; Uso de epp visual; Pausas activas, VALORACIÓN POR OFTALMOLOGIA
Concepto laboral visual: SE REQUIERE USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA FORMULADA PARA LABORAR

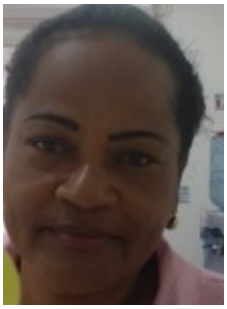
Médico
LUIS ELOY RODRIGUEZ MOSCOTE
Profesión: Optometra
Registro: TP:2271 / RM:5044

Aspirante o trabajador
CASTA JOSEFA COTES MURGAS
Identificación: CC: 40916641

LA HISTORIA CLÍNICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCIÓN 1918 DEL 2009

PRUEBA DE VOZ

Información paciente



Empresa: INDEPENDIENTE
Empresa en misión:
Nombre completo: CASTA JOSEFA COTES MURGAS
Identificación: CC: 40916641
Cargo:
Fecha nacimiento:
Edad:
Genero:
Estado civil:
Escolaridad:
Teléfono:
Dirección:
Nº hijos:
ARL:
EPS:

Motivo de consulta: Ingreso
Fecha de consulta: 22/02/2020
Resultado:

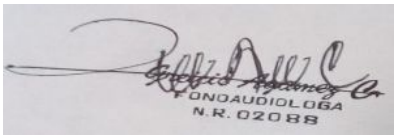
FECHA: 22 DE FEBRERO 2020
CC: 40.916.641
CARGO: INSTRUCTOR
NOMBRE: CASTA JOSEFA COTES MURGAS
EDAD: 56 AÑOS

Usuario de sexo femenino la cual se desempeñándose como docente hace 12 años, no manifiesta síntomas asociados a alteración de voz ni en su aparatología fonoarticulatoria.
Durante el examen se evalúa voz confidencial, conversacional y proyectada evidenciando intensidad, flexibilidad, tono, timbre, melodía y entonación adecuados para la edad y el género.
Se recomienda promoción y prevención sobre el uso adecuado de la voz, considerando hábitos de alimentación, postura, proyección de la voz técnicas de respiración, entre otros.

GREICIS AGAMEZ CAMPUZANO
Fonoaudióloga
N.R: 02088

LA HISTORIA CLÍNICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCIÓN 1918 DEL 2009

Greici Dayanis Agamez Campuzano
Profesión: Fonoaudiologia
Registro: 02088



Aspirante o trabajador
CASTA JOSEFA COTES MURGAS
Identificación: CC: 40916641

LA HISTORIA CLÍNICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCIÓN 1918 DEL 2009

DR. CLAUDIO MARTIN HERNANDEZ ARANGO

MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL - UNIVERSIDAD DEL NORTE

REGISTRO MÉDICO 081557/2011 - LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 1447/2015

CELULAR 3008784647 - 7290874 - RIOHACHA, LA GUAJIRA

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

PRE INGRESO: ✓ PERIÓDICA: ___ EGRESO: ___ OTRA:

Ciudad: Riohacha | Fecha: 17/02/2020 | Empleador: SENA

IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos: Casta Cotes Murgas No. de identificación: 40 916 641

Cargo: Instructora Edad: 56 Sexo: M ___ F X

Lugar de residencia: Riohacha la guajira Teléfono: 300 489 34 41

Escolaridad: Básica ___ Secundaria ___ ✓ Técnica ___ Univ ersitaria ___ Postgrado ___ Profesión: Artesana

Estado civil: Soltira Fecha de ingreso:

EPS: Medimas ARL: Positivo AFP Porvenir

HISTORIA OCUPACIONAL

Oficios desempeñados		Tiempo	Factores de riesgos laborales expuestos						
Empresa	Ocupación / Oficio	(meses)	Fís	Quím	Mec	Erg	Biol	Psic	Uso EPP: Si / No
1.									
2.									
Actual:									

OBSERVACIONES:

Prestó servicio militar: Si ___ No ✓ Tiempo de servicios (meses): _____ Años en que brindó servicios: _____

Acidentes de Trabajo reportados:

Enfermedades laborales calificadas:

ESTILO DE VIDA

Sedentario: Si: ✓ No ___ Tipo actividad realizada: _____ Frecuencia: Diaria ___ Sem _____ Ocas: ___

Fumador: No ✓ Si ___ Cigarrillos/día: ____ Años de hábito: ____ Drogadicción: Si ___ No ___ Tipo: _____

Consume licor: No ✓ Si ___ Ocasional ___ Semanal ___ Quincenal ___ Mensual ___

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS POSITIVOS (FAMILIARES Y PERSONALES)

PATOLOGÍA	FAMILIARES	PESONALES	PATOLOGÍA	FAMILIARES	PERSONALES	OBSERVACIONES
HTA			Auditivos			Lumbalgias: Si ___ No ___
Diabetes M.	mamo		Visuales			DMM de MMSS: Si ___ No ___
Cardiopatía			Cáncer			
Pulmonares			Fx - Luxac.			
Convulsiones			Urinarios			
Asma			Quirúrgicos			

OBSERVACIONES:

HISTORIA GINECO OBSTÉTRICA: G 3 P 0 C 3 A 0 F.U.M: 20/06/2011

Planif. Familiar: No ✓ Si ___ Método: _____ Última citología: ___/___/_____ Normal: Si ___ No ___

INMUNIZACIONES: No ___ Si ✓ Tétanos ✓ F. Amarilla ✓ Otras:

EXAMEN FÍSICO

TA: 120/80 FC: _____ FR: 20 Peso: 74 Estatura: 165 IMC: _____

Estado nutricional: Normal ___ Sobrepeso: ✓ Obesidad (Grado): ___ Dominancia: Diestro ___ Zurdo: ___

	Normal	Anormal		Normal	Anormal		Normal	Anormal
Cabeza	✓		Tórax - Senos			Miemb. Inf.		
Cara - Cuello	✓		Pumones			Neurológico		
Cuello	✓		Abdomen			Reflejos		
Ojos	✓		Genitales ext			Equilibrio		
oídos	✓		Columna vert.					
Boca - Faringe	✓		Miemb. Sup					

OBSERVACIONES:

PRUEBAS O VALORACIONES COMPLEMENTARIAS REALIZADAS

Fecha de realización: ___/___/_____/

Tipo / Prueba	Normal	Anormal	Tipo / Prueba	Normal	Anormal	Tipo / Prueba	Normal	Anormal
Glicemia			Triglicéridos			Visiometría		
Hemograma			Uroanálisis			Compromiso de visión lejana: Si ___ No ___		
Colesterol			Espirometría			Puede corregirse adecuadamente: Si ___ No ___		
Colest. HDL			EKG			Audiometría		
Colesterol LDL			Rx tórax			Compomiso de zona conversacional: Si ___ No ___		

OBSERVACIONES:

DIAGNÓSTICO / IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

1.	3.
2.	4.

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD

Apto, sin restricciones para el trabajo a desarrollar: ✓	**Apto para trabajar en alturas: Si ___ No ___**
Apto, con restricciones para el trabajo a desarrollar: _____	**Aplazado el concepto de aptitud laboral:** ___
No apto para el trabajo a desempeñar; posee patología que ocasionaría perjuicio en su salud o la de terceros: ___	

OBSERVACIONES:

RECOMENDACIONES EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Remisión a EPS: No ✓ Si ___ Motivo:

Utilización de EPP: No ___ Si ___ Observaciones

Ingreso a PVE: DME ___ Riesgos químicos ___ Ruido ___ Biológico ___ Psicosocial ___ Cardiovascular ___ Otro _____

El trabajador certifica que la información suministrada para efecto de la presente evaluación médica ocupacional es verídica; y, manifiesta que ha dado su consentimiento para la realización de las pruebas complementarias

Claudio Hernandez

DR. CLAUDIO MARTIN HERNANDEZ ARANGO

R.M 081557/11 - LIC S.O 1447/2015

Basta botero

FIRMA DEL TRABAJADOR

No. de documento identidad:

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) CASTA JOSEFA COTES MURGAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 40916641 realizó el día 18/03/2021 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 CASTA JOSEFA COTES MURGAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 40916641 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.

Casta Cotes M

Firma

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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

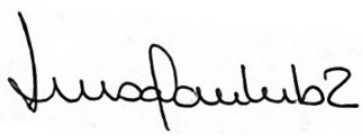
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora CASTA JOSEFA COTES MURGAS, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 40916641, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 01/03/2021 y fecha fin de contrato 31/10/2021 con riesgo 1.

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): 202101013349462.

Esta certificación se expide a los 20 días del mes de Marzo de 2021.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

BBVA

Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

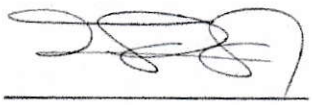
Que nuestro(a) cliente CASTA JOSEFA COTES MURGAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 40,916,641 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS AHORRODIARIO No. 0477067524 aperturada el 11 de julio de 2007 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 26 de abril de 2021.

Para trámites de nómina,legales,internacionales y otros,también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos:	0477067524
Cuenta de 16 dígitos:	0477000200067524
Cuenta de 20 dígitos:	00130477000200067524

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGURO
CUMPLIMIENTO ESTATAL

PÓLIZA
ISC000001210

equidad seguros
NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

COD.PRODUCTO	0403	**PRODUCTO**	CUMPLIMIENTO ESTATAL		
COD.AGENCIA	100017	**CERTIFICADO**	0	**DOCUMENTO : Nuevo**	**TEL:** 5707332
AGENCIA	SUC. VALLEDUPAR			**DIRECCIÓN**	CALLE 16 NO 10 30 EDIFICIO BANCOOP

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA						FECHA DE IMPRESIÓN		
1	3	2021	**DESDE**	1	3	2021	**HORA**	00:00	1	3	2021
DD	MM	AAAA	**HASTA**	28	2	2022	**HORA**	23:59	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR	CASTAS JOSEFA COTES MURGAS			**NIT/CC**	40916641
DIRECCIÓN	CL 5 NO.9-99	**E-MAIL**	CASTACOTES@HOTMAIL.COM	**TEL/MOVIL**	3135479644
ASEGURADO	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL GUAJIRA			**NIT/CC**	899999034
DIRECCIÓN	CR 15 AVENIDA AEROPUERTO	**E-MAIL**	SERVICIOALCIUDADANO@MISENA.EDU.CO	**TEL/MOVIL**	7273882
BENEFICIARIO	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL GUAJIRA			**NIT/CC**	899999034
DIRECCIÓN	CR 15 AVENIDA AEROPUERTO	**E-MAIL**	SERVICIOALCIUDADANO@MISENA.EDU.CO	**TEL/MOVIL**	7273882
AFIANZADO	CASTAS JOSEFA COTES MURGAS			**NIT/CC**	40916641
DIRECCIÓN	CL 5 NO.9-99	**E-MAIL**	CASTACOTES@HOTMAIL.COM	**TEL/MOVIL**	3135479644

INFORMACIÓN RIESGO A SEGURADO

DESCRIPCIÓN	DETALLE
CIUDAD	RIOHACHA
DEPARTAMENTO	LA GUAJIRA
LOCALIDAD	RIOHACHA
DIRECCION	RIOHACHA
TIPO DE CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS

INFORMACIÓN RIESGO A SEGURADO		VIGENCIAS GARANTIA		
GARANTÍAS OTORGADAS	VALOR AFIANZADO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	DIAS DE VIGENCIA
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	$ 2,432,092	2021-03-01	2022-02-28	364

VALOR A SEGURADO TOTAL $ 2,432,092

NUMERO DE RIESGOS	

PRIMA NETA	GASTOS	IVA	TOTAL A PAGAR
$ 22,556	$ 5,000	$ 5,236	$ 32,792

FORMA DE PAGO Contado

ENTIDAD BANCARIA

COASEGURO		INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA		
COMPAÑÍA	PARTICIPACION	CÓDIGO	NOMBRE	PARTICIPACIÓN
		1118807245	LUIS EDUARDO OROZCO SALCEDO	%

La mora en el pago de la prima o certificados que se expidan con fundamento en ella producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a La Equidad Seguros O.C. para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. El pago extemporaneo de la prima, no convalida la mora ni reactiva la póliza terminada automáticamente, caso en el cual se devolverá la prima a que haya lugar. Con la firma del presente documento certifico que he leído de manera anticipada en la página web de La Equidad http://www.laequidadseguros.coop/, el clausulado anexo a la póliza contratada, el cual adicionalmente me fue explicado por la compañía de seguros; información que en todo caso, declaro que conozco y entiendo, clara, suficiente y expresamente, en especial lo relacionado con las condiciones generales, el contenido de la cobertura, las exclusiones y las garantías del contrato de seguro. De igual forma, en el evento que corresponda, certifico que me fue entregada la tarjeta de asistencia y/o carné correspondiente a la póliza.

CLAUSULADO N°.

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP
Línea Segura 018000919538

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C. COMPAÑÍA DE SEGUROS
LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑÍA DE SEGUROS
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGURO
CUMPLIMIENTO ESTATAL

equidad seguros

INFORMACIÓN GENERAL

COD.PRODUCTO	0403	**PRODUCTO**	CUMPLIMIENTO ESTATAL		
COD.AGENCIA	100017	**CERTIFICADO**	0	**DOCUMENTO : Nuevo**	**TEL:** 5707332
AGENCIA	SUC. VALLEDUPAR			**DIRECCIÓN**	CALLE 16 NO 10 30 EDIFICIO BANCOOP

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA						FECHA DE IMPRESIÓN		
1	3	2021	**DESDE**	1	3	2021	**HORA**	00:00	1	3	2021
DD	MM	AAAA	**HASTA**	28	2	2022	**HORA**	23:59	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR CASTAS JOSEFA COTES MURGAS **NIT/CC** 40916641
DIRECCIÓN CL 5 NO.9-99 **E-MAIL** CASTACOTES@HOTMAIL.COM **TEL/MOVIL** 3135479644

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

ESTA PÓLIZA SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 14082019-1501-P-05-00000000000000403-DI00, EL CUAL SE ENCUENTRA DEBIDAMENTE REGISTRADO POR LA EQUIDAD SEGUROS O.C ANTE LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA. PARA SU CONSULTA FAVOR INGRESAR A www.laequidadseguros.coop

EL PRESENTE SEGURO Y LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ÉL, NO EXPIRARÁN POR MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA, NI PODRÁN SER REVOCADOS UNILATERAL POR EL TOMADOR O AFIANZADO DE LA PÓLIZA O DE LA ASEGURADORA.

LO ANTERIOR DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL DECRETO 1082 DE 2015, ARTÍCULO 2.2.1.2.3.2.5.

*** OBJETO***

CONTRATAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL DE TECNICOS, TECNOLOGOS Y/O PROFESIONALES QUE SE DESEMPEÑEN COMO INSTRUCTORES EN LOS PROGRAMAS DE FORMACION TITULADA Y COMPLEMENTARIA DE LA PROGRAMACION PERSONAS EN SITUACION DE DESPLAZAMIENTO, EJECUTANDO HORAS DIRECTAS A FORMACION Y OTRAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA FORMACION PROFESIONAL EN EL CENTRO AGROEMPRESARIAL Y ACUICOLA DE LA REGIONAL GUAJIRA CON CONTRATO NO.CO1.PCCNTR.2301105.

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO CONSULTE NUESTRA PAGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP
Línea Segura 018000919538

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIA DE SEGUROS
LA EQUIDAD SEGUROS O.C. COMPAÑIA DE SEGUROS GENERALES O.C



equidad seguros generales

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PÓLIZA

ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
(Decreto 1082 de 2015)



PÓLIZA

ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
(Decreto 1082 de 2015)

PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
(Decreto 1082 de 2015)

1. AMPAROS....2
2. EXCLUSIONES LOS AMPAROS PREVISTOS EN LA PRESENTE PÓLIZA....3
3. INDEPENDENCIA DE LOS AMPAROS....3
4. INDIVISIBILIDAD DE LA GARANTÍA....4
5. MODIFICACIONES AL CONTRATO....4
6. RESTABLECIMIENTO O AMPLIACIÓN DE LA GARANTÍA....4
7. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA....4
8. PAGO DEL SINIESTRO....5
9. VIGENCIA....5
10. SUMA ASEGURADA....5
11. VIGILANCIA SOBRE EL CONTRATISTA - GARANTIZADO EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO....5
12. SUBROGACIÓN....5
13. REDUCCIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN....6
14. CESIÓN DEL CONTRATO....6
15. NO EXPIRACIÓN POR FALTA DE PAGO DE PRIMA E IRREVOCABILIDAD....6
16. NOTIFICACIONES Y RECURSOS....6
17. PROHIBICIÓN DE LA TRANSFERENCIA....6
18. PROCESOS CONCURSALES....6
19. SOLUCIÓN DE CONFLICTOS....7
20. CERTIFICADO DE MODIFICACIÓN....7
21. PRESCRIPCIÓN....7
22. COEXISTENCIA DE SEGUROS....7
23. COASEGURO....7
24. NO SOLIDARIDAD NI INCONDICIONALIDAD DEL SEGURO....7
25. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES....7
26. DOMICILIO....7

Condiciones generales

La Equidad Seguros Organismo Cooperativo, que en adelante se identificará como La Equidad, otorga a la entidad estatal contratante asegurada, sin exceder el valor asegurado, los amparos mencionados en la caratula de la presente póliza, con sujeción, en su alcance y contenido, a las definiciones que a continuación se estipulan.

Conforme el artículo 1088 del Código de Comercio la indemnización podrá comprender el daño emergente y el lucro cesante, para otorgar cobertura de este último, se requiere acuerdo expreso en las condiciones de la póliza. Se cubren los perjuicios directos ocasionados por incumplimientos imputables al Contratista – Garantizado.

1. AMPAROS

1.1. AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA
Esta garantía cubre la sanción derivada del incumplimiento del ofrecimiento imputable al proponente garantizado, en los siguientes eventos:

1.1.1 La no suscripción del contrato sin justa causa por parte del adjudicatario.
1.1.2 La no ampliación de la vigencia de la garantía de seriedad de la oferta, cuando el plazo para la adjudicación o para suscribir el contrato es prorrogado, siempre que tal prorroga sea inferior a tres (3) meses.
1.1.3 La falta de otorgamiento por parte del proponente seleccionado, de la garantía de cumplimiento del contrato.
1.1.4 El retiro de la oferta después de vencido el plazo fijado para la presentación de las ofertas.

1.2. AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO
Este amparo cubre los perjuicios sufridos por la entidad estatal contratante asegurada con ocasión de:
1.2.1 La no inversión de anticipo
1.2.2 El uso indebido del anticipo
1.2.3 La apropiación indebida de los recursos recibidos en calidad de anticipo.

1.3. AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO
Este amparo cubre a la entidad estatal contratante asegurada los perjuicios derivados de:
1.3.1. El incumplimiento total o parcial del contrato cuando el incumplimiento es imputable al contratista-garantizado.
1.3.2. El cumplimiento tardío o defectuoso del contrato, cuando el incumplimiento es imputable al contratista-garantizado.
1.3.3. Los daños imputables al contratista garantizado por entregas parciales de la obra, cuando el contrato no prevé entregas parciales.
1.3.4. El pago del valor de las multas y de la cláusula penal pecuniaria.
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 contratante asegurada 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 garantizado.

1.4. AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGOS ANTICIPADOS

Este amparo cubre los perjuicios sufridos por la entidad estatal contratante asegurada por la no devolución total o parcial de dinero entregado al contratista-garantizado a título de pago anticipado, cuando a ello hubiere lugar.

1.5 AMPARO PARA EL PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES.
Este amparo debe cubrir a la entidad estatal contratante asegurada de los perjuicios ocasionados por el incumplimiento de las obligaciones laborales del contratista-garantizado, derivadas de la contratación del personal utilizado en el territorio nacional para la ejecución del contrato amparado.
Esta garantía no se aplicará en contratos que se ejecuten en su totalidad en el territorio nacional por personal contratado bajo un régimen jurídico distinto al colombiano.

1.6. AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE OBRA
Este amparo cubre a la entidad estatal contratante asegurada de los perjuicios ocasionados por cualquier tipo de daño o deterioro, imputable al contratista-garantizado, sufrido por la obra entregada a satisfacción.

1.7. AMPARO DE CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES
Este amparo debe cubrir la calidad y el correcto funcionamiento de los bienes que recibe la entidad estatal contratante asegurada en cumplimiento de un contrato.

1.8 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO
Este amparo cubre a la entidad estatal contratante asegurada por los perjuicios derivados de la deficiente calidad del servicio prestado.

1.9. OTROS AMPAROS
Esta póliza otorgará a la entidad estatal contratante asegurada los otros amparos que se determinen y definan en la carátula o en los anexos de la presente póliza, que correspondan a incumplimiento de obligaciones que la entidad estatal contratante asegurada considere deben ser amparados, siempre y cuando estén previstos en el respectivo contrato.

2. EXCLUSIONES A LOS AMPAROS PREVISTOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO OPERARÁN EN LOS CASOS SIGUIENTES:

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 no destinados al contrato.

2.3. El uso indebido o inadecuado o la falta de mantenimiento preventivo a que esté obligada la entidad estatal contratante asegurada.

2.4. El deterioro normal que sufran los bienes entregados con ocasión del contrato garantizado, como consecuencia del transcurso del tiempo.

3. INDEPENDENCIA DE LOS AMPAROS

De conformidad con el artículo 2.2.1.2.3.2.1 del Decreto 1082 de 2015 los amparos de la póliza serán independientes unos de otros respecto de sus riesgos y de sus valores asegurados.

La entidad estatal contratante asegurada solamente puede reclamar o tomar el valor de un amparo para cubrir o indemnizar el valor del amparo cubierto. Los amparos son excluyentes y no se pueden acumular.

4. INDIVISIBILIDAD DE LA GARANTÍA

El presente seguro es indivisible, sin embargo, se regirá por lo dispuesto en el Decreto 1082 de 2015, si el contrato garantizado tiene una duración mayor a cinco años, se cubren los riesgos de la etapa del contrato o periodo contractual indicado en la carátula de la póliza, según lo estipulado en las condiciones particulares del seguro.
El seguro será independiente para cada etapa del contrato, para cada periodo contractual o para cada unidad funcional, según sea el caso.
En la medida que la Equidad cumpla estrictamente las disposiciones que establece el Decreto 1082 de 2015 en lo relacionado con el aviso con seis meses de anticipación a la fecha de vencimiento de la garantía correspondiente, su decisión de no continuar garantizando la etapa siguiente del contrato y si el contratista-garantizado no obtiene la respectiva garantía, no se afectará por tal hecho la garantía vigente.

5. MODIFICACIONES AL CONTRATO

En el evento que se introduzcan modificaciones al contrato estas deberán ser previamente notificadas a La Equidad, para que ésta, si acepta la modificación así lo manifieste y expida el anexo correspondiente, del mismo modo podrá estipular condiciones más onerosas a cargo del contratista-garantizado.

6. RESTABLECIMIENTO O AMPLIACIÓN DE LA GARANTÍA

De conformidad con el Artículo 2.2.1.2.3.1.18 del Decreto 1082 de 2015, la entidad estatal contratante asegurada debe solicitar al contratista-garantizado restablecer el valor inicial de la garantía, cuando éste se haya visto reducido por razón de las reclamaciones efectuadas por la entidad estatal contratante. En este caso, se dará origen al cobro adicional de prima la cual deberá ser pagada previamente por el contratista-garantizado.
De igual manera, en cualquier evento en que se aumente o adicione el valor del contrato o se prorrogue su término, la entidad estatal contratante asegurada debe exigir al contratista-garantizado ampliar el valor de la garantía otorgada o ampliar su vigencia, según el caso.

7. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA

De acuerdo con lo establecido en el artículo 1077 del Código de Comercio en concordancia con el artículo 1080 ibídem, la entidad estatal contratante asegurada deberá demostrar la ocurrencia del siniestro y acreditar la cuantía de la pérdida, previo agotamiento del derecho de defensa del contratista-garantizado y de La Equidad, de la siguiente forma:

7.1. En caso de caducidad, una vez agotado el debido proceso y garantizados los derechos de defensa y contradicción del contratista-garantizado y de La Equidad conforme con lo establecido en el artículo 86 de la Ley 1474 de 2011, la entidad estatal contratante asegurada proferirá el acto administrativo correspondiente mediante el cual declare la caducidad del contrato y ordene el pago al contratista-garantizado y a La Equidad, bien sea de la cláusula penal o de los

perjuicios que ha cuantificado. El acto administrativo de caducidad constituye el siniestro.

7.2. En caso de aplicación de multas parciales, una vez agotado el debido proceso y garantizados los derechos de defensa y contradicción del contratista-garantizado y de La Equidad conforme con lo establecido en el artículo 86 de la Ley 1474 de 2011, la entidad estatal contratante asegurada proferirá el acto administrativo correspondiente en el cual impondrá la multa y ordenará su pago tanto al contratista-garantizado como a La Equidad. El acto administrativo correspondiente constituye el siniestro.

7.3. En los demás casos de incumplimiento, una vez agotado el debido proceso y garantizados los derechos de defensa y contradicción del contratista-garantizado y de La Equidad conforme con lo establecido en el artículo 86 de la Ley 1474 de 2011, la entidad estatal contratante asegurada proferirá el acto administrativo correspondiente en el cual declarará el incumplimiento, procederá a hacer efectiva la cláusula penal, si ella está pactada en el contrato, y ordenar su pago tanto al contratista-garantizado como a La Equidad. El acto administrativo correspondiente es la reclamación para La Equidad.

8. PAGO DEL SINIESTRO

La Equidad pagará el valor del siniestro dentro del término que disponga el acto administrativo sin que supere el mes siguiente a la fecha de recepción de la comunicación que se acompañe del acto administrativo ejecutoriado que declare la ocurrencia del siniestro y cuantifique el monto de los perjuicios.
Parágrafo: Sin perjuicio de lo anterior, La Equidad podrá optar por cumplir su prestación continuando la ejecución del contrato si en ello consiente la entidad estatal contratante asegurada.

9. VIGENCIA

La vigencia de los amparos otorgados por la presente póliza se hará constar en la carátula de la misma o en sus anexos.

10. SUMA ASEGURADA

La responsabilidad de La Equidad respecto de cada amparo no excederá en ningún caso la suma asegurada indicada en la presente póliza o sus anexos.

11. VIGILANCIA SOBRE EL CONTRATISTA-GARANTIZADO EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO

La Equidad podrá ejercer vigilancia al contratista-garantizado en la ejecución del contrato objeto de garantía, e intervenir cuando sea el caso para facilitar la ejecución del mismo. Esta facultad no exime de responsabilidad a la entidad estatal contratante asegurada para ejercer su debido control y vigilancia.
La vigilancia a la que se refiere la presente cláusula comprende la revisión de todos los libros, documentos e información que se requiera por La Equidad en relación con el contrato garantizado.
En los casos en los cuales el contrato tenga por objeto asuntos relacionados con el orden público y la seguridad nacional, la entidad estatal contratante asegurada podrá prohibir o limitar esta facultad a La Equidad.

12. SUBROGACIÓN

En virtud del pago de la indemnización La Equidad se subrogará hasta la concurrencia de su importe, en todos los derechos que la entidad estatal contratante asegurada tenga contra el

contratista-garantizado.
Si la entidad Estatal contratante asegurada renuncia a este derecho perderá su derecho a la indemnización.

13. REDUCCIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN

Si la entidad estatal contratante asegurada al momento de tener conocimiento del incumplimiento o con posterioridad a éste o del resultado de la liquidación del contrato y anterior al pago de la indemnización, fuere deudor del contratista-garantizado por cualquier concepto, se aplicará la compensación y la indemnización se disminuirá en el monto de las acreencias, según la Ley, de conformidad con lo señalado en los artículos 1714 y siguientes del Código Civil.
Igualmente se disminuirá del valor de la indemnización el de los bienes que la entidad estatal contratante asegurada haya obtenido del contratista-garantizado judicial o extrajudicialmente, en ejercicio de las acciones derivadas del contrato cuyo cumplimiento se garantiza por la presente póliza, si no existieren saldos a favor del contratista-garantizado, la entidad Estatal deberá expedir constancia que así lo declare.

14. CESIÓN DEL CONTRATO

Si por incumplimiento del contratista-garantizado, La Equidad resolviera continuar como cesionario con la ejecución del contrato y la entidad estatal contratante asegurada estuviese de acuerdo con ello, el contratista-garantizado acepta desde ahora la cesión del contrato a favor de La Equidad. En tal evento, La Equidad presentará garantías en los términos exigidos por la licitación o contrato.

15. NO EXPIRACIÓN POR FALTA DE PAGO DE PRIMA E IRREVOCABILIDAD

La presente póliza no expira por falta de pago de la prima ni por revocación unilateral.

16. NOTIFICACIONES Y RECURSOS

La entidad estatal contratante asegurada deberá notificar a La Equidad los actos administrativos atinentes a la declaración del siniestro. La Equidad tiene derecho a interponer los recursos legales contra dichos actos garantizando su derecho de defensa y el del contratista-garantizado.

17. PROHIBICIÓN DE LA TRANSFERENCIA

No se permite hacer cesión o transferencia de la presente Póliza sin el consentimiento escrito de La Equidad. En caso de incumplimiento de esta disposición, el amparo termina automáticamente y La Equidad solo será responsable por los actos de incumplimiento que hayan ocurrido con anterioridad a la fecha de la cesión o transferencia.

18. PROCESOS CONCURSALES

La entidad estatal contratante asegurada se obliga a hacer valer sus derechos dentro de cualquier proceso concursal o pre concursal o los previstos en la Ley 550 de 1999 y 1116 de 2006 y sus normas complementarias, en el que llegare a ser admitido el contratista garantizado, en la forma en que debería hacerlo si careciese de la garantía otorgada por la presente póliza y/o sus certificados dando aviso a La Equidad de tal conducta.
La entidad estatal contratante asegurada deberá hacerse parte del proceso y notificar a La Equidad de tal situación, si se abstiene de intervenir en el proceso, La Equidad deducirá de la

indemnización el valor de los perjuicios que esto genere.

19. SOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Todo conflicto originado con ocasión del contrato garantizado será resuelto por la justicia ordinaria.
Si posterior a la expedición del presente seguro las partes acuerdan un compromiso distinto para la solución de conflictos, éste no obliga a La Equidad a menos que ésta lo acepte expresamente y por escrito.

20. CERTIFICADO DE MODIFICACIÓN

Para los casos en que la suma asegurada sea aumentada o disminuida y para aquellos en los cuáles las estipulaciones del contrato original sean modificadas de acuerdo con la ley, La Equidad podrá expedir un certificado de modificación del seguro.

21. PRESCRIPCIÓN

La prescripción de las acciones derivadas del presente contrato, se regirá por las normas del Código de Comercio sobre el contrato de seguro.

22. COEXISTENCIA DE SEGUROS

En caso de existir al momento del siniestro otro seguro de cumplimiento con relación al mismo contrato, el importe de la indemnización a que haya lugar, se distribuirá entre los aseguradores en proporción a las cuantías de sus respectivos seguros, sin que en ningún momento sea posible superar la suma asegurada definida en la carátula de la póliza.

23. COASEGURO

En caso de existir coaseguro al que se refiere el artículo 1095 del Código de Comercio, el importe de la indemnización a que haya lugar se distribuirá entre los aseguradores en proporción de las cuantías de sus respectivos seguros, sin que exista solidaridad entre las aseguradoras participantes y sin exceder de la suma asegurada bajo el contrato de seguro.

24. NO SOLIDARIDAD NI INCONDICIONALIDAD DEL SEGURO

La presente póliza no representa una obligación incondicional ni solidaria, su efectividad dependerá de la ocurrencia del siniestro y su cuantificación previo agotamiento del debido proceso para La Equidad y el contratista-garantizado, con excepción del amparo de seriedad de oferta en donde se cubre la sanción derivada del incumplimiento en los eventos señalados para tal efecto.

25. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

En caso de existir incompatibilidad entre las condiciones del seguro y del contrato garantizado prevalecerán las primeras.

26. DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato se fija la ciudad de Bogotá.

equidad seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Línea Bogotá

7 46 0392

Línea Segura Nacional

01 8000 919 538

Desde su celular marque

#324

24 horas de los 365 días del año le entregará
el mejor servicio y toda la atención
que usted necesita

www.laequidadseguros.coop



www.laequidadseguros.coop