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 ANTIOQUIA
CENTRO DE COMERCIO-ANTIOQUIA - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION
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	**5**
Código Centro	**930110**
Fecha Elaboración	**Abril de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**04977-315574**
No. de documento	**69634**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	MARIA FERNANDA CELY ANDRADE	**C.C.**	40.042.600	**IP/Nº de contacto**	3115210714
Correo electrónico contratista:	mafernanda77@misena.edu.co				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	NO	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2020 Superaron $49'849.000	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		NO	
Banco al cual consignar:	BANCO CAJA SOCIAL	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		24042016269	
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:	2422959/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**33921**	
Valor Total del Contrato	$ 31.850.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 31.850.000	**1**	**Del**	**13/04/2021**	**Al**	**30/04/2021**	**$ 2.340.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 29.510.000		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

5_9301_235 PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR VIRTUAL, PARA IMPARTIR FORMACIÓN TITULADA EN EL ÁREA INSTITUCIONAL DE LA ENSEÑANZA DE IDIOMAS - IDIOMAS DEL CENTRO DE COMERCIO

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.340.000		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 2.340.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.379.400**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Abril	**Marzo**
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**000000000**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 936.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 117.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 149.800	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 4.900	$ 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	$ 234.000	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 459.800	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.379.400,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.073.200,00	
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	0,00	0,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Jaime Isaza Cadavid	9.360,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 2.330.640,00**	

SON: DOS MILLONES TRESCIENTOS TREINTA MIL SEISCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

De conformidad con el anexo informe mensual de ejecución del mes de Abril de 2021

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.

MARIA FERNANDA CELY ANDRADE
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,

NORA EMILSEN ESCOBAR ACOSTA
INSTRUCTOR

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

ANGELA MARIA VALDERRAMA VELEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

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 40042600
NOMBRES Y APELLIDOS	Cely Andrade,Maria Fernanda
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/05/2019
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Cely Andrade,Maria Fernanda, a los 18 días del mes de abril del año 2021.

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

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARIA FERNANDA CELY ANDRADE** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **40042600,** se encuentra afiliado/a desde **01/03/2019** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 11 de marzo de 2021.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 13 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14545040288

(415)7707212489984(8020) 000001454504028 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4 0 0 4 2 6 0 0	5	Impuestos y Aduanas de Sogamoso 2 6	

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 0 4 2 6 0 0	1 9 9 6 0 1 1 6

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CELY	ANDRADE	MARIA	FERNANDA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Duitama 2 3 8

41. Dirección principal: CR 16 A 19 41 AP 602

42. Correo electrónico: mafernanda77@misena.edu.co

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

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 05 - 28

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

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

HISTORIA CLINICA
OCUPACIONAL

CREADSALUD BOYACA S.A.S.
NIT. 826.001.733-1
CALLE 16 Nº 15 - 43. TEL. 7605484 - 3202309048 - 3153160085
DUITAMA - BOYACA - e-mail: creadsaludboyaca@yahoo.es

		Identificacion	Codigo Unico Paciente:
Nombre Paciente:	Maria Fernanda Cely Andrade	40042600	29452
Empresa:	SENA	**Fecha Nacimiento:**	30/10/1977
Direccion:	CALLE 16 A Nº 16-41 DUITAMA		

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:	Estado Civil:	Nro. Hijos	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Ingreso:
37954	Femenino	41 a	Casado	1	Profesional Universitari	DUITAMA	5/02/2019 08:17:29

Objetivo:	Ingreso	**E.P.S.:**	MEDIMAS	**A.R.L.:**	POSITIVA	**Cargo:**	INSTRUCTORA
Contrato:		**Clasificacion del Riesgo:**		CLASE II		**Estrato:**	[2] - Bajo

I. INFORMACION OCUPACIONAL Y EXPOSICION A FACTORES DE RIESGO

NOMBRE DE LA EMPRESA	CARGO	TIEMPO	FACTOR DE RIESGO							ORGANOS COMPROMETIDOS					
			Fisicos	Quimicos	Ergonomicos	Biologicos	Psicosocial	Seguridad	Otros	Oido	Ojos	Piel	Pulm	Ost.	Otros
SENA	INTRUCTORA	8 AÑOS	☑	☐	☑	☐	☑	☑	☐	☑	☑	☑	☑	☑	☐
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Observaciones Antecedentes:

* Ampliacion de ITEMS señalados con "Si"

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

Gafas: ☐ Casco: ☐ Tapabocas: ☐ Overol: ☐ Botas: ☐ Protector Auditivo: ☐ Respirador: ☐ Guantes: ☐

A. - ACCIDENTES DE TRABAJO: NO **B. - ENFERMEDAD PROFESIONAL:** NO

OBSERVACIONES: No Refiere Accidentes de Trabajo o Enfermedad(es) Profesional(es)

C.- ANTECEDENTES FAMILIARES:

Composición Familiar:

PATOLOGIA		PARENTESCO	PATOLOGIA		PARENTESCO
ASMA:	☐		A. CEREBRO-VASCULAR:	☐	
CANCER:	☐		HIPERTENSION ARTERIAL:	☐	
DIABETES:	☐		COLAGENOSIS:	☐	
ENFERMEDAD CORONARIA	☐		PAT. TIROIDEAS:	☐	

OTROS ANTECEDENTES: No Refiere Antecedentes

D. - ANTECEDENTES PERSONALES:

Patologicos:	☑		Psiquiatricos:	☐	No Refiere	Estimulantes:	☐ No Refiere
Hospitalarios:	☐	No Refiere	Transfuncionales:	☐	No Refiere	Practica Algun Deporte:	☐ No Refiere
Quirurgicos:	☑		Inmunizaciones:	☐	No Refiere	Medicamentosos:	☐ No Refiere
Alergicos:	☐	No Refiere	Gineco - Obstetricos:	☐	No Refiere	Toxicos:	☐ No Refiere
Traumaticos:	☐	No Refiere	Tabaquismo:	☐	No Refiere	Otros:	☐ No Refiere
Venereos:	☐	No Refiere	Alcohol:	☐	No Refiere		

** Ampliacion Sobre los item señalados con "Si" en antecedentes personales*

CX VARICES (2009). HIPERMETROPIA (2000)

E. - ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:

CICLO MENSTRUAL: NORMAL	G: 1 P: 1 A: 0 V: 1 C: 0 M: 0 E: 0
FECHA ULTIMA REGLA: 24/01/19	PLANIFICACION FAMILIAR:
FECHA ULTIMA CITOLOGIA:2016	☑ METODO: NO REFIERE

F. - INMUNIZACIONES:

VACUNA	DOSIS UNICA	VACUNA	1 DOSIS	2 DOSIS	3 DOSIS	REFUERZO
FIEBRE AMARILLA:	No Refiere	TETANO:	No Refiere	No Refiere	No Refiere	No Refiere
PAPERAS Y RUBEOLA:	No Refiere	HEPATITIS:	No Refiere	No Refiere	No Refiere	No Refiere
INFLUENZA:	No Refiere	OTRAS:	No Refiere	No Refiere	No Refiere	No Refiere
Resultado Inmunizaciones:	No Refiere					

G. - HABITOS:

FUMA	○ Si	● No	
CANTIDAD DE CIGARRILLOS POR DIA:		0	
FUMABA:	○ Si ● No	CIGARRILLOS DIA:	0
HASTA CUANDO:			

ALCOHOL:	○ Si	● No
FRECUENCIA: NO REFIERE	TIPO:	
ACTIVIDAD CULTURAL:	○ Si	● No
ACTIVIDAD DEPORTIVA:	● Si	○ No
SEDENTARIO PURO:	○ Si	● No
SEDENTARIO:	○ Si	● No

Habitos Riesgosos

Tejo ☐ S. Militar: ☐ Tiempo: _____ Moto: ☐

Otros: No Refiere

Especifique:

CAMINAR TODOS LOS DIAS

II. - REVISION POR SISTEMAS Y EXAMEN FISICO:

CARDIOVASCULAR:	N	OCULAR:	N
DARMATOLOGICO:	N	RESPIRATORIO:	N
GENITU - URINARIO:	N	DIGESTIVO:	N
NEUROLOGICO:	N	O.R.L.:	N
OSTEO - MUSCULAR:	N	OTROS:	N

PERIMETRO ABDOMINAL: 73 Cms			
PESO:	TALLA:	I.M.C.:	F.C.:
57 Kgs	156 Cms	23,4 k/m2	60 x Minuto
F.R.:	T.A.:	BIOTIPO:	ESTADO GENERAL:
20 x minuto	89/73 mmHg	Mediano	Bueno

LATERALIDAD: DIESTRO: ☐ ZURDO: ☑ AMBIDIESTRO: ☐

AGUDEZA VISUAL: O.D. | O.I. | A.O.

1. CABEZA	N	13. OIDOS:	N	25. T. INGUINALES:	N
2. OJOS	N	14. C. AUDITIVO EXT.:	N	26. GENITALES EXT:	N
3. PARPADOS	N	15. TIMPANOS:	N	27. T. VAGINAL:	N
4. CONJUNTIVAS	N	16. CUELLO:	N	28. T. RECTAL:	N
5. FONDO DE OJO	N	17. TIROIDES:	N	29. : MIEMBROS	N
6. NARIZ	N	18. TORAX:	N	30. MANOS:	N
7. TABIQUE	N	19 . Rs Cs:	N	31. PIES:	N
8. BOCA	N	20. Rs Rs:	N	32. PIEL:	N
9. DENTADURA	N	21. SENOS:	N	33. COLUMNA:	N
10. FARINGE	N	22. ABDOMEN:	N	34. EX. NEUROLOGICO:	N
11. AMIGDALAS	N	23. PERCUSION:	N	35. EX. MENTAL:	N
12. ENCIAS	N	24. MASAS:	N	36. REFLEJOS:	N

* Normal = N Anormal = A X= No Examinada AMPLIE SOLAMENTE HALLAZGOS ANORMALES(A)

DOLOR EN ESTILOIDES RADIAL.

III. -EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

CUADRO HEMATICO:	Normal	HTO 46.44% HB g/dl 14.3	OPTOMETRIA:	Anormal	ASTIGMATISMO OD,HIPEI
PARCIAL DE ORINA:	Normal	P.H 5.0	VISIOMETRIA:	No Solicitado	No Solicitado
SEROLOGIA:	No Solicitado	No Solicitada	ESPIROMETRIA:	No Solicitado	No Solicitado
HEMOCLASIFICACION:	No Solicitado	No Solicitado	AUDIOMETRIA:	No Solicitado	No Solicitado
GLICEMIA:	Normal	107.0 mg/dl	TRIGLICERIDOS:	Normal	89.2 mg/dl
COLESTEROL:	Anormal	Total: 228 mg/dl	KOH:	No Solicitado	No Solicitado
OBSERVACIONES EXAMENES:			GRAVINDEX:	No Solicitado	No Solicitado

ENTREVISTA PSICOLOGICA:NORMAL

IV. - DIAGNOSTICO DE INTERES CLINICO:

1	[CIE10 No.H522]:ASTIGMATISMO OD,HIPERMETROPIA OI,EXCA 0.4.
2	[CIE10 No.]I839:VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES SIN ULCERA NI INFLAMACION

V. - PREVENCION EN RIESGOS LABORALES:

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	Auditivo	☐	Visual	☑	Respiratório	☐	Ergonómico ☐
	Dermatologico	☐	Cardiovascular	☑	Otros	☐	
	ESPECIFIQUE:						

TIPO DE PROTECCION	CASCO	BOTAS	GUANTES	P. AUDITIVO	P. RESPIRATORIA	P. VISUAL
	☐	☐	☐	☑	☐	☑
	OTROS:					

VI. - DIAGNOSTICO DE INTERES OCUPACIONAL:

1	[CIE1O No.H522]:ASTIGMATISMO OD,HIPERMETROPIA OI.
2	[CIE1O No.]I839:VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES SIN ULCERA NI INFLAMACION
3	SOSPECHA DE GLAUCOMA(EXCA 0.4.).
4	
5	
6	

RECOMENDACIONES:

GENERALES: Valoración por EPS. (Medicina General,Oftalmologia). Usar medias de baja compresion elastica. Correccion optica preferiblemente con lentes de contacto.SALUD OCUPACIONAL: Control de Salud ocupacional periódico, Higiene Postural, Utilización EPP. Incluir en PROGRAMAS DE PYP: SVE Riesgo Visual, Cardiovascular.

RESTRICCIONES FISICAS Y EXAMENES REALIZADOS :

Se Realizaron los siguientes examenes: EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, CARDIOVASCULAR, OPTOMETRIA - VALORACION VISUAL, ENTREVISTA PSICOLOGIA, GLICEMIA, CUADRO HEMÁTICO, PERFIL LIPIDICO.

OBJETIVO VALORACION:

Ingreso

VII. - CLASIFICACION DE APTITUD:

CONCEPTO INGRESO:	APTO para el Cargo:	☑	No APTO para el Cargo:	☐	Aplazado:	☐	
TRABAJOS ESPECIALES:	Altura:	☐	Espacios Confinados:	☐	Manipulacion de Alimentos:	☐	

CONCEPTO EGRESO:	Satisfactoria:	☐	No Satisfactoria:	☐	Valoracion por E.P.S.:	☐
					Valoracion por A.R.L.:	☐

Periodico o Cambio de Ocupacion:	☐	Reubicar Trabajador	☐	Continua en el Cargo	☐

Wed Feb 2019 02/06/19 08:16:18

ALFONSO REYES - C.C. 9522665 / RM: R.M. 11690-85 - LIC. S.O. 1825

Firma del Paciente o Responsable

Tue Feb 2019 02/05/19 08:24:17

Indice Derecho

ESTA HISTORIA CLINICA NO REQUIERE FIRMA DEL PROFESIONAL O MEDICO QUE ATENDIO, DE ACUERDO AL ARTICULO 18 DE LA RESOLUCION 1995 DE 1999 DEL MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Impreso por: Generado por SGMI - TERRASOFT, NIT. 74814574-9

CREADSALUD BOYACÁ S.A.S.

EXAMEN DE AUDIOMETRIA OCUPACIONAL

NIT 826.001.733-1

Nombre: Maria Fernanda Cely Andrade **Fecha:** 30/11/2017 **SID-AUDIO : 15125**

No. Identificacion: 40042600 **Empresa:** PARTICULARES Particular

Edad: 40 Años **Sexo:** Femenino **Cargo / Tipo:** Docente Ingreso

I. Antecedentes de Exposicion Laboral al Ruido

Cargo Actual: DOCENTE
Ruido Laboral: Ninguno
Cargo Anterior: DOCENTE.
Empresa: SENA

Tiempo de Servicio: 15 AÑOS
Proteccion Auditiva: Ninguna
Tiempo Servicio: 10 MESES
Ruido Laboral: Ninguno

Proteccion Auditiva Utilizada: Ninguna
Ultimo Examen de Audiometria: 3 AÑOS
Reporte Ultimo Examen: NORMAL

II. Actividades Extralaborales con Exposicion al Ruido



Servicio Militar:	Si ○ No ●	Tiro al Blanco:	Si ○ No ●
Moto:	Si ○ No ●	Tejo:	Si ○ No ●
Carro:	Si ○ No ●	Walkman / Ipad / Auriculares mp3:	Si ○ No ●
Avion / Helicoptero:	Si ○ No ●	Discoteca:	Si ○ No ●
Natacion:	Si ○ No ●	Otros:	Si ○ No ●

Otros Cual: No refiere

III. Antecedentes Personales

TC - TCE:	Si ○ No ●	Diabetes:	Si ○ No ●
Paperas:	Si ○ No ●	Sarampion:	Si ○ No ●
HTA:	Si ○ No ●	Paralisis Facil:	Si ○ No ●
Meningitis:	Si ○ No ●	Cefaleas:	Si ○ No ●
Rubeola:	Si ○ No ●	Otros:	Si ○ No ●

Otros Cual?: No refiere

IV - Antecedentes Otologicos

Otalgia:	Si ○ No ●	Otitis:	Si ○ No ●
Otorrea:	Si ○ No ●	Cirugias de Oido:	Si ○ No ●
Acufenos / Tinnitus	Si ○ No ●	Hipoacusia:	Si ○ No ●
Vertigo:	Si ○ No ●	Rinitis:	Si ○ No ●
Sensacion de Oidos Tapado	Si ○ No ●	Sinusitis:	Si ○ No ●
Infecciones:	Si ○ No ●	Alteraciones Vias Respiratorias:	Si ○ No ●
Tapon de Cerumen:	Si ○ No ●	Otros:	Si ○ No ○

Otros: No refiere

V. Audicion

Considera que Oye Bien?: ● Si ○ No Hace Cuanto Tiempo:

Igual por los dos Oidos: ● Si ○ No

Al Conversar solicita repetir con frecuencia: Si ○ No ●

Debe Aumentar el Volumen del TV / Radio: Si ○ No ●

Otras: No refiere

Morbilidad al Ruido:

El Ruido le Molesta:	Si ○ No ●
Le causa Dolor de Cabeza:	Si ○ No ●
Le produce mal Genio:	Si ○ No ●
Le produce Desmotivacion:	Si ○ No ●
Interfiere su concentracion:	Si ○ No ●

OTOSCOPIA

PARAMETROS	OIDO DERECHO	OIDO IZQUIERDO
Conducto Auditivo Externo:	Restos de Cerumen	Restos de Cerumen
Membrana Timpanica:	Normal	Normal
Pabellon Auricular:	Normal	Normal
Sintomas Visuales - Sensoriales y Auditivos:		
Observaciones:		

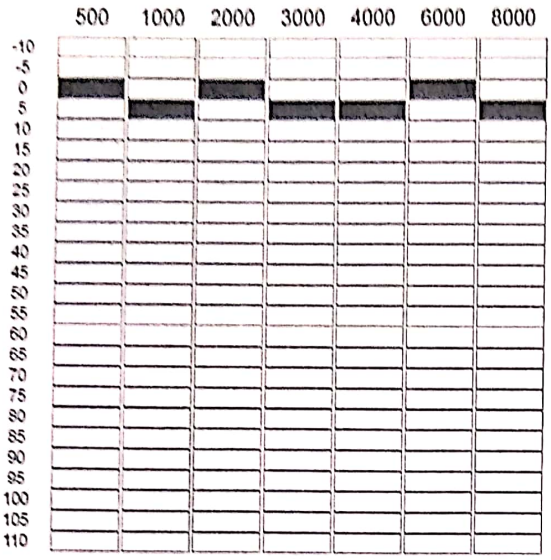
Reposo Auditivo: Si ● No ○ Horas Reposo: 8

Descripcion: DUITAMA Audiocups: ☑

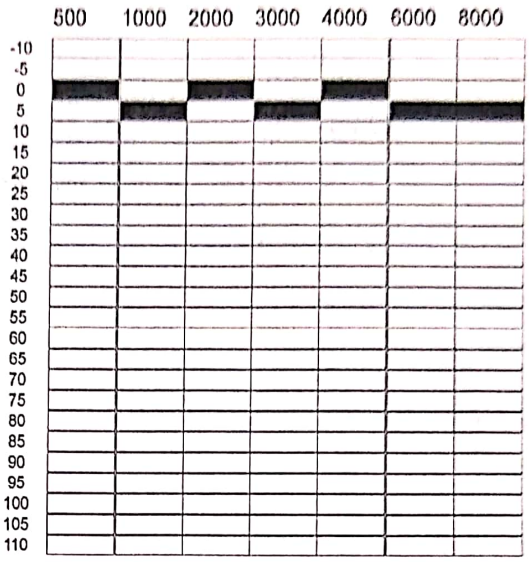
Equipo: MAICO MA42 Fecha Calibracion: 16/12/2016 Cabina: ☑



OIDO DERECHO VIA AEREA



OIDO IZQUIERDO VIA AEREA



UMBRALES AUDITIVOS VIA AEREA

dB	Hz									
	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	ROMEDIO TONOS PUROS (dE	
Oido Derecho	0	0	5	0	5	5	0	5	0	dB
Oido Izquierdo	0	0	5	0	5	0	5	5	0	dB

UMBRALES AUDITIVOS VIA OSEA

dB	Hz								
	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	PROMEDIO TONOS PUROS (dB)	
Oido Derecho	0	0	0	0	0	0	0	0	dB
Oido Izquierdo	0	0	0	0	0	0	0	0	dB

Impresion Fonoaudiologica: PERCEPCIÓN AUDITIVA BILATERAL NORMAL

Grado de Audición: Normal

Impresion Diagnostica: AUDICIÓN BILATERAL NORMAL

Clasificacion Ocupacional: AUDICIÓN NORMAL

Recomendaciones: CONTROL ANUAL.

Conducta: Valoriacion por O.R.L. ☐ Audiometria Clinica: ☐

Limpieza Otica Bilateral: ☐ O.I.: ☐ O.D.: ☐

E.P.P. Auditiva:

Copa: ☐ Insercion: ☐ Doble Proteccion.: ☐ Conducir con Ventanilla Cerrada: ☐

Control: En 1 Año: ☑ En 6 Meses: ☐ En 3 Meses: ☐

Thu Nov 2017 11/30/17 07:50:24

Evaluador: DIEGO FELIPE CHAVEZ / NO. 3365- 2006

Thu Nov 2017 11/30/17 08:19:58

FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE



Indice Derecho

CREADSALUD BOYACÁ S.A.S.

RELACIÓN DE EXÁMENES

NIT 826.001.733-1



Nombre: MARIA FERNANDA CELY ANDRADE **SID : 11864**

No. Identificacion: 40042600

Edad: 41 Años **Sexo:** Femenino

Nro. Ordenamiento: 44658

Fecha de Recepcion: 05/02/2019 08:12:36

Fecha de Impresion: 11/07/2019 02:26:57 pm

Entidad: SENA

Solicitante: A QUIEN CORRESPONDA

Examen	Resultado	Jnidad de Medid:	Valor Biologico de Referencia
1. Cuadro Hemático Automatizado			
Metodo: Automatizado			
WBC	5.72	$10^3/\mu L$	4.5 - 11.5 $10^3/\mu L$
LYM	2.19	$10^3/\mu L$	1.3 - 4.0 $10^3/\mu L$
MID	0.38	$10^3/\mu L$	0.15 - 0.9 $10^3/\mu L$
GRA	3.15	$10^3/\mu L$	2.5 - 7.5 $10^3/\mu L$
LYM%	38.2	%	17 - 45 %
MID%	6.7	%	2 - 8 %
GRA%	55.0	%	55 - 70 %
RBC	5.21	x10^6/uL	Mujeres: 4.7 - 4.9 x10^6/uL Hombres: 5.4 - 1.1 x10^6/uL
HGB	14.3	g/dl	Mujeres: 12 - 16 g/dl Hombres: 14 - 18 g/dl
HCT	46.44	%	Mujeres: 37 - 47 % Hombres: 41 - 53 %
MCV	89	fl	Mujeres: 83 - 97 fl Hombres: 83 - 97 fl
MCH	27.5	pg	Mujeres: 27 - 31 pg Hombres: 27 - 31 pg
MCHC	30.9	g/dl	31.1 - 37.1 g/dl
RDWc	13.8	%	Mujeres: 10 - 14 % Hombres: 10 - 14 %
PLT	338	$10^3/\mu L$	150 - 450 $10^3/\mu L$
PCT	0.27	%	0.20 - 0.24 %
MPV	8.1	fl	6.5 - 11.0 fl
PDWc	38.1	%	29.2 - 49.2 %
P-LCC	90	$10^3/\mu L$	
P-LCR	26.55	%	
2. Glicemia	107.0	mg/dl	60-110 mg/dl
Metodo: Enzimático - Colorimétrico			
3. PERFIL LIPIDICO			
COLESTEROL TOTAL	228	mg/dl	0-199 mg/dl
COLESTEROL HDL	47.9	mg/dl	Alto riesgo de enfermedad coronaria: Menor de 40 mg/dl - Negativo para riesgo de enfermedad coronaria: Mayor de 60 mg/dl
TRIGLICERIDOS	89.2	mg/dl	0 - 150 mg/dl
COLESTEROL VLDL	17.8	mg/dl	0 - 40 mg/dl
COLESTEROL LDL	162.3	mg/dl	0 - 129 mg/dl
FACTOR DE RIESGO CORONARIO	4.8		0 - 5.7

Observaciones: COLESTEROL TOTAL ALTO

MARIA P. PELAEZ
BACTERIOLOGA - 25-3889

CREADSALUD BOYACÁ S.A.S.

RELACIÓN DE EXÁMENES

NIT 826.001.733-1



Nombre:	MARIA FERNANDA CELY ANDRADE **SID : 11864**	**Fecha de Recepcion:**	05/02/2019 08:12:36
No. Identificacion:	40042600	**Fecha de Impresion:**	11/07/2019 02:26:57 prn
Edad:	41 Años **Sexo:** Femenino	**Entidad:**	SENA
Nro. Ordenamiento:	44658	**Solicitante:**	A QUIEN CORRESPONDA

Examen	Resultado	Unidad de Medid	Valor Biologico de Referencia

4. Parcial de Orina
Metodo: Físico Químico - Microscópico

EXAMEN FISICOQUIMICO			
Aspecto	LIGERAMENTE TURBIO		
Color	AMARILLO		
Densidad	1.020		
pH	5.0		
Proteinas	NEGATIVO	mg/dl	
Glucosa	NEGATIVO	mg/dl	
Cetonas	NEGATIVO		
Hemoglobina	NEGATIVO		
Bilirrubinas	NEGATIVO		
Urobilinogeno	NORMAL	mg/dl	
Leucocitos	NEGATIVO		
Nitritos	NEGATIVO		
SEDIMENTO			
Celulas del tracto bajo	0-2	xc	
Leucocitos	6-8	xc	
Bacterias	++	xc	

DIANA P. PELAEZ
BACTERIOLOGA - 25-3885

Nombre:	Maria Fernanda Cely Andrade	**Fecha:**	05/02/2019 12:00:00 AM SID : 3666
No. Identificacion:	40042600	**Empresa:**	SENA Particular
Edad:	41 Años **Sexo:** Femenino	**Cargo / Tipo:**	Instructora Ingreso


MARIA CELY

HISTORIA CLINICA PSICOLOGIA

1. CARACTERISTICAS PERSONALES

Mujer de 41 años de edad casada quien se define como una persona sensible y honestad, considera que uno de los aspectos a mejorar es la disciplina, su proceso de afrontamiento frente a los problemas es resiliente.

2. ASPECTOS FAMILIARES

Vive con: Vive con su Esposo (45 años) y su hijo (5 años), actualmente esta atravesando por crisis familiar ya que su esposo se encuentra desempleado hace dos años y quien suple las necesidadades economicas en la trabajadora;
Constitución familiar: Familia nuclear primaria el papa facellio hace 18 años y la mama(70 años) ama de casa, tiene cinco hermanos y ocupa el tercer lugar.
Modelos paternos: Pautas de crianza relacionadas con el respesto, honestidad y luchadora.

3. ASPECTOS ECONOMICOS

Vive en casa propia; la trabajadora utiliza su salario en la manutención de su familia y de si mismo, como los son: alimentos, deudas.., así mismo, Maria Fernanda utiliza sus recursos economicos para la compra de las cosas del hogar.
Actualmente no cuenta copn ahorros.

4. EXPERIENCIA LABORAL

Su experiencia laboral esta enfoacada como profesora de Ingles; empezo a trabajar hace 13 años en barracabermeja en un colegio, luego empezo a trabajar con el Sena hace mas o menos 12 años y actualmente se encuntra trabajando, y ocasionalmente dicta clase en la escuela de policia de santa Rosa.

5. HABITOS

Manifiesta tener habitos saludables, no fuma ni toma, ni come en excesos y realiza activiadad deportiva con periodicidad; no refiere transtornos de alimentacion ni de sueño.

6. ACTITUDESInteracción: Aunque se considera tímida a nivel personal, a nivel laboral logra establecer relaciones interpersonales sor adecuadas y le gusta ayudar y proponer.
Grupos a los que pertenece: Ninguno.
Dedicación del tiempo libre: Deporte, manualidades, lectura, cine y música.

7. OBSERVACIONES

Una vez realizada la entrevista verbal y escrita (test personalidad), no se detectaron signos o manifestaciones psicologicas que puedan causar riesgo para su labor como Instructora, por lo cual, se considera APTO para el Cargo.

8. RECOMENDACIONES

Ninguno.

CREADSALUD BOYACÁ S.A.S.

EVALUACION PSICOLOGICA

NIT 826.001.733-1

Nombre: Maria Fernanda Cely Andrade
Fecha: 05/02/2019 12:00:00 AM SID : 3566

No. Identificacion: 40042600
Empresa: SENA Particular

Edad: 41 Años **Sexo:** Femenino
Cargo / Tipo: Instructora Ingreso



MARIA CELY

HISTORIA CLINICA PSICOLOGIA



Tue Feb 2019 02/05/19 09:15:25

Evaluador: MARITZA SANDOVAL R. / 133585

Firma y Huella Paciente:

Indice Derecho

CREADSALUD BOYACÁ LTDA
EXAMEN DE OPTOMETRIA
NIT 826.001.733-1

Nombre: Maria Fernanda Cely Andrade
No. Identificacion: 40042600
Edad: 41 Años **Sexo:** Femenino

Fecha: 05/02/2019 12:00:00 AM SID-VISIO : 21636
Empresa: SENA Particular
Cargo / Tipo: Instructora Ingreso

Cargo: Instructora Area: OPERATIVA Antiguedad:



A. Personales Visuales: No Refiere
A. Familiares Visuales: PADRE DESP. DE RETINA TIA CON GLAUCOMA
A. Ocupacionales Visuales: No refiere
Exposicion Laboral Visual: MEDIO AMBIENTE, VIDEOTERMINALES.
Usa Anteojos: ○ Si ● No Bifocal: ○ Si ● No LDC: ○ Si ● No
Tipo de Uso : Trae Rx: ○ Si ● No

Ultimo Examen: 2017 Ultimo Diagnostico: DEFECTO REFRACTIVO

RX EN USO TIPO DE LENTE:

OD: **AV:**
OI: **AV:**

Sintomatologia: MALA VISION CERCANA

II. AGUDEZA VISUAL

Agudeza Visual	Con Correcion		Sin Correcion		PH
Snellen Numeros	V. LEJANA	V. PROXIMA	V. LEJANA	V. PROXIMA	
O.D.:	20/25	0.5M	20/30	0.5M	O.D.:
O.I:	20/30	0.5M	20/40	0.5M	O.I:
A.O:	20/25	0.5M	20/30	0.5M	A.O:

III. EXAMEN EXTERNO

OD: SANO **OI:** SANO

Reflejos: Normales

IV. MOTILIDAD OCULAR

COVER TEST: VL: ORTO VP: EXO
Motilidad Ocular: Normal PPC: 10 CMS
Observaciones Motilidad Ocular:

V. OFTALMOSCOPIA

OD: EXCV. 0.4 **OI:** EXCV. 0.4

OTROS: Ninguno

VI. QUERATOMETRIA

OD: 43.00/44.50X10 ME:

OI: 43.00/44.50X10 ME:

VII. RETINOSCOPIA

Refraccion: ESTATICA

OD: +2.00-0.50X5 AV:

OI: +2.75 AV:

Retinoscopia Observaciones:

VISION COLOR: OD: NORMAL OI: NORMAL

ESTEREOPSIS: Normal: X Anormal:

◯ Corregido ◯ No Corregido ◯ Mal Corregido

VIII. RX FINAL

DISTANCIA PUPILAR:			ALTURA:		
	OJO	ESFERICO	CILINDRICO	EJE	A.V.
LEJOS	DERECHO	+2.00	-0.50	5 °	20/20
	IZQUIERDO	+2.75		°	20/20
CERCA	DERECHO			°	
	IZQUIERDO			°	
PROXIMO CONTROL:					
TIPO DE LENTE:					
CLASE DE FILTRO:					

Clasificación: **Amétrope No Corregido**

Conducta: PROBLEMA DE REFRACCION EN AO+ PATOLOGIA DE LA PIO?? EN AO

Impresion Diagnostica ASTIGMATISMO EN OJO DERECHO+ HIPERMETROPIA EN OI+ EXCV. 0.4

Observaciones: CORRECION OPTICA CON ANTEOJOS,O PREFERENTEMENTE A CON LENTES DE CONTACTO, VALORACION POR OFTALMOLOGIA.

Evaluador: MYRIAM MERCES JAIME / Tarjeta profesional 118 del CTD
Tue Feb 2019 02/05/1 Lic. S.O. 2086 del 2012

FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE
Tue Feb 2019 02/05/19 09:27:06



Indice Derecho

❖ LENGUAJE EXPRESIVO

Nivel Fonológico:
Normal

Nivel Semántico:
Normal

Nivel Morfosintáctico:
Normal

❖ LENGUAJE COMPRENSIVO

Nivel Fonológico:
Normal

Nivel Semántico:
Normal

Nivel Morfosintáctico:
Normal

Nivel Pragmático:
Normal

IV. DIAGNÓSTICO:
Comunicación dentro de los parametros normales

V. INDICACIONES Y/O SUGERENCIAS:
Ejercicios de relajación
Ejercicios respiración

Clara Inés Vargas Rivera
Fonoaudióloga 91
Reg. 891

EXAMEN FONOAUDIOLÓGICO

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre : Maria Fernanda Cely Andrade
Fecha de Nacimiento : 30-10-1977
Edad : 41 años
Escolaridad :
Fecha de Evaluación : Julio 12 de 2019
Examinador : Clara Ines Valderrama Rivera

II. MOTIVO DE CONSULTA

III. ANTECEDENTES DE EVALUACIÓN

1. Órganos Fonoarticulatorios:

Labios : Normal
Lengua : Normal
Paladar duro : Normal
Paladar blando: Normal
Dientes : Normal
Mordida : Normal
Amígdalas : Normal

2. Praxias Bucolingüofaciales:

Praxias Linguales : Normal
Praxias Labiales : Normal
Praxias en secuencia : Normal

3. Voz y audición:

Dentro de los parametros normales

❖ HABLA

Articulación:
Normal

Fluidez, ritmo y prosodia:
Normal

Hace constar:

Que el Sr(a) MARIA FERNANDA CELY ANDRADE Identificado(a) con cédula de ciudadanía 40042600 realizó el día 18/04/2021 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 MARIA FERNANDA CELY ANDRADE Identificado(a) con cédula de ciudadanía 40042600 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

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



Firma

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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

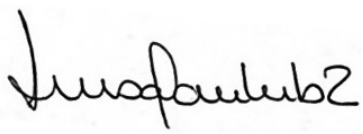
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora MARIA FERNANDA CELY ANDRADE, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 40042600, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 09/04/2021 y fecha fin de contrato 17/12/2021 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): 202101014220805.

Esta certificación se expide a los 18 días del mes de Abril de 2021.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Banco Caja Social

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

HACE CONSTAR

Que el(los) cliente(s):

MARIA FERNANDA CELY ANDRADE *Identificado con* *CC40042600*

Actualmente posee(n) el siguiente producto, radicado en la oficina 0630 PARQUE LIBERTADORES DUITAMA, con las siguientes caracteristicas:

CUENTA DE AHORROS CUENTA DE AHORROS

Número	:	*24042016269*
Fecha de Apertura	:	*17 de enero de 2014*
Condiciones de Manejo	:	*Individual,1 Firmas(s), 0 Sello(s) húmedo(s) o de caucho, Sin protector*
Estado	:	*CUENTA ACTIVA*

Esta constancia se expide con destino a: QUIEN INTERESE
Realizada en la oficina 0630 PARQUE LIBERTADORES DUITAMA de la ciudad de DUITAMA, el día lunes, 15 de marzo de 2021.

Cordialmente,

Efectuado por:
J9A2R1G3 - JAIME IVAN AGUDELO RODRIGUEZ

FIRMA Y SELLOS AUTORIZADOS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social Establecimiento Bancario

seguros mundial®

tu compañía siempre

NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA RÉGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
DIRECCIÓN GENERAL CALLE 33 N. 6B - 24 PISOS 1, 2 Y 3 - BOGOTÁ
TELÉFONO: 2855600 FAX 2851220 - **WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO**

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO

ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082

VERSIÓN CLAUSULADO 20-10-2016-1317-P-05-PPSUS2R000000045

No. PÓLIZA	BY-100017763	No. ANEXO	0	No. CERTIFICADO	36114472	No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO				FECHA DE EXPEDICIÓN	13/04/2021	SUC. EXPEDIDORA	AGENCIA BOYACA CASAN

VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	
00:00 Horas Del	13/04/2021	24:00 Horas Del	10/05/2022		N/A	N/A	N/A	N/A

TOMADOR	CELY ANDRADE, MARIA FERNANDA	No. DOC. IDENTIDAD	40042600
DIRECCIÓN	CR 16 A 19 41 AP 602	TELÉFONO	3115210714
ASEGURADO	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	No. DOC. IDENTIDAD	8999990341
DIRECCIÓN	CALLE 51 NO 57-70	TELÉFONO	5927626
BENEFICIARIO	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	No. DOC. IDENTIDAD	8999990341
DIRECCIÓN	CALLE 51 NO 57-70	TELÉFONO	5927626

OBJETO DE CONTRATO

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No.CO1.PCCNTR.2422959 , CUYO OBJETO ES
PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR VIRTUAL, PARA IMPARTIR FORMACIÓN TITULADA EN EL ÁREA INSTITUCIONAL DE LA ENSEÑANZA DE IDIOMAS - IDIOMAS DEL CENTRO DE COMERCIO.
NÚMERO DEL CONTRATO CO1.PCCNTR.2422959
NÚMERO DEL PROCESO PSP-ANT-CC-0135-2021
NOTA:
ASEGURADO / BENEFICIARIO:
SENA REGIONAL ANTIOQUIA GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO
NIT. 899999034-1
CALLE 51 NO 57-70 MEDELLÍN

NOMBRE DEL AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA	VALOR PRIMA
CUMPLIMIENTO	00:00: Horas Del 13/04/2021	24:00: Horas Del 10/05/2022	3.185.000	20.524
		TOTAL ASEGURADO	$ 3.185.000	

INTERMEDIARIOS	TIPO	% PARTICIPACIÓN
JUBACAI SEGUROS LTDA	AGENCIAS	100,00

PRIMA BRUTA	$	20.524
DESCUENTOS	$	0
EXTRA PRIMA		
PRIMA NETA	$	20.524
GASTOS EXP.	$	5.000
IVA	$	4.850
TOTAL A PAGAR	$	30.374

DISTRIBUCIÓN COASEGURO

COMPAÑÍA	TIPO COASEGURO	PÓLIZA LÍDER	CERTIF. LÍDER	% PARTICIPACIÓN

CONVENIO DE PAGO	DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 13/04/2021

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, SUMINISTRAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE Y REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR LO MENOS ANUALMENTE (CIRCULAR EXTERNA 026 DE 2008 SUPERFINANCIERA).

PUEDES CONSULTAR TU PÓLIZA EN **WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO**

EL TOMADOR Y/O ASGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

DE ACUERDO CON EL ARTICULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, **LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.**

EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARATULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA. MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTICIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASI COMO LAS CARNTÍAS. EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMAR LA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.

TOMADOR

Líneas de Atención al Cliente:
- Nacional: **01 8000 111 935**
- Bogotá: **327 4712 - 327 4713**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
Protege el Medio Ambiente evitando la impresión de este documento.

seguros mundial®

tu compañía siempre

NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA RÉGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

Afiliados
CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA
PASA APF
Asociación Panamericana de Fianzas
Panamerican Surety Association

LA COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

CERTIFICA:

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza **BY-100017763** y endoso, **0** cuyo afianzado es: **CELY ANDRADE, MARIA FERNANDA** Asegurado o Beneficiario: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA / SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA** , expedida por la Compañía en **13/04/2021,** no expirará por falta de pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o por revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

Se firma en **AGENCIA BOYACA CASANARE** a los **13** días del mes **ABRIL** del año **2021**.

Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
ADO

Redeban

ABR 13 2021 10:08:54 RBMBES 8.50

CORRESPONSAL
BANCOLOMBIA
BARRIO CENTRO 19
CRA 15 17 21

C.UNICO: 3007030609 TER: ABCDN579
RECIBO: 036704 RRN: 038096
APRO: 575701

RECAUDO
CONVENIO: 25664
COMPANIA MUNDIAL DE
REF: 0000036114472

VALOR $ 30.374

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

*** CLIENTE ***

Mundial de Seguros S.A.
860.037.013-6

Recibo de Pago

- CLIENTE-

Referencia de Pago No.	36114472

Fecha de Facturación	13/04/2021
POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082	
Póliza No.	BY-100017763
Periodo Facturado	13/04/2021 — 10/05/2022

Fecha Límite de Pago	28/05/2021
Prima (incluye gastos de expedición)	25.524,00
IVA	4.850,00
VALOR TOTAL A PAGAR $	30.374,00

EFECTIVO $

Cheque

Banco	No Cuenta	No Cheque	Valor Cheque
TOTAL			

CELY ANDRADE, MARIA FERNANDA	
	40042600
JUBACAI SEGUROS LTDA	

ESPACIO PARA EL TIMBRE

...ro del banco) **UNICAMENTE** presente esta boleta de recaudo para garantizar la correcta referenciación del pago.

3. Si esta boleta no ha sido recaudada ... **28/05/2021** se aplicará la clausula de terminación automática especifiada en el condicionado de la póliza y en la carátula de esta (artículo 1068 código de comercio)

4. Si realiza su pago en cheque o de forma mixta (efectivo y cheque), solamente gire cheque local a nombre de **COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. NIT 860.037.013-6**, al respaldo endóselo correctame y diligencie los datos del girador (nombre, NIT, teléfono) y el número de referencia de esta boleta. En caso de devolución del cheque se cobrará sanción del 20% de acuerdo con lo establecido en el artículo 731 del código de comercio. **NO SE ACEPTAN CHEQUES DE OTRAS PLAZAS.**

5. Para realizar el pago a través del botón PSE, ingrese a nuestra página web **www.segurosmundial.com.co** en la imagen de PSE haga clic y continúe el proceso de pago.

6. Para realizar el pago a través de las redes de Efecty o Baloto, ingrese a nuestra página web **www.segurosmundial.com.co** en la imagen de Efecty y Baloto haga clic y continúe el proceso para generar el pin de pago únicamente en efectivo.

VÁLIDO COMO RECIBO DE PAGO

- BANCO -

Referencia de Pago No.	36114472

Fecha de Facturación	13/04/2021
POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082	
Póliza No.	BY-100017763
Periodo Facturado	13/04/2021 — 10/05/2022

Fecha Límite de Pago	28/05/2021
Prima (incluye gastos de expedición)	25.524,00
IVA	4.850,00
VALOR TOTAL A PAGAR $	30.374,00

EFECTIVO $

Datos del Cliente

Nombre / Razón Social	CELY ANDRADE, MARIA FERNANDA
CR 16 A 19 41 AP 602	40042600
Intermediario	JUBACAI SEGUROS LTDA

Cheque

Banco	No Cuenta	No Cheque	Valor Cheque
TOTAL			

Corresponsales OPCIÓN1

(415)7709998434219(8020)0000036114472(3900)000000030374(96)20210528

Bancos Corresponsales OPCIÓN 2

(415)7709998039933(8020)031594(8020)22990036114472(3900)000000030374(96)20210528

seguros mundial
tu compañía siempre

GARANTIA UNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES (DECRETO 1082 DE 2015)

1. RIESGOS AMPAROS

LA ASEGURADORA OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA HASTA EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARATULA DE LA PRESENTE POLIZA.

LOS AMPAROS DE LA POLIZA SERAN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA NO PODRA RECLAMAR O TOMAR EL VALOR DE UN AMPARO PARA CUBRIR O INDEMNIZAR EL VALOR DE OTROS. ESTOS NO SON ACUMULABLES Y SON EXCLUYENTES ENTRE SI, SEGÚN LAS DEFINICIONES Y ALCANCE QUE A CONTINUACION SE ESTIPULAN:

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA
LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUBRE 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 INVERSION DEL ANTICIPO.
ESTE AMPARO CUBRE LOS PERJUICIOS SUFRIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL CON OCASIÓN DE:
(I) LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO;
(II) EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO; Y
(III) LA APROPIACIÓN INDEBIDA DE LOS RECURSOS RECIBIDOS EN CALIDAD DE ANTICIPO.

1.3 AMPARO DE DEVOLUCION DE PAGO ANTICIPADO
ESTE AMPARO CUBRE LOS PERJUICIOS SUFRIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL POR LA NO DEVOLUCIÓN TOTAL O PARCIAL DEL DINERO ENTREGADO AL CONTRATISTA A TITULO DE PAGO ANTICIPADO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR.

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO
ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL DE LOS PERJUICIOS 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.

1.5 AMPARO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES
ESTE AMPARO DEBE CUBRIR A LA ENTIDAD ESTATAL DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES DEL CONTRATISTA DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADO EN EL TERRITORIO NACIONAL PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO AMPARADO.

seguros mundial tu compañía siempre

LA ENTIDAD ESTATAL NO DEBE EXIGIR UNA GARANTÍA PARA CUBRIR ESTE RIESGO EN LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL CON 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 DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS POR CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, IMPUTABLE AL CONTRATISTA, SUFRIDO POR LA OBRA ENTREGADA A SATISFACCIÓN.

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO.
ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL POR LOS PERJUICIOS DERIVADOS DE LA DEFICIENTE CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO.

1.8 AMPARO DE CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES
ESTE AMPARO CUBRE LA CALIDAD Y EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES QUE RECIBE LA ENTIDAD ESTATAL EN CUMPLIMIENTO DE UN CONTRATO.

1.9 RESPONSABILIDAD FISCAL
EN VIRTUD DE LO SEÑALADO EN EL ARTICULO 44 DE LA LEY 610 DE 2000, LA GARANTIA DE CUMPLIMIENTO CUBRIRA LOS PERJUICIOS CAUSADOS A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA COMO CONSECUENCIA DE LA CONDUCTA DOLOSA O CULPOSA, O DE LA RESPONSABILIDAD 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 GARANTIA.

2. EXCLUSIONES

LOS AMPAROS PREVISTOS EN LA PRESENTE POLIZA NO OPERARAN 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 VICTIMA).
2.2 DAÑOS CAUSADOS POR EL CONTRATISTA A LOS BIENES DE LA ENTIDAD NO DESTINADOS AL CONTRATO.
2.3 USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO AL QUE ESTE OBLIGADA LA ENTIDAD ESTATAL.
2.4 EL DETERIORO NORMAL QUE SUFRAN LOS BIENES ENTREGADOS CON OCASIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, COMO CONSECUENCIA DEL TRANSCURSO DEL TIEMPO.

3. SUMA ASEGURADA
LA SUMA ASEGURADA DETERMINADA PARA CADA AMPARO EN LA CARATULA DE ESTA PÓLIZA, DELIMITA LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO.

4. VIGENCIA
LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA, SE HARÁ CONSTAR EN LA CARATULA O EN SUS ANEXOS. EN LOS CONTRATOS DE QUE TRATA EL ARTÍCULO 2.2.1.2.3.1.3 DEL DECRETO 1082 DE 2015, EL GARANTE TIENE LA FACULTAD LEGAL DE DECIDIR NO GARANTIZAR LA ETAPA SIGUIENTE, CASO EN EL CUAL DEBE INFORMAR SU DECISIÓN POR ESCRITO A LA ENTIDAD ESTATAL GARANTIZADA SEIS (6) MESES ANTES DEL VENCIMIENTO DEL PLAZO DE LA GARANTÍA. ESTE AVISO NO AFECTA LA GARANTÍA DE LA ETAPA CONTRACTUAL O PERÍODO CONTRACTUAL EN EJECUCIÓN. SI EL GARANTE NO DA EL AVISO CON LA ANTICIPACIÓN MENCIONADA Y EL CONTRATISTA NO OBTIENE UNA NUEVA GARANTÍA, QUEDA OBLIGADO A GARANTIZAR LA ETAPA DEL CONTRATO O EL PERÍODO CONTRACTUAL SUBSIGUIENTE.

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTIA
DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 1077 EN CONCORDANCIA CON EL ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DEBERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y

ACREDITAR LA CUANTÍA DE LA PERDIDA PREVIO AGOTAMIENTO DEL DERECHO DE DEFENSA DEL CONTRATISTA Y DEL GARANTE, DE LA SIGUIENTE FORMA:

5.1 EN CASO DE CADUCIDAD, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE **DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN** EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011, POR MEDIO DEL ACTO ADMINISTRATIVO EN EL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL DECLARE LA CADUCIDAD DEL CONTRATO Y ORDENE EL PAGO AL CONTRATISTA Y AL GARANTE, BIEN SEA DE LA CLÁUSULA PENAL O DE LOS PERJUICIOS QUE HA CUANTIFICADO. EL ACTO ADMINISTRATIVO DE CADUCIDAD CONSTITUYE EL SINIESTRO.

5.2 EN CASO DE APLICACIÓN DE MULTAS, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE **DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011,** POR MEDIO DEL ACTO ADMINISTRATIVO EN EL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL IMPONE MULTAS, DEBE ORDENAR EL PAGO AL CONTRATISTA Y AL GARANTE. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE CONSTITUYE EL SINIESTRO.

5.3 EN LOS DEMÁS CASOS DE INCUMPLIMIENTO, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE **DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011,** POR MEDIO DEL ACTO ADMINISTRATIVO EN EL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL DECLARE EL INCUMPLIMIENTO, PUEDE HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL, SI ESTÁ PACTADA EN EL CONTRATO, Y ORDENAR SU PAGO AL CONTRATISTA Y AL GARANTE. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ES LA RECLAMACIÓN PARA LA COMPAÑÍA DE SEGUROS.

6. PROCEDIMIENTO PARA LA IMPOSICION DE MULTAS, SANCIONES Y DECLARATORIAS DE INCUMPLIMIENTO.

LAS ENTIDADES SOMETIDAS AL ESTATUTO GENERAL DE CONTRATACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA PODRÁN DECLARAR EL INCUMPLIMIENTO, CUANTIFICANDO LOS PERJUICIOS DEL MISMO, IMPONER LAS MULTAS Y SANCIONES PACTADAS EN EL CONTRATO, Y HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL. PARA TAL EFECTO OBSERVARAN EL SIGUIENTE PROCEDIMIENTO:

A) EVIDENCIADO UN POSIBLE INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA, LA ENTIDAD PÚBLICA LO CITARA A AUDIENCIA PARA DEBATIR LO OCURRIDO. EN LA CITACIÓN, HARÁ MENCIÓN EXPRESA Y DETALLADA DE LOS HECHOS QUE LA SOPORTAN, ACOMPAÑANDO EL INFORME DE INTERVENTORÍA O DE SUPERVISIÓN EN EL QUE SE SUSTENTE LA ACTUACIÓN Y ENUNCIARA LAS NORMAS O CLAUSULAS POSIBLEMENTE VIOLADAS Y LAS CONSECUENCIAS QUE PODRÍAN DERIVARSE PARA EL CONTRATISTA EN DESARROLLO DE LA ACTUACIÓN. EN LA MISMA SE ESTABLECERÁ EL LUGAR, FECHA Y HORA PARA LA REALIZACIÓN DE LA AUDIENCIA, LA QUE PODRÁ TENER LUGAR A LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE, ATENDIDA LA NATURALEZA DEL CONTRATO Y LA PERIODICIDAD ESTABLECIDA PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES. EN EL EVENTO EN QUE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CONSISTA EN PÓLIZA DE SEGUROS, EL GARANTE SERÁ CITADO DE LA MISMA MANERA;

B) EN DESARROLLO DE LA AUDIENCIA, EL JEFE DE LA ENTIDAD O SU DELEGADO, PRESENTARÁ LAS CIRCUNSTANCIAS DE HECHO QUE MOTIVAN LA ACTUACIÓN, ENUNCIARÁ LAS POSIBLES NORMAS O CLÁUSULAS POSIBLEMENTE VIOLADAS Y LAS CONSECUENCIAS QUE PODRÍAN DERIVARSE PARA EL CONTRATISTA EN DESARROLLO DE LA ACTUACIÓN. ACTO SEGUIDO SE CONCEDERÁ EL USO DE LA PALABRA AL REPRESENTANTE LEGAL DEL CONTRATISTA O A QUIEN LO

REPRESENTE, Y AL GARANTE, PARA QUE PRESENTEN SUS DESCARGOS, EN DESARROLLO DE LO CUAL PODRÁ RENDIR LAS EXPLICACIONES DEL CASO, APORTAR PRUEBAS Y CONTROVERTIR LAS PRESENTADAS POR LA ENTIDAD;

C) HECHO LO PRECEDENTE, MEDIANTE RESOLUCIÓN MOTIVADA EN LA QUE SE CONSIGNE LO OCURRIDO EN DESARROLLO DE LA AUDIENCIA Y LA CUAL SE ENTENDERÁ NOTIFICADA EN DICHO ACTO PÚBLICO, LA ENTIDAD PROCEDERÁ A DECIDIR SOBRE LA IMPOSICIÓN O NO DE LA MULTA, SANCIÓN O DECLARATORIA DE INCUMPLIMIENTO. CONTRA LA DECISIÓN ASÍ PROFERIDA SÓLO PROCEDE EL RECURSO DE REPOSICIÓN QUE SE INTERPONDRÁ, SUSTENTARÁ Y DECIDIRÁ EN LA MISMA AUDIENCIA. LA DECISIÓN SOBRE EL RECURSO SE ENTENDERÁ NOTIFICADA EN LA MISMA AUDIENCIA;

D) EN CUALQUIER MOMENTO DEL DESARROLLO DE LA AUDIENCIA, EL JEFE DE LA ENTIDAD O SU DELEGADO, PODRÁ SUSPENDER LA AUDIENCIA CUANDO DE OFICIO O A RETICIÓN DE PARTE, ELLO RESULTE EN SU CRITERIO NECESARIO PARA ALLEGAR O PRACTICAR PRUEBAS QUE ESTIME CONDUCENTES Y PERTINENTES, O CUANDO POR CUALQUIER OTRA RAZÓN DEBIDAMENTE SUSTENTADA, ELLO RESULTE NECESARIO PARA EL CORRECTO DESARROLLO DE LA ACTUACIÓN ADMINISTRATIVA. EN TODO CASO, AL ADOPTAR LA DECISIÓN, SE SEÑALARÁ FECHA Y HORA PARA REANUDAR LA AUDIENCIA. LA ENTIDAD PODRÁ DAR POR TERMINADO EL PROCEDIMIENTO EN CUALQUIER MOMENTO, SI POR ALGÚN MEDIO TIENE CONOCIMIENTO DE LA CESACIÓN DE SITUACIÓN DE INCUMPLIMIENTO.

7. COMPENSACION

SI LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA AL MOMENTO DE TENER CONOCIMIENTO DEL INCUMPLIMIENTO, O CON POSTERIORIDAD A ESTE O DEL RESULTADO DE LA LIQUIDACIÓN, FUERE DEUDORA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO POR CUALQUIER CONCEPTO, SE APLICARA LA COMPENSACIÓN Y LA INDEMNIZACIÓN SE DISMINUIRÁ EN EL MONTO DE LAS ACREENCIAS, SEGÚN LA LEY, DE CONFORMIDAD CON LO SEÑALADO EN LOS ARTÍCULOS 1417 Y SS. DEL CÓDIGO CIVIL. IGUALMENTE DISMINUIRÁ EL VALOR DE LA INDEMNIZACIÓN, EL CORRESPONDIENTE A 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.

8. PAGO DEL SINIESTRO.

LA ASEGURADORA PAGARA EL VALOR DEL SINIESTRO, ASÍ:

8.1 PARA EL CASO PREVISTO EN EL NUMERAL 5.1, DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE CON TAL FIN HAGA LA ENTIDAD CONTRATANTE PARA RECLAMAR EL PAGO, ACOMPAÑADA DE UNA COPIA AUTENTICA DEL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EJECUTORIADO Y DEL ACTA DE LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO O DE LA RESOLUCIÓN EJECUTORIADA QUE ACOJA LA LIQUIDACIÓN UNILATERAL.

8.2 PARA EL CASO DEL NUMERAL 5.2, DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE HAGA LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, ACOMPAÑADA DE LA COPIA AUTENTICA DEL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EJECUTORIADO, JUNTO CON LA CONSTANCIA DE LA ENTIDAD ESTATAL DE LA NO EXISTENCIA DE SALDOS A FAVOR DEL CONTRATISTA RESPECTO DE LOS CUALES SE PUEDA APLICAR LA COMPENSACIÓN DE QUE TRATA LA CONDICIÓN SEXTA DE ESTE CLAUSULADO, O EN LA QUE CONSTE LA DISMINUCIÓN EN EL VALOR A INDEMNIZAR EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN.

8.3 PARA EL CASO PRESENTADO EN EL NUMERAL 5.3, DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE CON TAL FIN HAGA LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, ACOMPAÑADA DE UNA COPIA AUTENTICA DEL ACTO

ADMINISTRATIVO EJECUTORIADO QUE CONSTITUYA LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO, JUNTO CON LA CONSTANCIA DE LA ENTIDAD ESTATAL DE LA NO EXISTENCIA DE SALDOS AL FAVOR DEL CONTRATISTA RESPECTO DE LOS CUALES SE PUEDA APLICAR LA COMPENSACIÓN DE QUE TRATA LA CONDICIÓN SEXTA DE ESTE CLAUSULADO O EN LA QUE CONSTE LA DISMINUCIÓN EN EL VALOR A INDEMNIZAR EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN.

PARAGRAFO. – DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1110 DEL CÓDIGO DE COMERCIO LA ASEGURADORA PODRÁ OPTAR POR CUMPLIR SU PRESTACIÓN MEDIANTE EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, O CONTINUANDO CON LA EJECUCIÓN DE LA OBLIGACIÓN GARANTIZADA, PARA ESTE ÚLTIMO EVENTO SE REQUIERE LA ACEPTACIÓN DE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA.
LA DECLARATORIA DE CADUCIDAD NO IMPEDIRÁ QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA TOME POSESIÓN DE LA OBRA O CONTINÚE INMEDIATAMENTE LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRATADO, BIEN SEA A TRAVÉS DEL GARANTE O DE OTRO CONTRATISTA.
EN EL EVENTO QUE POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, LA ASEGURADORA RESOLVIERA CONTINUAR, COMO CESIONARIO O A FAVOR DE QUIEN DETERMINE ESTA, 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 ASEGURADORA. EN TAL EVENTO LA ASEGURADORA PRESENTARÁ GARANTÍAS.

9. CERTIFICADOS DE MODIFICACION
PARA LOS CASOS EN QUE LA SUMA ASEGURADA SEA AUMENTADA O DISMINUIDA Y PARA AQUELLOS EN LOS CUALES LAS ESTIPULACIONES DEL CONTRATO ORIGINAL SEAN MODIFICADAS, LA ASEGURADORA A SOLICITUD DEL CONTRATISTA GARANTIZADO EXPEDIRÁ UN CERTIFICADO O ANEXO DE MODIFICACIÓN DEL SEGURO, EN DONDE EXPRESE SU CONOCIMIENTO AL RESPECTO DE LAS MODIFICACIONES ACORDADAS ENTRE EL CONTRATISTA GARANTIZADO Y LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA.

10. SUBROGACION
EN VIRTUD DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, DE ACUERDO CON EL ARTICULO 1096 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EN CONCORDANCIA CON EL ARTÍCULO 203 DEL DECRETO 663 DE 1993 ESTATUTO ORGÁNICO DEL SISTEMA FINANCIERO, LA ASEGURADORA SE SUBROGA HASTA CONCURRENCIA DE SU IMPORTE, EN TODOS LOS DERECHOS QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE TENGA CONTRA EL CONTRATISTA GARANTIZADO.

11. NO EXPIRACION POR FALTA DE PAGO DE PRIMA E IRREVOCABILIDAD
LA PRESENTE PÓLIZA NO EXPIRARA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NI POR REVOCACIÓN UNILATERAL.

12. NATURALEZA DEL SEGURO
LA GARANTÍA OTORGADA POR ESTA PÓLIZA O SUS CERTIFICADOS DE MODIFICACIÓN, NO ES SOLIDARIA, NI INCONDICIONAL Y SU EXIGENCIA ESTÁ SUPEDITADA A LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y SU CUANTIFICACIÓN.

13. NOTIFICACIONES Y RECURSOS
LA ENTIDAD CONTRATANTE DEBERÁ NOTIFICAR A LA ASEGURADORA LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS ATINENTES A LA EFECTIVIDAD DE LA PÓLIZA, PREVIO AGOTAMIENTO DEL DERECHO DE DEFENSA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO Y EL GARANTE.

14. COEXISTENCIA DE SEGUROS
EN CASO DE EXISTIR, AL MOMENTO DE SINIESTRO, OTRO SEGURO DE CUMPLIMIENTO CON RELACIÓN AL MISMO CONTRATO, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN A QUE HAY LUGAR, SE DISTRIBUIRÁ ENTRO LOS ASEGURADORES EN PROPORCIÓN A LAS CUANTÍAS DE SUS RESPECTIVOS SEGUROS.

15. COASEGURO
EN CASO DE EXISTIR COASEGURO AL QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 1095 DE 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.

16. PRESCRIPCION
LA PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL PRESENTE CONTRATO SE REGIRÁ POR LAS NORMAS DEL CÓDIGO DE COMERCIO SOBRE CONTRATO DE SEGURO.

17. DOMICILIO
SIN PERJUICIO DE LAS DISPOSICIONES PROCESALES, PARA LOS EFECTOS RELACIONADOS EN EL PRESENTE CONTRATO SE FIJA COMO DOMICILIO DE LAS PARTES LA CIUDAD DE BOGOTÁ EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA.

EN FE DE LO ANTERIOR, SE FIRMA A LOS 13 DÍAS DEL MES DE Abril DE 2021.

EL TOMADOR

COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

seguros mundial
tu compañía siempre

CALLE 33 NO. 6B-24 PISOS 2 Y 3
TELEFONO 285 5600
BOGOTA, D.C.