SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL ATLÁNTICO
CENTRO PARA EL DESARROLLO AGROECOLOGICO Y AGROINDUSTRIAL - ATLANTICO - SERVICIOS P

Código Regional	**8**
Código Centro	**910310**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2024**
Versión	**ENERO 2024 - 1,24**
ID de Proceso	**60489-359187**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	SUAD ESTHER VERGARA CUBIDES	**C.C.**	1.082.888.901	**IP/Nº de contacto**	1695
Correo electrónico contratista:	suad09@misena.edu.co				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** NO **Es Pensionado?** NO

Banco al cual consignar: SCOTIABANK COLPATRIA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 7142002781

Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los $ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA) NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 5779577/2024 **Nº Compromiso SIIF** **5624**

Valor Total del Contrato	$ 48.079.035	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 48.079.035	**1**	**Del**	**22/01/2024**	**Al**	**31/01/2024**	**$ 1.339.664,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 46.739.371		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR:PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES PARA EL DESARROLLO DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN EL ÁREA DE SALUD DE LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN EN COMPLEMENTARIA VIRTUAL SEGUN NUMERO DE RADICADO 08-9-2024-001899

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.339.664		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 1.339.664**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 721.773**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Enero	Diciembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**7912412932**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.300.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 162.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 208.000	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 6.800	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 $ 334.916	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 14.903.916	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 14.903.916	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.706.500	$ -	
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 $ 1.506.080	$ -	
Salud hasta $ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25% $ 3.098.445	$ 240.591	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

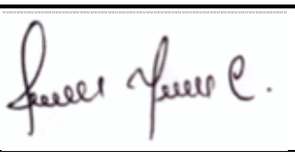
		TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de RENTA	721.773,00	
Base retención en la fuente a titulo de ICA	969.164,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	0,00	1,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$1.339.664,00**	

SON: UN MILLÓN TRESCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Alistamiento y desarrollo curricular.

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.



SUAD ESTHER VERGARA CUBIDES
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,

YACERIS MERCEDES CASTRO ESCORCIA
INSTRUCTOR G16

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

JACQUELINE ROJAS SOLANO

SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1082888901
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SUAD ESTHER VERGARA CUBIDES
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA	DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
DIRECCIÓN:	CALLE 87 35B 25 BLQ 8 APTO 402	TELÉFONO:	3326263
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7912412932**		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES diciembre	AÑO 2023		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES diciembre AÑO 2023
DÍAS DE MORA:		14			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/01/17		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	402343416

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 99.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.300	$ 0	$ 99.000	$ 1.300	$ 100.300
SUBTOTALES:										**$ 99.000**	**$ 1.300**	**$ 100.300**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 77.400	$ 0	$ 1.000	$ 0	$ 77.400	$ 1.000	$ 0	$ 78.400
SUBTOTALES:													**$ 77.400**	**$ 1.000**	**$ 0**	**$ 78.400**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 6.500	$ 6.500	$ 100	$ 0	$ 6.600
SUBTOTALES:									**$ 6.500**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 6.600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES						
																												PENSIÓN								SALUD						ARP																		
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1082888901	VERGARA CUBIDES SUAD ESTHER	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.160.000				NO		16																25-14 COLPENSIONES	16	$ 618.667	$ 99.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 99.000	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	16	$ 618.667	$ 77.400	$ 0	$ 77.400	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	16	$ 618.667	108288890	$ 6.500		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 185.300**

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **SUAD ESTHER VERGARA CUBIDES** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1082888901** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1082888901
NOMBRES Y APELLIDOS	SUAD ESTHER VERGARA CUBIDES
TIPO DE AFILIADO	SEGUNDO COTIZANTE
PARENTESCO	CONYUGE
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	04/01/2013
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	524
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	52

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **18/01/2024**

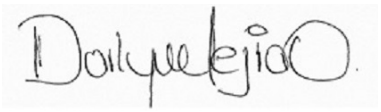
ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **SUAD ESTHER VERGARA CUBIDES** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1082888901,** se encuentra afiliado/a desde **08/05/2014** 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 16 de enero de 2024.



Darlynne Amalia Mejia Olmos
Dirección de Afiliaciones (A)

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

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14973102841

(415)7707212489984(8020) 000001497310284 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 8 2 8 8 8 9 0 1	1	Impuestos de Barranquilla 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 8 2 8 8 8 9 0 1	2 0 0 7 0 1 0 4

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VERGARA	CUBIDES	SUAD	ESTHER

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0 1

41. Dirección principal: CR 68 74 80 TO 4 AP 529 CON OASIS BRR LA CONCEPCION

42. Correo electrónico: dietista09@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 5 1	2 0 1 8 0 1 1 5	7 0 2 0	2 0 2 1 0 5 0 3					

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
4 9																									

53. Código

49 - No responsable de IVA

Usuarios 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 2024 - 01 - 17 / 10 : 51: 01

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre VERGARA CUBIDES SUAD ESTHER

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

SSO - CRC SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL S.A.S.
COLABORADORES SANOS, EMPRESAS MÁS PRODUCTIVAS
NIT.802022218-2
Dirección: Cra. 49 N° 74-77/ 91 Barranquilla - Colombia
Sitio web: www.ssobq.com
Tel: (605) 360 3103 **Cel:** (313) 546 4664

SC 7231-1

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 206.291

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
16 DÍA	01 MES	2024 AÑO	BARRANQUILLA (ATLÁNTICO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACION OCUPACIONAL INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR

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

PARTICULAR	PARTICULAR
Empresa contratante	**Empresa en misión**

DATOS DEL COLABORADOR / ASPIRANTE (Tipo de documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

VERGARA CUBIDES SUAD ESTHER	Género	Edad	Documento de identificación	
	FEMENINO	35 AÑOS	CC	1082888901
Apellidos y nombres			Tipo	Número

Cargo	Peso	Talla
INSTRUCTORA	58,00 kg	154 cm

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARON REQUISITOS DE SALUD (alturas, espacios confinados, manipular alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

AUDIOMETRIA VIA AEREA	✓	PERFIL LIPIDICO	✓
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	VALORACIÓN PSICOLÓGICA MENTAL - SOCIAL	✓
OPTOMETRIA GENERAL	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
ESPECIALISTA : MEDICINA GENERAL DE SU EPS PARA CORREGIR NIVELES DE LIPIDOS		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

AUTOCUIDADO
ESQUEMA VACUNACION COVID-19

Consentimiento informado del aspirante o colaborador: autorizo de manera voluntaria que el talento humano en salud de SSO - CRC Servicios de Salud Ocupacional SAS, me realice examen médico ocupacional y/o pruebas complementarias. Me han explicado la naturaleza y propósito de los exámenes médicos y/o pruebas complementarias. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y los riesgos de estos a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de estos exámenes y/o pruebas complementarias es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico que la información que he suministrado es verdadera y completa. Acepto: las medidas para la protección de mis datos personales de acuerdo con la ley estatutaria 1581 de 2012, y, las medidas para el manejo y contenido de mi historia clínica de acuerdo con la ley 23 de 1981, ley 594 de 2000 y resolución 1995 de 1999, resolución 1715 de 2005, resolución 2346 de 2007 y cualquier otro que las modifique. Autorizo a SSO - CRC Servicios de Salud Ocupacional S.A.S., para que suministre a las personas o entidades contempladas en la normativa vigente la información registrada en este documento para el cumplimiento de los estándares mínimos del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo de acorde a la resolución 0312 de 2019, adicionalmente para que remitan la historia clínica a la EPS a la cual me encuentro afiliado. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: ESQUIVIA SANJUAN MIGUEL SALVADOR

R. M.: 232755 **L.S.O.:** 2240-2023

Código de Seguridad
K493Q1W206291

Aspirante o colaborador

Firma:

Nombre: VERGARA CUBIDES SUAD ESTHER

CC: 1082888901

SSO - CRC SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL S.A.S.
COLABORADORES SANOS, EMPRESAS MÁS PRODUCTIVAS
NIT.802022218-2
Dirección: Cra. 49 N° 74-77/ 91 Barranquilla - Colombia
Sitio web: www.ssobq.com
Tel: (605) 360 3103 **Cel:** (313) 546 4664
SC 7231-1

AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES **Atención N°: 107762**

Fecha: 16/01/2024 **Ciudad:** BARRANQUILLA (ATLÁNTICO, COLOMBIA)
Tipo Exámen: EVALUACION OCUPACIONAL INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR **Empresa:** PARTICULAR
CC: 1082888901 **Nombre:** VERGARA CUBIDES SUAD ESTHER **Fecha Nacimiento:** 09/08/1988 **Edad:** 35 AÑOS 5 M
Dirección y Municipio: CRA 68 N 74 80 BARRANQUILLA (ATLÁNTICO, COLOMBIA) **Teléfono:** 3016388196 **Genero:** FEMENINO
Eps: SURA **Régimen:** **Ocupacion:** INSTRUCTORA
Nombre del Acudiente: **Parentesco:** **Teléfono:**

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
SENA	INSTRUCTORA	NINGUNA	NO APLICA	2	0

ANTECEDENTES FAMILIARES

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

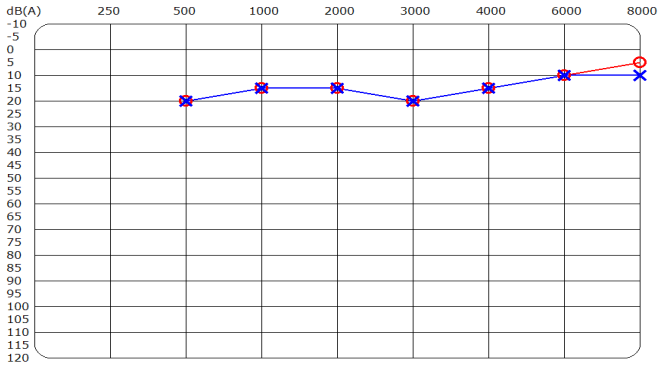
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

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

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas) : 12 Hora(s) **Realizó re test:** NO **Uso Cabina Sonoamortiguada:** SI
Marca y Referencia audiometró utilizado: MAICO MA28 **F. Ultima Calibración:** 2023-12-04

O : Vía aérea del OD
X : Vía aérea del OI
< : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI)
> : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)



OTOSCOPIA

Oído derecho: NORMAL
Oído izquierdo: NORMAL

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD		20	15	15	20	15	10	5
VAOI		20	15	15	20	15	10	10

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

Observaciones del Diagnóstico

NORMAL

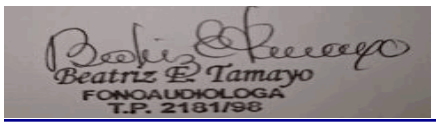
Nombre del Diagnóstico

Audicion Normal Bilateral

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	

Observaciones

FONOAUDIÓLOGO

Firma: 

Nombre: TAMAYO JIMENEZ BEATRIZ ELENA

R. M.: 2181-1998 **L.S.O.:**

TRABAJADOR

Firma:

Nombre: VERGARA CUBIDES SUAD ESTHER

CC 1082888901

SSO - CRC SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL S.A.S.
COLABORADORES SANOS, EMPRESAS MÁS PRODUCTIVAS
NIT.802022218-2
Dirección: Cra. 49 N° 74-77/ 91 Barranquilla - Colombia
Sitio web: www.ssobq.com
Tel: (605) 360 3103 **Cel:** (313) 546 4664
SC 7231-1

EXAMEN DE OPTOMETRIA GENERAL

DATOS PERSONALES

Atención Nº: 140,620

Fecha: 16/01/2024 **Municipio:** BARRANQUILLA (ATLÁNTICO, COLOMBIA) **CC:** 1082888901 **Nombre:** VERGARA CUBIDES SUAD ESTHER
Fecha de Nacimiento: 09/08/1988 **Edad:** 35 AÑOS 5 **Dirección y Municipio:** CRA 68 N 74 80 BARRANQUILLA (ATLÁNTICO, COLOMBIA)
Teléfono: 3016388196 **Genero:** FEMENINO **Eps:** SURA **Régimen:**
Profesión o Cargo: INSTRUCTORA **Empresa:** PARTICULAR
Tipo Evaluación Medica: EVALUACION OCUPACIONAL INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR **F. Último Examen:** 10 MESES
Lugar del Último Examen: OPTICA PARTICULAR - BARRANQUILLA **Motivo Consulta:** EVALUACION OCUPACIONAL DE INGRESO
Visiómetro: NO APLICA **Fecha de la Última Calibración:** 07/11/2019
Nombre del Acudiente: **Parentesco:** **Teléfono:**

ANTECENDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	DISPOSITIVOS ELECTRONICOS - ILUMINACION
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	MONOFOCALES
TIPO DE USO	PERMANENTES
TRAE RX	SI
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	MIOPIA
USA ANTEOJOS	SI

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/ 500	20/25	N/A	NO APLICA	20/20	20/20
O.I:	NO APLICA	20/400	20/25	N/A	NO APLICA	20/20	20/20
A.O:	NO APLICA	20/400	20/20	N/A	NO APLICA	20/20	20/20

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: **SIN ALTERACIONES**
OJO IZQUIERDO: **SIN ALTERACIONES**

REFLEJOS

OBSERVACIÓN: **PRESENTES Y NORMALES**

COVER TEST

VISIÓN LEJANA: **NORMAL**
VISIÓN PROXIMA: **NORMAL**

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

OFTALMOSCOPÍA

OJO DERECHO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**
OJO IZQUIERDO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**

REFRACCIÓN

OJO IZQUIERDO
OJO DERECHO

RX FINAL

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

VISIÓN COLOR

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

OJO DERECHO: **NORMAL**

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H522	ASTIGMATISMO	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

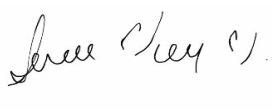
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

PACIENTE PRESENTA PRUEBA CON CORRECCION OPTICA, DEBE CONTINUAR EL USO DE ESTA DE FORMA PERMANENTE, CONTROL EN 1 AÑO

Firma:

Nombre: VASQUEZ ALTAFULLA SANDRA MILENA

R. M.: CTNPO 1439 **L.S.O.:**



Firma:

Nombre: VERGARA CUBIDES SUAD ESTHER

CC: 1082888901

SSO - CRC SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL S.A.S.
COLABORADORES SANOS, EMPRESAS MÁS PRODUCTIVAS
NIT.802022218-2
Dirección: Cra. 49 N° 74-77/ 91 Barranquilla - Colombia
Sitio web: www.ssobq.com
Tel: (605) 360 3103 **Cel:** (313) 546 4664

SC 7231-1

DATOS PERSONALES

Orden de Servicio N°: 220130

Municipio: BARRANQUILLA (ATLÁNTICO, COLOMBIA) **Fecha y Hora:** 16/01/2024 09:05:23a. m.

Nombres y Apellidos: VERGARA CUBIDES SUAD ESTHER **CC:** 1082888901 **Género:** FEMENINO

F. Nacimiento: 09/08/1988 **Edad:** 35 AÑOS 5 MESES 7 DÍAS **Entidad:** PARTICULAR

RESULTADOS DEL LABORATORIO

HORMONAS

PERFIL LIPIDICO

NOMBRE DE ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
Colesterol total	234	mg/dl	Bajo: menor de 200. Moderado: 200-239. Alto: Mayor de 240.
Colesterol de alta densidad (HDL):	42	mg/dl	Bajo: menor de 40 Alto: mayor de 60.
Colesterol de muy baja densidad (VLDL):	27.6	mg/dl	entre 2 y 30 mg/dl
Colesterol de baja densidad (LDL)	164.4	mg/dl	Optimo:Menor de:100 Cerca de lo Optimo: 100-129 Alto limite: 130-159. Alto: 160-189 Muy alto: Mayor de 190.
Trigliceridos	138	mg/dl	Normal: menor de 150. Alto Limite: 150-190. Alto: 200-499. Muy alto: Mayor de 500

OBSERVACIONES:

Melissa Caballero Jessurum
Bacteriólogo(a) RP: 4787

INFORME PSICOTÉCNICO

1. Información general

El presente informe psicotécnico tiene como objetivo presentar una evaluación de las capacidades laborales y psicológicas que posee una persona para desempeñarse en un puesto de trabajo determinado. Cabe aclarar que esta **no** es una valoración clínica, sino que se valoran algunas variables relacionadas con rasgos de la personalidad para determinar si las habilidades de la persona se adecuan a las funciones del puesto de trabajo.

Tabla 1
Datos generales

Ficha técnica	
Nombre del evaluado:	VERGARA CUBIDES SUAD ESTHER
Número de identificación:	1082888901
Edad:	35 AÑOS
Fecha de nacimiento:	1988/08/09
Cargo:	INSTRUCTORA
Empresa:	PARTICULAR
Fecha del informe:	16/01/2024
Pruebas aplicadas:	DISC, Test de descubrimiento de la personalidad.
Enfoque de la prueba:	Valoración mental-social.

1. **Interpretación de resultados**

Después de verificar los resultados se puede evidenciar que el evaluado es considerado centrado en su contexto y con actitud de ayudar a otros; es capaz de llevarse bien y trabajar bien con toda clase de personas que tienen diferentes estilos de operar. Afronta las dificultades y presiones del trabajo diario. Es constante, por lo que mantiene un buen desempeño laboral, siendo congruente, llevando a cabo un ritmo uniforme y seguro, en momentos de discrepancia probablemente asume la voz de la mayoría, mostrando liderazgo e influyendo en los demás. Disfruta pasar momentos con sus compañeros y con su familia, tiene un actitud conservada y moderada lo que le permite trabajar con diferentes estilos de conducta. Su principal valor es la organización y el compromiso con sus funciones, planea su trabajo, enfocándolo de manera clara y directa obteniendo reconocimiento de los demás. Su optimismo puede ser ese plus que le hace conseguir sus objetivos Es una persona que puede cumplir las normas y llevar a cabo funciones que se le ordenen sin cuestionar ni anteponerse.

2. **Concepto final:**

Sus factores de personalidad, estado de conciencia y características sociales, permiten al evaluado, cumplir con los objetivos empresariales y desempeñar una ejecución favorable de su cargo.

Firma:

Jesús David Donado
Psicólogo
T.P. 161.626

SSO - CRC SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL S.A.S.
NIT. 802.022.218-2

Hace constar:

Que el Sr(a) SUAD ESTHER VERGARA CUBIDES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1082888901 realizó el día 07/02/2024 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 SUAD ESTHER VERGARA CUBIDES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1082888901 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 -

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) SUAD ESTHER VERGARA CUBIDES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1082888901 realizó el día 15/02/2024 la Capacitación de protocolos de bioseguridad.

De acuerdo a lo establecido en la Resolución 666 de 2020 del ministerio de salud y protección y social, la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del SENA, mediante la cual se establece el protocolo de medidas generales y de bioseguridad para prevenir y mitigar la propagación del COVID-19, Circular 01-03-2020-000156 del 02 de septiembre del 2020 del Sena, mediante el cual se establece el alcance a la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) SUAD ESTHER VERGARA CUBIDES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1082888901 el día 07/02/2024 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

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

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **SUAD ESTHER VERGARA CUBIDES** identificado con **CC** No. **1082888901**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de afiliación:** 17/02/2022 **Fecha de inicio de cobertura:** 24/01/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 22/01/2024 **Fecha fin de Contrato:** 14/12/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1 **Cargo :** INSTRUCTOR

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 o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401012142437.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 6 días del mes de febrero de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit: 860.011.153-6 · **Línea gratuita nacional:** 01-8000-111-170 **Teléfono:** (601) 330-7000
Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo Rincón · defensordelcliente@positiva.gov.co
Carrera 11A No 96 - 51 Oficina 206 Bogotá. Teléfono: (601) 610 8164

SCOTIABANK COLPATRIA S.A.
NIT. 860.034.594-1

CERTIFICA QUE:

La cuenta de ahorros No. 7142002781 , con fecha de apertura 12 de Septiembre de 2016 , de la cual es titular:

El (la) señor(a): SUAD ESTHER VERGARA CUBIDES
Identificado(a) con tipo de documento C No. 1.082.888.901

La cuenta en mención ha sido manejada de acuerdo a las normas establecidas por la entidad.

Damos esta información con la acostumbrada reserva bancaria.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 15 días del mes de Febrero de 2024 .

Cordialmente,

Servicio al Cliente

Scotiabank Colpatria S.A.
www.scotiabankcolpatria.com

Scotiabank Colpatria. S.A.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

scotiabankcolpatria.com

®Marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Scotiabank Colpatria Establecimiento Bancario.

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

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN:	SUCURSAL:	COD. SUC:	NO. PÓLIZA:	ANEXO:
BARRANQUILLA	BARRANQUILLA	85	85-46-101038356	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
22	01	2024	22	01	2024	00:00	14	04	2025	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		IDENTIFICACIÓN:	
VERGARA CUBIDES SUAD ESTHER		C.C. :1,082,888,901	
DIRECCIÓN:	CIUDAD:		TELÉFONO:
CR 68 74 80 TO 4 AP 529	BARRANQUILLA - ATLANTICO		3016388196

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN:	
CENTRO PARA EL DESARROLLO AGROECOLOGICO Y AGROINDUSTRIAL		NIT. :899,999,034-1	
DIRECCIÓN:	CIUDAD:		TELÉFONO:
CALLE 9 19 120	SABANALARGA - ATLANTICO		6057273882
ADICIONAL:			

OBJETO DEL SEGURO

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

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.5779577 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES PARA EL DESARROLLO DE LAFORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN EL ÁREA DE SALUD DE LOSPROGRAMAS DE FORMACIÓN EN COMPLEMENTARIAVIRTUAL, MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE APORTEN EN EL DISEÑO YDESARROLLO CURRICULAR EN EL CENTRO PARA EL DESARROLLOAGROECOLÓGICO Y AGROINDUSTRIAL

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	22/01/2024	14/04/2025	$ 4,907,903.50

ACLARACIONES:

VALOR PRIMA NETA:	GASTOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
$ 24,095.79	$ 8,000.00	$ 6,098.20	$ 38,193.99	$ 4,907,903.50	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
ZAMORA SCHETTINI JENNI	20358	100,00			

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

PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 58 NO. 70-136 - TELÉFONO: 3681078 - BARRANQUILLA

85-46-101038356

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

NO EFECTUAR RETENCIÓN EN LA FUENTE POR NINGUN CONCEPTO * RESPONSABLE IVA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

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

Hacemos constar, que la póliza No. 85-46-101038356, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

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

Dado en BARRANQUILLA, a los 22 días del mes de Enero de 2024

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

Oficina Principal: Calle 83 No 19-10 Bogotá D.C. Teléfono: 601-2186977, 601-6019330
ASISTENCIA CELULAR #388 - FUERA DE BOGOTA 018000123010
www.segurosdelestado.com

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que:

RECIBO DE PAGO N°: 85461010383560

FECHA	
CONTADO	

RECIBIMOS DE: VERGARA CUBIDES SUAD ESTHER — C.C. C.C. :1,082,888,901

LA SUMA DE: TREINTA Y OCHO MIL CIENTO NOVENTA Y TRES CON NOVENTA Y NUEVE CENTAVOS PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 85-46-101038356

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
BARRANQUILLA - CU. ESTATAL - 101038356 - 0 - 0	$ 24,095.79	$ 8,000.00	$ 6,098.20	$ 38,193.99

FORMA DE PAGO

	EFECTIVO:	$ 38,193.99
	CHEQUE:	$ 0.00
	TARJETA:	$ 0.00
	BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO: ZAMORA SCHETTINI JENNI - 20358	OTROS:	$ 0.00
	TOTAL:	$ 38,193.99
	CAJERO: RAPIESTADO	

ORIGINAL

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que:

RECIBO DE PAGO N°: 85461010383560

FECHA
CONTADO

RECIBIMOS DE: VERGARA CUBIDES SUAD ESTHER — C.C. C.C. :1,082,888,901

LA SUMA DE: TREINTA Y OCHO MIL CIENTO NOVENTA Y TRES CON NOVENTA Y NUEVE CENTAVOS PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 85-46-101038356

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
BARRANQUILLA - CU. ESTATAL - 101038356 - 0 - 0	$ 24,095.79	$ 8,000.00	$ 6,098.20	$ 38,193.99

FORMA DE PAGO

	EFECTIVO:	$ 38,193.99
	CHEQUE:	$ 0.00
	TARJETA:	$ 0.00
	BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO: ZAMORA SCHETTINI JENNI - 20358	OTROS:	$ 0.00
	TOTAL:	$ 38,193.99
	CAJERO: RAPIESTADO	

COPIA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.85-46-101038356

1. AMPAROS.

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

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

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

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

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

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

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

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

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

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

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

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

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

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

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

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

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

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

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

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

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

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

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

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

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

2. EXCLUSIONES.

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

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

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

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

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

3. SUMA ASEGURADA.

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

4. VIGENCIA.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. COMPENSACIÓN.

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

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

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

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

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

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

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

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

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

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

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

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

13. COASEGURO

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO