

[illegible]

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1073669268	YENI PAOLA FERNANDEZ GALINDO		CRA 9 ESTE # 38-23 CASA 227	9008468	sofi12022008@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLÉADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-01	2025-01	I	31/01/2025	83667984	TOTAL A PAGAR \$434.300

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	28.500	0	0	28.500	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

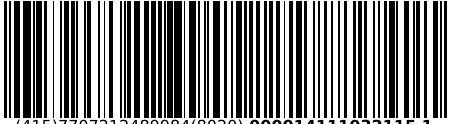
TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	28.500	28.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	434.300	434.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1073669268	YENI PAOLA FERNANDEZ GALINDO		CRA 9 ESTE # 38-23 CASA 227	9008468	sofi12022008@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-01	2025-01	I	31/01/2025	83667984	10
					TOTAL A PAGAR
					\$434.300

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES											
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SILN	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1073669268	FERNANDEZ GALINDO YENI PAOLA	3	0			N																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000		0		0	CCF24	1.423.500	28.500	0	0	0	0	0

PAGADA

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 1 3 Actualización de oficio				4. Número de formulario 141110321151			
				 (415)7707212489984(8020) 000014111032115 1			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 0 7 3 6 6 9 2 6 8		6. DV 5		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá		14. Buzón electrónico 3 2	
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		26. Número de Identificación 1 0 7 3 6 6 9 2 6 8			
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA 1 6 9		29. Departamento Cundinamarca 2 5		30. Ciudad/Municipio Soacha 7 5 4			
31. Primer apellido FERNANDEZ		32. Segundo apellido GALINDO		33. Primer nombre YENI		34. Otros nombres PAOLA	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA 1 6 9		39. Departamento Cundinamarca 2 5		40. Ciudad/Municipio Soacha 7 5 4			
41. Dirección principal CR 9 ESTE 38 23 CA 227 BRR SAN MATEO							
42. Correo electrónico sofi12022008@hotmail.com							
43. Código postal		44. Teléfono 1 9 0 0 8 4 6 8		45. Teléfono 2 3 0 5 7 0 9 9 1 1 1			
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código 8 5 2 3	47. Fecha inicio actividad 2 0 1 9, 1 0, 2 1	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1 2	51. Código	
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 5 4 9							
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario							
49 - No responsable de IVA							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código				55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3			
				57. Modo			
				58. CPC			
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación							
Para uso exclusivo de la DIAN							
59. Anexos SI NO X				60. No. de Folios: 0			
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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA 985. Cargo			

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso ☒ Periódico ☐ Retiro ☐ Post incapacidad ☐ Caso ocupacional ☐
Control ☐ Reubicación ☐ Ingreso al SVE ☐ Trabajo en alturas ☐

DATOS DEL PACIENTE

Fecha 06/02/2023 09:56:00 Empresa PARTICULAR

Nombre YENI PAOLA FERNANDEZ GALINDO

Cargo INSTRUCTOR

Doc. Identidad CC 1073669268



SE PRÁCTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

- | | | |
|-------------------------|-------------------|--------------|
| 1 ENFASIS OSTEOMUSCULAR | 2 AUDIOMETRIA | 3 OPTOMETRIA |
| 4 ELECTROCARDIOGRAMA | 5 PERFIL LIPIDICO | 6 GLICEMIA |
| 7 PRUEBA PSICOTECNICA | 8 CUADRO HEMATICO | 9 |

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN	EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para el cargo	☒	☐	☐	☐	Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	☐	☐
Aplazado	☐	☐	☐	☐	Requiere restricciones de actividades	☐	☐
Apto con restricciones	☐	☒	☐	☐	Requiere reubicación laboral temporal	☐	☐
Apto para trabajar en alturas	☐	☐	☒	☐	Requiere reubicación laboral permanente	☐	☐
Apto para trabajar en espacios confinados	☐	☐	☒	☐	Apto para trabajar en alturas	☐	☐
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	☐	☐	☒	☐	Apto para trabajar en espacios confinados	☐	☐
Apto para participar en la brigada	☐	☐	☒	☐	Apto para trabajar en alturas	☐	☐
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	☒	☐	☐	☐	EXAMEN DE RETIRO		
					Sospecha de enfermedad Profesional	☐	☐
					Secuelas de Accidentes de Trabajo	☐	☐
					Enfermedad Común	☐	☐

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ☒ Auditivo ☐ Respiratorio ☐ Cardiovascular ☐ Psicosocial ☐ Ergonómico ☐ Otros ☐

REMISIÓN SI ☐ NO ☒ ARL SI ☐ NO ☒ EPS SI ☐ NO ☒

AUDIOMETRIA: Control Anual

OPTOMETRIA: Control anual, USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE.

ELECTROCARDIOGRAMA : Sin alteración

Monica Alejandra Perez Navarrete
MEDICINA GENERAL EN
SEGURIDAD Y SALUD DE
TRABAJO
C.C. 1030583036

MONICA ALEJANDRA PEREZ NAVARRETE
Especialidad: MEDICINA DEL TRABAJO Y
MEDICINA LABORAL
CC: 1030583036 RM: RES 11741 DE 09/10/2017

Yeni Paola Fernandez Galindo

Trabajador: YENI PAOLA FERNANDEZ GALINDO
CC 1073669268

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Dirección: CL 12 A # 9 -914 Teléfono: 8822218
Email: CLINICAEUGENIODIAZ2015@GMAIL.COM



Captura Biométrica

LABORATORIOS: Sin alteración

Riesgo Cardiovascular: Bajo

1. Pausas activas 5 min por cada 4 horas de trabajo
2. Higiene postural
3. Puesto de trabajo ergonómicamente Apto
4. Siempre coloca los pies a la altura del piso.
5. Articular sonidos de manera correcta
6. Mantener un ritmo adecuado al hablar
7. Intentar hablar de frente al alumno pues hacerlo de espalda supone elevar la voz
8. Evitar los cambios bruscos de temperatura
9. Evitar forzar la voz al intentar hablar por encima del ruido ambiental
10. Uso adecuado del tapabocas
11. Lavado de manos
12. Distanciamiento social
13. Sigla los lineamientos de bioseguridad de la empresa

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

Monica Alejandra Perez Navarrete
MÉDICO GENERAL EN
SEGURIDAD Y SALUD DE
TRABAJO
C.C. 1030583036

Jeni Rodríguez

Nombre **YENI PAOLA FERNANDEZ GALINDO** Doc. Identidad **1073669268**
Teléfono _____ Edad **36** Cargo **INSTRUCTOR** Antigüedad **4 AÑOS**
Empresa **PARTICULAR** Fecha **06/02/2023**

Motivo de consulta
INGRESO

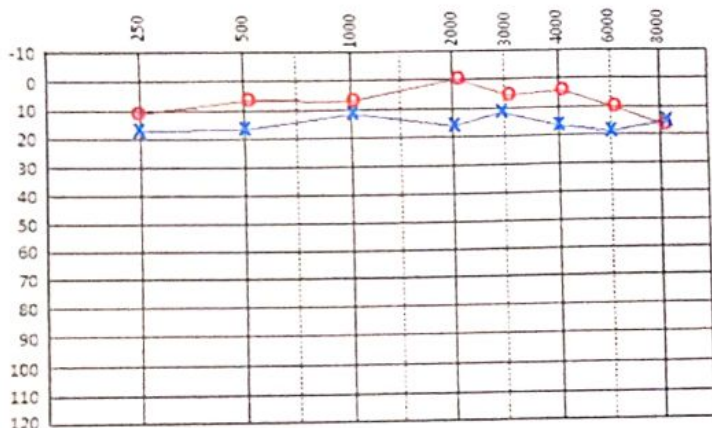
Otoscopia

CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO BILATERAL: NORMAL

MEMBRANA TIMPANICA BILATERAL: NORMAL

Anamnesis

NINGUN ANTECEDENTE OTOLÓGICO



WEBER Audiométrico					
500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	4000 Hz	
OD					OI

Diagnóstico Hipoacusia:

SAL:

Nivel efectivo enmascaramiento

	125	250	500	750	1000	1500	2000	3000	4000	6000	8000
VA OI											
OD											
VO OI											
OD											

Modalidad	OD	Inespecífico	OI
V.A	O	^	X
V.O	<		>
VAMASK	△		■
VOMASK	[		]
Campo Libre	0	S	X
MCL	M	M	M
UCL	m	m	m
SF1	A ₁	A ₁	A ₁
V.A SIN RTA	+		+
V.A SIN RTA MASK	+		+
V.O SIN RTA	-		-
V.O SIN RTA MASK	-		-

PROMEDIO TONOS PUROS OD OI

TONOS AGUDOS OD OI

NBN WN SN

ELI: OD OI

LARSEN MODIFICADO: OD OI

Valores de referencia

Normal	0 a 15 dB HL
Pérdida auditiva mínima	16 a 25 dB HL
Leve	26 a 40 dB HL
Moderada	41 a 55 dB HL
Moderada a Severa	56 a 70 dB HL
Severa	71 a 90 dB HL
Profunda	>91 dB HL

Interpretación
PACIENTE APTO

Diagnóstico audiológico

SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFERICA BILATERAL NORMAL

Diagnósticos

Z011 - EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION

Observaciones

REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL, PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, PROXIMO CONTROL EN UN AÑO.

Paula Andrea Infante Urrego
Fonoaudióloga
Esp. Audiología
TP: 1013648217

PAULA ANDREA INFANTE URREGO
Especialidad: FONOAUDIOLOGIA
CC: 1013648217 RM: ESP EN AUDIOLOGIA

Doc. Identidad **CC 1073669268** Nombre **YENI PAOLA FERNANDEZ GALINDO** Fecha Nacimiento **28/05/1986**

Entidad **PARTICULAR** Edad **36 años** Ocupación **INSTRUCTOR**

H.C No OPTOMETRÍA Ingreso ☒ Periódico ☐ Retiro ☐ Caso Ocupacional ☐ Reubicación ☐

Post incapacidad ☐ Trabajo en alturas ☐ Control ☐ Ingreso al SVE ☐

Empresa **CONVENIO PARTICULAR 001** Cargo **INSTRUCTOR** Antigüedad del cargo **4 CAÑ**

Fondo de Pensión **COLPENSIONES** EPS **ARL POSITIVA**

ANAMNESIS

Último Examen Visual **2 AÑOS** Usa anteojos: SI ☒ NO ☐ VL ☐ VP ☐ PC ☐ Bifocal ☐

Progresivo ☐ Filtros ☐ LC RGP ☐ LC BLANDO ☐ Frecuencia de uso: Permanente ☒ Ocasional ☐

Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara? SI ☐ NO ☐ Cirugías: SI ☐ NO ☒ Cual?

Accidentes oculares SI ☐ NO ☒ Cual? **VACUNACION COVID**

Signos y síntomas: Asintomático ☐ Disminución visual de cerca ☒ Disminución visual de lejos ☒ Cefaleas ☐ Resequedad ocular ☐

Ardor Ocular ☐ Lagrimeo ☐ Cansancio Ocular ☐ Irritación ☐ Fotofobia ☐ Prurito Ocular ☐ Salto de renglón ☐

Antecedentes personales y/o familiares **NO REFIERE SINTOMAS COVID - PADRE DIABETES H**

AGUDEZA VISUAL						LENSOMETRÍA			
CC	VL	VP	SC	VL	VP	ESF	CIL	EJE	ADD
OD	20/25	20/20		-	-	N	-150	0°	-
OI	20/25	20/20		-	-	+025	-125	0°	-
AO	-	-		-	-				

EXAMEN EXTERNO

Segmento Anterior: Hiperemia conjuntival ☒ Pterigio N ☐ Segmento Anterior: Hiperemia conjuntival ☒ Pterigio N ☐

Pterigio T ☐ Pinguécula ☒ Nevus ☐ Blefaritis ☐ Pterigio T ☐ Pinguécula ☒ Nevus ☐ Blefaritis ☐

Blefaritis seborreica ☐ Secreción ☐ Leucoma Corneal ☐ Blefaritis seborreica ☐ Secreción ☐ Leucoma Corneal ☐

Ptois palpebral ☐ Otros: ☐ Ptois palpebral ☐ Otros: ☐

MOTILIDAD OCULAR

VL: **ORTHOFORIA** VP: **EXOFORIA** HISHBERG: **CENTRADO**

Ducciones: **NORMAL** Versiones: **NORMAL** PPC: **6 CMS**

TEST OCUPACIONALES

	Visión cromática	Vis. profun.	Vis. confron.
OD Normal ☒ Discromatopsia ☐ Ceguera al color ☐	NORMAL	NORMAL	NORMAL
OI Normal ☒ Discromatopsia ☐ Ceguera al color ☐	NORMAL	NORMAL	NORMAL

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Emetropía ☐ OD ☐ OI ☐

Ametropía ☒ OD ☒ OI ☒

Disminución visual ☐ OD ☐ OI ☐

Otros: ☐

INTERPRETACIÓN

No requiere corrección óptica ☐ OD ☐ OI ☐

Defecto refractivo adecuadamente corregido ☒ OD ☒ OI ☒

Defecto refractivo inadecuadamente corregido ☐ OD ☐ OI ☐

Defecto refractivo no corregido ☐ OD ☐ OI ☐

Gafas no formuladas ☐ OD ☐ OI ☐

RETINOSCOPIA

Refracción:				Subjetivo:				
	Esfera	Cilindro	Eje		Esfera	Cilindro	Eje	DP:
OD	N	-150	0	OD	-	-	-	-
OI	+025	-125	0	OI	-	-	-	-

DIAGNÓSTICOS (Código - Enfermedad)

H522 **ASTIGMATISMO**

H101 **CONJUNTIVITIS ATOPICA AGUDA**

CONCEPTO

☒ Apto ☐ No Apto ☐ Aplazado

RECOMENDACIONES

OPTOMETRÍA

OBSERVACIONES

- USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE.
- PAUSAS VISUALES CADA 2 HORAS POR 5 A 10 MINUTOS
- CONTROL ANUAL

clinica ips eugenio diaz
2023-02-06 08:04

Yen P paula
Fernandez Galindo

ID: 1073669268

Nombre:

Sexo:

F

Edad:

36

Talla: 165 cm Peso: 64 kg SIS/DIAS: / mmHg

HR [bpm]: 66

PR Interval [ms]: 162

P Duration [ms]: 140

QRS Duration [ms]: 97

T Duration [ms]: 315

QT/QTc [ms]: 432/456

P/QRS/T Axis [deg]: 69.9/69.9/44.5

R(V5)/S(V1) [mV]: 0.61/0.57

R(V5)+S(V1) [mV]: 1.18

<<Conclusión>>

Cindy Dayana González C

Toma de Muestras

C.C. 1.073.712.230

Médico

Nombre: YENI PAOLA FERNANDEZ GALINDO

CC: 1073669268

Edad: 36 años

Fecha: 06/02/2023 Hora: 10+00

Empresa: SENA **Cargo:** INSTRUCTOR

Examen de

Prueba Psicométrica Nivel S

Puntaje : alto

Concepto

- Buena capacidad para atender selectivamente y secuencialmente a figuras similares
- Aplicación de estrategias eficaces a la hora de realizar comparaciones visuales
- Facilidad para motivarse y mantener la activación ante estímulos repetitivos y monótonos
- Un nivel alto de velocidad del procesamiento de las operaciones mentales simples
- Habilidad para percibir y discriminar con rapidez la configuración perceptiva de las figuras
- Posiblemente, un nivel elevado de memoria de trabajo en relación con patrones visuales
- Aptitud para trabajar deprisa bajo presión de tiempo

Monica Alejandra Perez Navarrete
MÉDICO GENERAL EN
SEGURIDAD Y SALUD DE
TRABAJO
C.C. 1030583036

Médico Ocupacional

Monica Alejandra Perez Navarrete

Esp. Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo .

NOMBRE: Sra. YENI PAOLA FERNANDEZ GALINDO
DOCUMENTO: CC.1073669268
EMPRESA: CLINICA IPS EUGENIO DIAZ SAS (P)
EDAD-SEXO: 36 Años - Femenino

REFERENCIA: 221159868
FECHA INGRESO: 06.Feb.2023 20:16:09
DOCTOR: PNR-ADSCRITO

HEMATOLOGIA

ESTUDIO	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA
---------	-----------	---------------------

HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV PARAMETROS LEUCOCITARIOS

Leucocitos	6.00	x10 ³ /uL	4.50 - 11.00
%Neutrófilos	52.3	%	42.5 - 73.2
%Linfocitos	37.2	%	18.2 - 47.4
%Granulocitos Inmaduros	0.2	%	0.0 - 0.6
%Monocitos	6.8	%	4.3 - 11.0
%Eosinófilos	2.8	%	0.0 - 3.0
%Basófilos	0.7	%	0.0 - 0.7

Recuento Diferencial absoluto:

#Neutrófilos	3.14	x10 ³ /uL	2.00 - 7.15
#Linfocitos	2.23	x10 ³ /uL	1.16 - 3.18
#Granulocitos Inmaduros	0.01	x10 ³ /uL	0.00 - 0.09
#Monocitos	0.41	x10 ³ /uL	0.29 - 0.71
#Eosinófilos	0.17	x10 ³ /uL	0.03 - 0.27
#Basófilos	0.04	x10 ³ /uL	0.01 - 0.05

PARAMETROS ERITROCITARIOS

Eritrocitos	4.48	x10 ⁶ /uL	3.70 - 4.87
Hemoglobina	14.4	g/dL	10.6 - 13.5
Hematocrito	41.3	%	32.9 - 41.2
Volumen Corpuscular Medio (MCV)	92.2	fL	77.7 - 93.7
Hemoglobina Corpuscular Media (MCH)	32.1	pg	25.3 - 30.9
Concentración Media de Hemoglobina Corpuscular (MCHC)	34.9	g/dl	31.0 - 34.1
Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)	11.9	%	12.4 - 15.1

PARAMETROS PLAQUETARIOS

Recuento de Plaquetas (PLT)	293	x10 ³ /uL	186 - 353
Volumen Plaquetario Medio (MPV)	10.5	fL	9.6 - 12.0

Analizado por,



ANA EVA MADERA ARTEAGA
BACTERIOLOGA T.P:23517-12

* En caso de requerir el histograma, favor comunicarse con el Laboratorio. *

Fecha de Validación: 06/Feb 2023 22:53

*La interpretación de este y todo examen corresponde exclusivamente al médico- [Página 1]



CLINICA IPS EUGENIO DIAZ S.A.S

Nit. 900810768

LABORATORIO

Dirección:CLL 12 A NO 9 - 91 SOACHA PARQUE Tel : 8822218

Sexo F

Edad 36 Años

Fecha 08/02/2023 11:06:00

Doc: 1073669268

Nombre : YENI PAOLA FERNANDEZ GALINDO

Entidad:PARTICULAR

Nombre	Nivel	Indicaciones
- P903801 - PERFIL LIPIDICO		TRIGLICERIDOS: 143.3 Mg/dl COLESTEROL: 152.1 Mg/dl HDL: 48.4 Mg/dl LDL: 77 Mg/dl
- 903841 - GLICEMIA		83.9 Mg/dl

Cindy Dayana González C.
Toma de Muestras
C.C. 1.073.712.236

CINDY DAYANA GONZALEZ CANTOR
ESPECIALIDAD TOMA DE MUESTRAS
C.C 1073712236 R.M
Médico



Hace constar:

Que el Sr(a) YENI PAOLA FERNANDEZ GALINDO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1073669268 realizó el día 24/02/2025 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, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo YENI PAOLA FERNANDEZ GALINDO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1073669268 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.

Firma

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) YENI PAOLA FERNANDEZ GALINDO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1073669268 el día 24/02/2025 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

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, **YENI PAOLA FERNANDEZ GALINDO** identificado con CC No. **1073669268**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	Fecha de inicio de cobertura: 05/02/2025 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 03/02/2025 Fecha fin de Contrato: 30/12/2025 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de 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 o prórroga 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): 202501012851759.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 24 días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

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

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensorclientel@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502.
Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. - 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.
Más información <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

Certificado Bancario

Jueves, 16 de enero de 2025

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que YENI PAOLA FERNANDEZ GALINDO identificado(a) con CC 1073669268, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	91202398117	2019/10/22	ACTIVA

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

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

Hacemos constar, que la póliza No. 62-46-101011580, 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 BOGOTÁ, D.C., a los 1 días del mes de Febrero de 2025


Firma autorizada de Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

Oficina Principal: Autopista Norte # 103 - 60, Piso 5 Bogotá D.C. Teléfono: 601-2186977, 601-6019330
ASISTENCIA CELULAR #388 - FUERA DE BOGOTÁ 018000123010
www.segurosdeleestado.com

FECHA				
CONTADO				
RECIBIMOS DE:	FERNANDEZ GALINDO YENI PAOLA		C.C. C.C. :1,073,669,268	
LA SUMA DE:	TREINTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y DOS CON OCHENTA Y CINCO CENTAVOS PESOS M/CTE			
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 62-46-101011580			
SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
OFICINA PARQUE 93-AG. REPRESENTANTE - CU. ESTATAL - 101011580 - 0 - 0	\$ 25,405.76	\$ 8,000.00	\$ 6,347.09	\$ 39,752.85
FORMA DE PAGO				
INTERMEDIARIO: ANDREA MARCELA SARMIENTO MARTINEZ - 220528			EFFECTIVO:	\$ 39,752.85
			CHEQUE:	\$ 0.00
			TARJETA:	\$ 0.00
			BD:	\$ 0.00
			OTROS:	\$ 0.00
			TOTAL:	\$ 39,752.85
			CAJERO: RAPIESTADO	

ORIGINAL

FECHA				
CONTADO				
RECIBIMOS DE:	FERNANDEZ GALINDO YENI PAOLA		C.C. C.C. :1,073,669,268	
LA SUMA DE:	TREINTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y DOS CON OCHENTA Y CINCO CENTAVOS PESOS M/CTE			
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 62-46-101011580			
SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
OFICINA PARQUE 93-AG. REPRESENTANTE - CU. ESTATAL - 101011580 - 0 - 0	\$ 25,405.76	\$ 8,000.00	\$ 6,347.09	\$ 39,752.85
FORMA DE PAGO				
INTERMEDIARIO: ANDREA MARCELA SARMIENTO MARTINEZ - 220528			EFFECTIVO:	\$ 39,752.85
			CHEQUE:	\$ 0.00
			TARJETA:	\$ 0.00
			BD:	\$ 0.00
			OTROS:	\$ 0.00
			TOTAL:	\$ 39,752.85
			CAJERO: RAPIESTADO	

COPIA

**PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.62-46-101011580**

1. AMPAROS.

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ SEGUROESTADO 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 SUJECCIÓN A LA DEFINICIÓN DE LAS CONDICIONES ADELANTE INDICADAS, LLEGARE A CAUSAR EL GARANTIZADO POR EL INCUMPLIMIENTO QUE, ATRIBUIBLE A SU ACCIÓN U OMISIÓN, PRODUCIERE.

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 TÍTULO 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 TRANSURSO DEL TIEMPO.

3. SUMA ASEGURADA.

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

4. VIGENCIA.

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

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

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

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

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

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

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

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

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

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

6. COMPENSACIÓN.

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

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

8. PLAZO PARA EL PAGO.

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

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

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

EL ÚLTIMO 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, PREVALECEÁN 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.