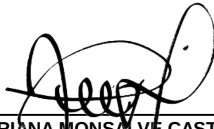
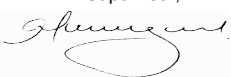


<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)		Código Regional	18	
			Código Centro	951610	
			Fecha Elaboración	Octubre de 2024	
			Versión	MARZO 2024 - 2,24	
			ID de Proceso	65890-219555	
REGIONAL CAQUETÁ					
CENTRO TECNOLÓGICO DE LA AMAZONÍA-CAQUETÁ					
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1					
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos:		ADRIANA MONSALVE CASTRO	Banco a consignar:	BANCO BBVA	
Cédula de Ciudadanía		30.508.009	Tipo de cuenta:	AHORROS	
Correo electrónico:		amonsalvec@sena.edu.co	Número de Cuenta:	0364407221	
IP/N° de contacto:		3166196091	Presta Servicios Excluidos de IVA:	SI	
Inducción SST:		SI	Pertenece al régimen simple de tributación:	NO	
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE	Es declarante de renta por el año gravable 2023	SI	
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?					NO
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a \$59.377.000					NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a \$188.260.000 (debe registrarse como responsable del IVA)					NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?					NO
Concepto del pago corresponde a:					Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.					0,00%
DATOS DEL CONTRATO					
N° del contrato:	6851030/2024	N° Compromiso SIIF	182024	Número de pagos durante la vigencia del contrato	3
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	Prestar los servicios profesionales de carácter temporal, en actividades de Instructor del área, Apoyo Administrativo en Salud, impartiendo Formación Profesional Integral, la administración educativa y el seguimiento en la etapa productiva; en las diferentes áreas del conocimiento de la formación Titulada Presencial, y Complementaria y A Distancia en los programas regular que imparte el				
DATOS PERIODO DEL PAGO					
Del	04/10/2024	Al	31/10/2024	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 12.600.943
Número de pago	1			Valor Total del Contrato:	\$ 12.600.943
Valor Bruto Pago:	\$ 5.178.470,00		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 7.422.473
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios	\$ 5.178.470	Ninguno		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	\$ 5.178.470	Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.739.762	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
	Octubre	Setiembre	Base retención en la fuente a titulo de RENTA		
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	-----	31077950	Base retención en la fuente a titulo de ICA		
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 2.071.388	\$ 0	Valor base IVA		
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 259.000	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)		
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 331.500	\$ 0	Menos Retención en la Fuente		
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA		
ARL	\$ 21.700	\$ 0	Reteica - 8299 - FLORENCIA		
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		27.528,00 0,600%		
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		0,00 0%		
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		0,00 0%		
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		0,00 0%		
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ -		Otras Retenciones		
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ -		Otras Retenciones		
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ 11.605.737		Otras Retenciones		
Dependientes hasta	\$ -		Otras Retenciones		
Salud hasta	\$ 753.040	\$ -	Otras Retenciones		
Renta Exenta 25%	\$ 9.295.337	\$ 0	Otras Retenciones		
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 0		0,00		
Retención en la Fuente Contingente	\$		Descuentos de embargo (Si tiene)		
			VALOR A PAGAR		
			\$5.150.942,00		
SON: CINCO MILLONES CIENTO CINCUENTA MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ejecuté la formación profesional integral de acuerdo con el Desarrollo Curricular en la ficha 2995532 y 3015664					
Presenté dentro de las fechas establecidas por la Coordinación académica el informe de cuenta mensual de ejecución contractual.					
Realicé inducción virtual S.S.T					
Recursos: Nación					
Lugar donde se prestó los servicios: Florencia					
Anexo Informe mensual de ejecución contractual del mes de octubre de 2024					
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					
			ADRIANA MONSALVE CASTRO EL CONTRATISTA		
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO					
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:			Autorizo el presente pago.		
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;			El Supervisor,		
2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro;					
3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.			ALBA LUZ MENDEZ ROJAS 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					
LUIS ANGEL LOZADA OLAYA					
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02					



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ADRIANA MONSALVE CASTRO identificado(a) con CC 30508009 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	01/09/2009
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	SALUD VITAL DEL HUILA I.P.S S.A.S - SEDE FLORENCIA
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 25 días del mes de septiembre del año 2024.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 1 3 Actualización de oficio				4. Número de formulario 141053808229			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 3 0 5 0 8 0 0 9				6. DV 7		12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Florencia	
						14. Buzón electrónico 2 8	
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía		26. Número de Identificación 3 0 5 0 8 0 0 9		27. Fecha expedición	
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA		29. Departamento Caquetá		30. Ciudad/Municipio Florencia		0 0 1	
31. Primer apellido MONSALVE		32. Segundo apellido CASTRO		33. Primer nombre ADRIANA		34. Otros nombres	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA		39. Departamento Caquetá		40. Ciudad/Municipio Florencia		0 0 1	
41. Dirección principal DG 10 E 6 64 BRR CIRCASIA							
42. Correo electrónico adriana.monsalvecastro@gmail.com							
43. Código postal				44. Teléfono 1 3 1 6 6 1 9 6 0 9 1			
				45. Teléfono 2			
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código 8 5 5 1	47. Fecha inicio actividad 2 0 2 3 0 1 3 0	48. Código 8 5 4 3	49. Fecha inicio actividad 2 0 2 3 0 7 0 7	50. Código 1 2	51. Código 3 1 5 2		
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 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20				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 - 07 - 03 / 17 : 13: 59	
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.				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.			
Firma del solicitante:				Firma autorizada:			
				984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA			
				985. Cargo			

PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES
PLANILLA NRO. 31077950
REFERENCIA DE PAGO (PIN):
Fecha Pago Planilla: 2024-10-02

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE					
RAZÓN SOCIAL	ADRIANA MONSALVE CASTRO	TIPO DE PERSONA	Natural	TIPO DE DOCUMENTO	Cédula de Ciudadanía
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	30508009	D.V.	0	TIPO DE APORTANTE	Independiente
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	DG 10E NO 6 64 CIRCACIA	DEPARTAMENTO	CAQUETA	MUNICIPIO	FLORENCIA
ACTIVIDAD ECONÓMICA	8299	CORREO ELECTRÓNICO	ADRIANA.MONSALVE CASTRO@GMAIL.COM	TELÉFONO	4363648
FAX	4363648	SUCURSAL	0	NOMBRE SUCURSAL	0
TIPO DE ENTIDAD	Privada	ARL	POSITIVA	Tipo de aportante	Independiente

REPRESENTANTE LEGAL					
Nro. DE IDENTIFICACIÓN		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			

PERÍODO COTIZACIÓN PENSIÓN		PERÍODO COTIZACIÓN SALUD		FORMA DE PRESENTACIÓN
Año: 2024	Mes: 09	Año: 2024	Mes: 09	Único
Nro. DE TRABAJADORES		Vlr. TOTAL NÓMINA		Nro. DE RADICACIÓN
1		\$0		31077950

IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO											Salario
Identificación	Tipo Vinculación	Sub tipo Cot	Ext no obl	Colombiano ext	Dpto	Mun	Actividad Eco	Tipo de Salario	Nombres		Salario Básico
CC-30508009	59	No	No	No	18	1	1855101	Salario	MONSALVE CASTRO ADRIANA		\$1.300.000

NOVEDADES																															
Identificación	ING	Fecha Ing	RET	Fecha Ret	TDE	TDA	TDP	TASP	VSP	Fecha Nov Vsp	VTE	VST	SLN	Fecha Sln Inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha Lma Inicio	Fecha Lma Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha Vac Fin	AVCP	VCT	Fecha Vct Inicio	Fecha Vct Fin	IRL	Fecha Irp Inicio	Fecha Irp Fin
CC - 30508009																													0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES											
Identificación	AFP	Días Cotizados	IBC pensión	Tarifa	Cot Obl	Cot Vol Afil	Cot Vol Aport	Total Cot	Fondo Sol	Fondo Subsistencia	Vlr no ret
CC - 30508009	PORVENIR	30	\$1.300.000	0.1600000	\$208.000	\$0	\$0	\$208.000	\$0	\$0	\$0

SISTEMA GENERAL DE SALUD											SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES				
Identificación	EPS	Di as Co t	IBC salud	Tarifa	Cot Obl	UPC Adic	Núm Aut EG	Valor EG	Núm Aut Lic	Valor Lic	Di as Co t	IBC Riesgos	Có d CT	Tarifa	Cot Obl
CC - 30508009	NUEVA E.P.S. S.A.	30	\$1.300.000	0.1250000	\$162.500	\$0	0	\$0	0	\$0	30	\$1.300.000	8999034	0.0052200	\$6.800

APORTES PARAFISCALES													
Identificación	CCF	Días Cot a CCF	IBC Cajas	Tarifa CCF	Aporte CCF	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF	Tarifa ESAP	Aporte ESAP	Tarifa Min Edu	Aporte Min Edu
CC-30508009	SIN CCF	0	\$0	0.0000000	\$0	0.0000000	\$0	0.0000000	\$0	0.0000000	\$0	0.0000000	\$0

TOTALES PARA EL PERÍODO 2024 - 09											
TOTAL APORTES DEL PERÍODO A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA											
ADMINISTRADO RA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR COTIZACIÓN VOL AFIL	VLR COTIZACIÓN VOL APOR	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SOL	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SUBS	DÍAS MORA	VLR INTERESES	VLR INTERESES FONDO DE SOLIDARIDAD	VLR INTERESES FONDO DE SUBSISTENCIA	TOTAL PAGAR
PORVENIR	1	\$208.000	\$0	\$0	\$0	\$0	0	\$0	\$0	\$0	\$208.000

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A SALUD POR ADMINISTRADORA																				
ADMINISTRA DORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR UPC	AUT. IGE	VLR IGE	AUT. DESC LMA	VLR LMA	VLR NETO APORTE S DE COT	DÍAS MORA	VLR INTERE SES COT OBL	VLR INTERE SES UPC	SUBTOT AL APORTE S COT	SUBTOT AL APORTE S	RADICA CIÓN AUTOLI Q INICIA L	SALDO FAVOR PERÍOD O ANTERI OR COT OBL	SALDO FAVOR PERÍOD O ANTERI OR UPC	TOTAL PAGAR COT OBL	TOTAL PAGAR UPC	FONDO DE SOL SALUD	TOTAL PAGAR
NUEVA E.P.S. S.A.	1	\$162.5 00	\$0	0	\$0	0	\$0	\$162.5 00	0	\$0	\$0	\$162.5 00	\$0	0	\$0	\$0	\$162.5 00	\$0	\$0	\$162.5 00

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A RIESGOS PROFESIONALES POR ADMINISTRADORA													
ADMINISTRA DORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	NÚM AUT PAGO INCAPACIDA DES	VLR INCAPACIDA DES	VLR APORTES PAGADOS A OTROS RIESGOS	VLR NETO APORTES COTIZACIÓN	DÍAS MORA	INT MORA COT OBL	SUBTOTAL APORTES COT	NÚM RAD AUTOLIQUID ACIÓN INICIAL	SALDO A FAVOR PERÍODO ANTERIOR	FONDO SOL RIESGOS PROFESIONA LES	TOTAL PAGAR
POSITIVA	1	\$6.800	0	\$0	\$0	\$6.800	0	\$0	\$6.800	0	\$0	\$0	\$6.800

TOTAL APORTES PARAFISCALES					
NOMBRE ENTIDAD		NÚM DE AFIL		VLR TOTAL APORTES	
SIN CCF		1		\$0	
SENA		0		\$0	
ICBF		0		\$0	
ESAP		0		\$0	
MinEdu		0		\$0	

TOTAL A PAGAR		
CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
SALUD	1	\$162.500
PENSIONES	1	\$208.000
RIESGOS PROFESIONALES	1	\$6.800

TOTAL A PAGAR		
CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
CAJAS DE COMPENSACIÓN	0	\$0
SENA	1	\$0
ICBF	1	\$0
ESAP	1	\$0
MINISTERIO DE EDUCACIÓN	1	\$0
GRAN TOTAL	1	\$377.300



CLIPSALUD IPS S.A.S

Nit: 900304743-4

4A-56 FLORENCIA CAQUETA PBX: 4355072- 4347315 CEL: 3175176395

BARRIO PORVENIR - www.clipsalud.com



Nombre Paciente: Adriana Monsalve Castro

Identificacion

30508009

Codigo Unico Paciente:

1580

Empresa:

PARTICULAR/SENA

Fecha Nacimiento:

24/03/1982

Direccion:

CENTRO

Página 1 de 1

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:		Estado Civil:	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Consulta	
65175	Femenino	41	Años	Soltero	Postgrado	FLORENCIA	17/01/2024 07:29:43	
Objetivo:	Ingreso		E.P.S.:	NUEVA EPS	A.R.L.:	POSITIVA	Cargo:	INSTRUCTORA
Contrato:				Clasificacion del Riesgo:		CLASE I	Estrato:	[1] - Bajo Bajo

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Los Resultados de Paraclínicos y Valoración del Paciente fueron consignados en una Historia Clínica Ocupacional que reposa en los archivos de Salud Ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente result

CONCEPTO INGRESO:

☒	APTO para el Cargo
☐	No APTO para el Cargo
☐	Aplazado

TRABAJOS ESPECIALES:

Alturas	
Espacios Confinados	
Manipulacion de Alimentos	

CONCEPTO EGRESO:

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

☐	PERIODICO, CAMBIO DE OCUPACION O POST-INCAPACIDAD	☐ Reubicar Trabajador	☐ Continua en el Cargo
--------------------------	---	--	---

PREVENCION EN RIESGO LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

☐ Auditivo ☐ Visual ☐ CardioVascular ☐ Respiratorio ☐ Ergonomico ☐ Dermatologia ☐ Otros

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS

Se Realizaron los siguientes exámenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, AUDIOMETRIA OCUPACIONAL, OPTOMETRIA, PERFIL LIPIDICO COMPLETO, GLICEMIA EN SANGRE, CUADRO HEMATICO, PARCIAL DE ORINA , PRUEBA PSICOLOGICA .

DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Apto para el cargo..

RESTRICCIONES

Ninguna para el Cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA EPS Y USO DE FORMULA OPTICA SEGUN INDICACIONES.REALIZAR PAUSAS ACTIVAS EN SITIO DE TRABAJO AL MENOS CADA 1 HORA POR 5 MINUTOS, CON ESTIRAMIENTO DE EXTREMIDADES Y TRONCO, RELAJACION E HIDRATACION. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL INDICADOS POR LA EMPRESA. CUMPLIR ACTIVIDADES DE SST DE LA EMPRESA. AJUSTES EN ESTILOS DE VIDA SALUDBLE: DIETA BAJA EN GRASA Y CARBOHIDRATOS, EJERCICIO AEROBICO AL MENOS 3 VECE SPOR SEMANA.

Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará CLIPSALUD IPS S.A.S. Para proteger la confidencialidad de mis resultados.Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. Autorizo a CLIPSALUD IPS S.A.S. para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. De igual manera soy consciente y doy fe, de que me fue socializado mi estado de salud y el resultado de cada uno de mis valoraciones realizadas. 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.

Wed Jan 24 01/17/24 14:39:38

Jhonathan Orlando Barrera Arciniegas - C.C. 1049622905 / RM:
Licencia 000341 de 2019
Medico Especialista SST

18/01/2024 16:37:03

Generado por SGMI - TERRASOFT,
NIT. 74814574-9. www.terrasoft.co

Wed Jan 24 01/17/24 07:15:19

Firma y Huella del Paciente o Responsable



Indice Derecho

Importante: Valide su certificado de aptitud en www.clipsalud.com Opción RESULTADOS EN LINEA FLORENCIA

HISTORIA CLINICA

OCUPACIONAL



CLIPSALUD IPS S.A.S

Nit: 900304743-4

CALLE 18 N° 5A-48 FLORENCIA CAQUETA PBX: 8745789- CEL: 3162523
BARRIO PORVENIR - www.clipsalud.com

Nombre Paciente: Adriana Monsalve Castro

Identificacion

30508009

Codigo Unico Paciente:

1580

Empresa:

PARTICULAR/SENA

Fecha Nacimiento:

24/03/1982

Direccion:

CENTRO

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:	Estado Civil:	Nro. Hijos	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Ingreso:
65175	Femenino	41 a	Soltero	0	Postgrado	FLORENCIA	17/01/2024 07:29:43
Objetivo:	Ingreso	E.P.S.:	NUEVA EPS	A.R.L.:	POSITIVA	Cargo:	INSTRUCTORA
Contrato:		Clasificacion del Riesgo:	CLASE I	Estrato:	[1] - Bajo 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	INSTRUCTORA		☒	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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

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

C.- ANTECEDENTES FAMILIARES:

Composición Familiar: Nuclear

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:	☐ No Refiere	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		

MIOMECTOMIA.

E. - ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:

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

CICLO MENSTRUAL: REGULAR	G: 0 P: 0 A: 0 V: 0 C: 0 M: 0 E: 0
FECHA ULTIMA REGLA: 27/12/23	PLANIFICACION FAMILIAR:
FECHA ULTIMA CITOLOGIA: 1 AÑO	☐ 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:		

Habitos Riesgosos

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

Otros: _____

ALCOHOL:	☐ Si	☒ No
FRECUENCIA:		TIPO:
ACTIVIDAD CULTURAL:	☐ Si	☒ No
ACTIVIDAD DEPORTIVA:	☒ Si	☐ No
SEDENTARIO PURO:	☐ Si	☒ No
SEDENTARIO:	☐ Si	☒ No

Especifique:

GYM

II. - REVISION POR SISTEMAS Y EXAMEN FISICO:

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

PERIMETRO ABDOMINAL:			65 Cms
PESO:	TALLA:	I.M.C.:	F.C.:
56 Kgs	160 Cms	21,9 k/m2	61 x Minuto
F.R.:	T.A.:	BIOTIPO:	ESTADO GENERAL
22 x minuto	100/70 mmHg	Pequeño	Bueno

LATERALIDAD: DIESTRO: ☐ ZURDO: ☐ AMBIDIESTRO: ☒AGUDEZA VISUAL: O.D. ☐ O.I. ☐ A.O. ☐

1. CABEZA	☐ N	13. OIDOS:	☐ N	25. T. INGUINALES:	☐ X
2. OJOS	☐ N	14. C. AUDITIVO EXT.:	☐ N	26. GENITALES EXT:	☐ X
3. PARPADOS	☐ N	15. TIMPANOS:	☐ N	27. T. VAGINAL:	☐ X
4. CONJUNTIVAS	☐ N	16. CUELLO:	☐ N	28. T. RECTAL:	☐ X
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)

--

III. - EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

CUADRO HEMATICO:	No Solicitado	No Solicitado
PARCIAL DE ORINA:	No Solicitado	No Solicitado
SEROLOGIA:	No Solicitado	No Solicitada
HEMOCLASIFICACION:	No Solicitado	No Solicitado
GLICEMIA:	Normal	75.00 mg/dl
COLESTEROL:	Normal	Total: 177.00 mg/dl

GRAVINDEX:	No Solicitado	No Solicitado
OPTOMETRIA:	Normal	Amétrope Corregido
VISIOMETRIA:	No Solicitado	No Solicitado
ESPIROMETRIA:	No Solicitado	No Solicitado
AUDIOMETRIA:	Normal	Normal
TRIGLICERIDOS:	Normal	45.00 mg/dl
KOH:	No Solicitado	No Solicitado

PRUEBA PSICOLOGICA APTO, PARCIAL DE ORINA NORMAL, PERFIL LIPIDICO NORMAL.

--

IV. - DIAGNOSTICO DE INTERES CLINICO:

1	
2	

V. - PREVENCIÓN EN RIESGOS LABORALES:

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	Auditivo ☐	Visual ☐	Respiratorio ☐	Ergonomico ☐
	Dermatologico ☐	Cardiovascular ☐	Otros ☐	
	ESPECIFIQUE: _____			

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

VI. - DIAGNOSTICO DE INTERES OCUPACIONAL:

1	[CIE10 No.Z100]:EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL
2	MIOPIA
3	
4	
5	
6	

EXÁMENES REALIZADOS: Se Realizaron los siguientes exámenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, AUDIOMETRIA OCUPACIONAL, OPTOMETRIA, PERFIL LIPIDICO COMPLETO, GLICEMIA EN SANGRE, CUADRO HEMATICO, PARCIAL DE ORINA , PRUEBA PSICOLOGICA .

DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL: Apto para el cargo..

RESTRICCIONES: Ninguna para el Cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES: CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA EPS Y USO DE FORMULA OPTICA SEGUN INDICACIONES. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS EN SITIO DE TRABAJO AL MENOS CADA 1 HORA POR 5 MINUTOS, CON ESTIRAMIENTO DE EXTREMIDADES Y TRONCO, RELAJACION E HIDRATACION. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL INDICADOS POR LA EMPRESA. CUMPLIR ACTIVIDADES DE SST DE LA EMPRESA. AJUSTES EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE: DIETA BAJA EN GRASA Y CARBOHIDRATOS, EJERCICIO AEROBICO AL MENOS 3 VECE SPOR SEMANA.

VII. - CLASIFICACION DE APTITUD:

OBJETIVO VALORACION: Ingreso

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

Wed Jan 2024 01/17/24 14:39:30

Jhonathan Orlando Barrera Arciniegas - C.C.
1049622905 / RM: Licencia 000341 de 2019

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

Firma del Paciente o Responsable

Wed Jan 2024 01/17/24 07:15:19



Indice Derecho



CLIPSALUD IPS S.A.S

Nit: 900304743-4

4A-56 FLORENCIA CAQUETA PBX: 4355072- 4347315 CEL: 3175176395
BARRIO PORVENIR - www.clipsalud.com

Nombre Paciente: Adriana Monsalve Castro

Identificacion

30508009

Codigo Unico Paciente:

1580

Empresa:

PARTICULAR/SENA

Fecha Nacimiento:

24/03/1982

Direccion:

CENTRO

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:		Estado Civil:	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Consulta	
65175	Femenino	41	Años	Soltero	Postgrado	FLORENCIA	17/01/2024 07:29:43	
Objetivo:	Ingreso		E.P.S.:	NUEVA EPS	A.R.L.:	POSITIVA	Cargo:	INSTRUCTORA
Contrato:				Clasificacion del Riesgo:		CLASE I	Estrato:	[1] - Bajo Bajo

EXAMEN OSTEOMUSCULAR

N = Normal AN = Anormal | PO = Positivo NEG = Negativo

- 1. CONSTITUCION** PLEOMORFICO: ☐ ENDOMORFICO: ☐ ECTOMORFICO: ☐
- 2. POSTURA** NORMAL: ☒ ASIMETRICA: ☐
- 3. CURVATURA COLUMNA** NORMAL: ☒ NO: ☐
- 4. MARCHA** NATURAL: ☒ RIGIDEZ: ☐ COJERA: ☐
- 5. PROPIOCEPCION Y COORDINACION L5-S:** NORMAL: ☒ ANORMAL: ☐
- 6. PALPACION**
- a. APOFISIS ESPINOSAS: NORMAL: ☒ ANORMAL: ☐
- b. LIGAMENTO SUPRAESPINOSO: NORMAL: ☒ ANORMAL: ☐
- b. LIGAMENTO INTERESPINOSO: NORMAL: ☒ ANORMAL: ☐
- d. MUSCULOS PARAESPINALES: NORMAL: ☒ ANORMAL: ☐

7. PERCUSION

EXAMEN FUNCIONAL

FLEXION

GRADO I: ☐ GRADO II: ☐ GRADO III: ☒ GRADO IV: ☐

PRUEBA DE SCHOBER MAYOR DE 5 CMS (N): ☒ MENOS DE 5 CMS: ☐

EXTENSION

INCLINACION LATERAL

ROTACION Y FLEXION NORMAL: ☒ ANORMAL: ☐

PRUEBA DEL ARCO DE FORESTIER RELAJACION PV: ☒ CONTRACTURA PV: ☐

CUNCLILLAS

ARTICULACION CADERAS, RODILLAS Y PIES: NORMAL: ☒ ANORMAL: ☐

ESCOLIOSIS: SI: ☐ NO: ☒

MUSCULOS ABDOMINALES SUPERIORES: TONO NORMAL: ☒ DEBILIDAD: ☐

MUSCULOS ABDOMINALES INFERIORES: TONO NORMAL: ☒ DEBILIDAD: ☐

LONGUITUD REAL MIEMBROS INFERIORES:

LONGUITUD APARENTE:

PIERNA:

PERIMETRO EXTREMIDAD INFERIOR MUSLO:

PRUEBA LASEGUE:

POSITIVA: ☐

NEGATIVA: ☒

SENSIBILIDAD

DERMATOMA L1: ☒ N ☐ AN

DERMATOMA L4: ☒ N ☐ AN

DERMATOMA L5: ☒ N ☐ AN

DERMATOMA S1: ☒ N ☐ AN

DERMATOMA S2: ☒ N ☐ AN

DERMATOMA S3: ☒ N ☐ AN

FUERZA MUSCULAR (O - V)

PSOAS ILIACO: ☒ N ☐ AN

CUADRICEPS: ☒ N ☐ AN

TIBIAL ANTERIOR: ☒ N ☐ AN

EXTENSOR PPIO DEL PULGAR: ☒ N ☐ AN

ADUCTORES DE CADERA: ☒ N ☐ AN

GLUTEO MEDIANO: ☒ N ☐ AN

GLUTEO MAYOR: ☒ N ☐ AN

REFLEJOS

REFLEJO ROTULIANO: ☒ N ☐ AN

REFLEJO AQUILIANO: ☒ N ☐ AN

ARTICULACION SACROILIACA

FABERE: ☐ POS ☒ NEG

MANGO DE BOMBA: ☐ POS ☒ NEG

OBSERVACIONES:

Jhonathan Orlando Barrera Arciniegas - C.C.
1049622905 / RM: Licencia 000341 de 2019

Firma del Paciente o Responsable

Wed Jan 24 01:17:24 2024 07:15:19

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



Indice Derecho

Nombre: <u>Adriana Monsalve Castro</u> No. Identificacion: <u>30508009</u> Edad: <u>41 Años</u> Sexo: <u>Femenino</u>	Fecha: <u>17/01/2024 12:00:00 AM</u> SID-VISIO : 35388 Empresa: <u>PARTICULAR/SENA</u> <u>Particular</u> Cargo / Tipo: <u>INSTRUCTORA</u> <u>Ingreso</u>
---	--

Cargo: INSTRUCTORA Area: MISIONAL Antigüedad: INGRESO

A. Personales Visuales: No Refiere

A. Familiares Visuales: No Refiere

A. Ocupacionales Visuales: No refiere

Exposicion Laboral Visual: No refiere Antecedentes de Exposicion Laboral

Usa Anteojos: ☒ Si ☐ No Bifocal: ☐ Si ☒ No LDC: ☐ Si ☒ No

Tipo de Uso : Lejos Trae Rx: ☒ Si ☐ No

Ultimo Examen: 3 MESES Ultimo Diagnostico: MIOPIA



RX EN USO TIPO DE LENTE: MONOFOCAL

OD: -1,00

AV:

OI: -1,00

AV:

Sintomatologia: VISION BORROSA DE LEJOS

II. AGUDEZA VISUAL

Agudeza Visual	Con Correcion		Sin Correcion		PH
	V. LEJANA	V. PROXIMA	V. LEJANA	V. PROXIMA	
Snellen Numeros	O.D.: 20/20	1.25M	O.D.: 20/40	0.5M	O.D.: 
	O.I.: 20/20	1.25M	O.I.: 20/50	0.5M	O.I.: 
	A.O.: 20/20	1.25M	A.O.: 20/40	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: Normal

Observaciones

Motilidad

Ocular:

V. OFTALMOSCOPIA

OD: SANO

OI: SANO

OTROS: Ninguno

VI. QUERATOMETRIA

OD: _____ ME: _____
OI: _____ ME: _____

VII. RETINOSCOPIA

Refraccion: ESTATICA

OD: -1,00 AV: 20/20

OI: -1,00 AV: 20/20

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	-1,00		°	20/20
	IZQUIERDO	-1,00		°	20/20
CERCA	DERECHO	+1,25		°	0,5
	IZQUIERDO	+1,25		°	0,5
PROXIMO CONTROL:					
TIPO DE LENTE: <u>PROGRESIVO</u>					
CLASE DE FILTRO: <u>ANTIRREFLEJO</u>					

Clasificación: Amétrope Corregido

Conducta: PROBLEMA DE REFRACCION INADECUADAMENTE CORREGIDO EN OJO IZQUIERDO Y OJO DERECHO.

Impresion Diagnostica: MIOPIA EN OJO IZQUIERDO Y OJO DERECHO.

Observaciones: PAUSAS ACTIVAS, USO DE LENTES PROGRESIVOS, USO CORRECCION OPTICA PERMANENTE.

Gloria Leonor Espinosa

Evaluador: Gloria Leonor Espinosa Gonzales / 0372-Especialista en
Sal Jan 2024 01/13/24 SST- Res. No. 0052

[Firma]

FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE



Indice Derecho



Nombre: ADRIANA MONSALVE CASTRO SID : 30158
 No. Identificacion: 30508009
 Edad: 41 Años Sexo: Femenino
 Nro. Ordenamiento: 73140 Página 1 de 1

Fecha de Recepcion: 17/01/2024 07:18:34
 Fecha de Impresion: 18/01/2024 05:16:34 pm
 Entidad: PARTICULAR/SENA
 Solicitante: A QUIEN CORRESPONDA

Examen	Resultado	Unidad Medida	Valor Biologico de Referencia
--------	-----------	---------------	-------------------------------

1. PERFIL LIPIDICO

COLESTEROL TOTAL	177.00	mg/dl	0-199 mg/dl
COLESTEROL HDL	48.00	mg/dl	Alto riesgo de enfermedad coronaria: Menor de 40 mg/dl - Negativo para riesgo de enfermedad coronaria: Mayor de 60 mg/dl
TRIGLICERIDOS	45.00	mg/dl	0 - 150 mg/dl
COLESTEROL VLDL	9	mg/dl	0 - 40 mg/dl
COLESTEROL LDL	120	mg/dl	0 - 129 mg/dl
FACTOR DE RIESGO CORONARIO	3.7		0 - 5.7

2. GLICEMIA

Metodo: Espectrofotometria

75.00 mg/dl Niños: 60 - 100 mg/dl - Adultos: 70- 110 mg/dl

ANDREA CRUZ
 Validado: ANDREA DEL PILAR CRUZ
 BACTERIOLOGA - Bacteriologa Univ.

3. PARCIAL DE ORINA

EXAMEN FISICOQUIMICO

Aspecto	TURBIO	
Color	AMARILLO	
Densidad	1020	
pH	6.0	
Proteinas	NEGATIVO	mg/dl
Glucosa	NEGATIVO	mg/dl
Cetonas	NEGATIVO	
Hemoglobina	NEGATIVO	
Bilirrubinas	NEGATIVO	
Urobilinogeno	NORMAL	mg/dl
Leucocitos	++	
Nitritos	NEGATIVO	

SEDIMENTO

Celulas del tracto bajo	6-8	XC
Leucocitos	18-20	XC
Bacterias	++	XC
Moco	+	XC

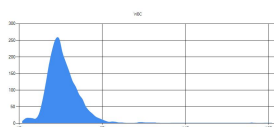
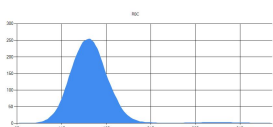
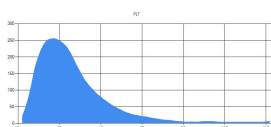
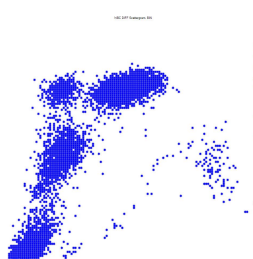
VANESSA
 Validado: JULIETH VANESSA MORTAL
 AUXILIAR DE ENFERMERIA - AUX

*** NOTAS IMPORTANTES ***

Información: Exámenes Pendientes CUADRO HEMATICO.

Order No.:	10058609	Fecha Ingreso:	2024-01-17 10:32:04
Paciente:	ADRIANA MONSALVE CASTRO	Fecha Impresión:	2024-01-17 11:09:03.
Identificación:	CC 30508009	Edad/Sexo:	41 / F
Convenio:	CLIPSALUD SAS	Teléfono:	3166196091
Médico:	MEDICOS VARIOS	Sede:	LABORATORIO CLINICO FAMI - SEDE

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA	
HEMATOLOGIA				
HEMOGRAMA				
Recuento de Leucocitos	6.10	x10^3mm^3	4.0 -	10.0
% Neutrofilos	57.8	%	55.0 -	65.0 %
% Linfocitos	32.7	%	25.0 -	38.0 %
% Monocitos	6.9	%	3.0 -	6.0 %
% Eosinofilos	2.2	%	2.0 -	4.0 %
% Basofilos	0.4	%	0.0 -	1.0 %
# Neutrofilos	3.54	x10^3mm^3	2.0 -	7.50
# Linfocitos	1.99	x10^3mm^3	1.0 -	4.00
# Monocitos	0.42	x10^3mm^3	0.20 -	1.00
# Eosinofilos	0.13	x10^3mm^3	0.0 -	0.50
# Basofilos	0.02	x10^3mm^3	0.0 -	0.20
Recuento de Eritrocitos	4.39	x10^6/mm^3	3.80 -	5.80
Hemoglobina	12.6	g/dl	H.14.0-17.0	Muj. 11.8-15.0
Hematocrito	38.4	%	H.42.0-48.0	Muj. 38.0-44.0
Volumen Corpuscular Medio	87.5	um^3	80 -	90 um^3
HB Corpuscular Media	28.8	pg	26.0 -	30.0 pg
Concentración HB Corpucular Media	32.9	g/dl	31.0 -	34.0 g/dl
Ancho Distribución Eritrocitaria	12.5	%	12.0 -	16.0 %
Recuento de Plaquetas	352	x10^3/mm^3	150 -	450
Volumen Plaquetario Medio	10.2	um^3	6.0 -	15.0 um^3
Ancho de Distribución Plaquetas	15.7	%	11.0 -	18.0 %
Plaquetocrito	0.359	%	.150 -	.500 %



Jenifer Alcazar

JENIFER PAOLA ALCAZAR
 BACTERIOLOGA
 T.P. 00071

Validación 17/01/2024 11.06

---COPIA---

Nombre: Adriana Monsalve Castro	Fecha: 17/01/2024	SID-AUDIO : 28905
No. Identificacion: 30508009	Empresa: PARTICULAR/SENA	Particular
Edad: 41 Años	Sexo: Femenino	Cargo / Tipo: INSTRUCTORA
		Ingreso

I. Antecedentes de Exposición Laboral al Ruido

Cargo Actual:	<u>INSTRUCTORA</u>	Tiempo de Servicio:	<u>NO APLICA</u>
Ruido Laboral:	<u>Ninguno</u>	Proteccion Auditiva:	<u>Ninguna</u>
Cargo Anterior:	<u>INSTRUCTORA</u>	Tiempo Servicio:	<u>9 AÑOS PAROX</u>
Empresa:	<u>PARTICULAR/SENA</u>	Ruido Laboral:	<u>Ninguno</u>
Proteccion Auditiva Utilizada:	<u>Ninguna</u>		
Ultimo Examen de Audiometria:	<u>HACE 3 AÑOS APROX</u>		
Reporte Ultimo Examen:	<u>NORMAL</u>		

II. Actividades Extralaborales con Exposición 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 Otológicos

Otalgia:	Si	☐	No	☒	Otitis:	Si	☐	No	☒
Otorrea:	Si	☐	No	☒	Cirugías de Oído:	Si	☐	No	☒
Acufenos / Tinnitus	Si	☐	No	☒	Hipoacusia:	Si	☐	No	☒
Vertigo:	Si	☐	No	☒	Rinitis:	Si	☐	No	☒
Sensación de Oídos Tapados	Si	☐	No	☒	Sinusitis:	Si	☐	No	☒
Infecciones:	Si	☐	No	☒	Alteraciones Vías Respiratorias:	Si	☐	No	☒
Tapón 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

Morbilidad al Ruido:

Al Conversar solicita repetir con frecuencia:

Si ☐
No ☒

El Ruido le Molesta:

Si ☐
No ☒

Debe Aumentar el Volumen del TV / Radio:

Si ☐
No ☒

Le causa Dolor de Cabeza:

Si ☐
No ☒

Otras: No refiere

Le produce mal Genio:

Si ☐
No ☒

Le produce Desmotivacion:

Si ☐
No ☒

Interfiere su concentracion:

Si ☐
No ☒

OTOSCOPIA

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

Reposo Auditivo: Si ☒ No ☐ Horas Reposo: 7 HORAS

Descripcion: NORMAL

Audiocups: ☒

Equipo: MAICO MA 42

Fecha Calibracion: 7/03/2023

Cabina: ☒



OIDO DERECHO VIA AEREA

	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
-10							
-5							
0							
5							
10							
15							
20							
25							
30							
35							
40							
45							
50							
55							
60							
65							
70							
75							
80							
85							
90							
95							
100							
105							
110							

OIDO IZQUIERDO VIA AEREA

	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
-10							
-5							
0							
5							
10							
15							
20							
25							
30							
35							
40							
45							
50							
55							
60							
65							
70							
75							
80							
85							
90							
95							
100							
105							
110							

UMBRALES AUDITIVOS VIA AEREA

dB	Hz								PROMEDIO TONOS PUROS (dB)	
	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000		
Oido Derecho	20	20	20	20	20	20	20	20	20	dB
Oido Izquierdo	20	20	20	20	20	20	20	20	20	dB

UMBRALES AUDITIVOS VIA OSEA

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

Impresion SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFERICA BILATERAL NORMAL

Fonoaudiologica

Grado de Audición: **Normal**

Impresion [CIE10-Z011]:EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION

Diagnostica

Clasificacion Larsen Normal

Ocupacional:

Recomendaciones: NORMAS DE CUIDADO E HIGIENE AUDITIVA

Conducta: Valoracion por O.R.L. ☐

Audiometria Clinica: ☐

Limpieza Otica Bilateral: ☐ O.I.: ☐

O.D.: ☐

E.P.P. Auditiva:

Copa: ☐ Insercion: ☐ Doble Proteccion.: ☐

Conducir con ☐

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

Ventanilla Cerrada:

Thu Jan 2024 01/11/24 07:2:38

Wed Jan 2024 01/17/24 07:15:19



Evaluador: CRISTIAN MATEO MORA
ALVAREZ / TP 05803

FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE

Indice Derecho



Nombre: ADRIANA MONSALVE CASTRO

Edad: 41 AÑOS

17 DE ENERO 2024

El área intuitiva (Valor AMOR) es la más importante para ADRIANA MONSALVE CASTRO. El área menos importante es la emocional (Valor PAZ).

El valor verdad está dentro de la norma de la población. La parte intelectual de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como veracidad, raciocinio, curiosidad y honestidad intelectual.

El valor rectitud recibe una calificación dentro de lo esperado. La parte física de sus valores se muestra equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como compromiso, confiabilidad, deber, cumplir metas, respeto, responsabilidad y sacrificio.

La valoración de la paz no es tan prioritaria. La parte emocional de sus valores es puesta en segundo plano, dándole un poco menos importancia a cualidades como calma, concentración, paciencia, reflexión, satisfacción, y silencio interior.

El valor amor le impacta dentro de la norma del grupo. La parte intuitiva de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como amabilidad, amistad, ayuda, apoyo, compartir, compasión, cuidado, perdón, simpatía y tolerancia.

El valor no violencia está dentro de lo normal. La parte espiritual de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como amor universal, aprecio por las demás culturas y creencias, hermandad, justicia social y unidad humana.

FERNANDA PRIETO MONTEALEGRE
Psicóloga
T.P 199882



CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CIRCULAR NO 3-2023-0000014

Certifico que el señor contratista: ADRIANA MONSALVE ; identificado con cédula de ciudadanía N° 30508009 cumple con los documentos del perfil solicitado en la circular 3-2023-0000014: “Exámenes pre ocupacionales para contratos de prestación de servicios personales emitido por la secretaría general”.

CÉDULA	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE CONTRATACIÓN	EXÁMENES PREEMPLO	CUMPLE
3508009	ADRIANA MONSALVE	Contratista	SI	SI

Se diligencia a los 18 días del mes de SEPTIEMBRE de 2024.

Cordialmente,


Jhonathan Barrera A.
Medico General - R.M. 1049622905
Medico Ocupacional
Lic. 00341

JHONATHAN BARRERA ARCINIEGAS
MEDICINA PREVENTIVA REGIONAL
CAQUETA - SENA

Regional Caquetá/Centro Tecnológico de la Amazonía Dirección Cr 7 No. 7 - 08 piso 2
B/ la estrella, Florencia PBX 57 601 5461500



Hace constar:

Que el Sr(a) ADRIANA MONSALVE CASTRO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 30508009 realizó el día 09/10/2024 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, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo ADRIANA MONSALVE CASTRO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 30508009 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) ADRIANA MONSALVE CASTRO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 30508009 el día 11/10/2024 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



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, **ADRIANA MONSALVE CASTRO** identificado con **CC No. 30508009**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	Fecha de inicio de cobertura: 04/10/2024 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 03/10/2024 Fecha fin de Contrato: 13/12/2024 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 2

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): 202401020666260.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 25 días del mes de octubre de 2024.

Cordialmente,

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

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

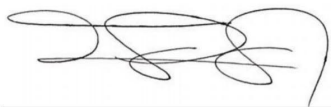
Que nuestro(a) cliente ADRIANA MONSALVE CASTRO, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 30,508,009 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 364407221 aperturada el 1 de febrero de 2019 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 24 de septiembre de 2024.

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

Cuenta de 10 dígitos:	0364407221
Cuenta de 16 dígitos:	0364000200407221
Cuenta de 20 dígitos:	00130364000200407221

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

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

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS
5607971537**

PÓLIZA No: 560 - 47 - 994000183066 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: **NEIVA**

COD. AGENCIA: **560** RAMO: **47**

TIPO DE MOVIMIENTO: **EXPEDICION**

TIPO DE IMPRESIÓN: **IMPRESION**

DIA MES AÑO
03 10 2024
FECHA DE EXPEDICIÓN

DIA MES AÑO
03 10 2024
FECHA DE IMPRESIÓN

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE: **ADRIANA MONSALVE CASTRO**

IDENTIFICACIÓN: CC **30.508.009**

DIRECCIÓN: **CL 48 A SUR 88 C 10**

CIUDAD: **BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL**

TELÉFONO: **3166196091**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA - REGIONAL CAQUETA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**

BENEFICIARIO: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA - REGIONAL CAQUETA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

DESCRIPCION AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
CONTRATO CUMPLIMIENTO	03/10/2024	13/04/2025	1,260,094.30

BENEFICIARIOS
NIT 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA - REGIONAL CAQUETA

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS:

*****OBJETO DE LA GARANTIA*****

EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DE CONTRATO POR PRESTACION DE SERVICIOS NO. C01.PCCNTR.6851030, CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, EN ACTIVIDADES DE INSTRUCTOR DEL ÁREA, APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD, IMPARTIENDO FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, LA ADMINISTRACIÓN EDUCATIVA Y EL SEGUIMIENTO EN LA ETAPA PRODUCTIVA; EN LAS DIFERENTES ÁREAS DEL CONOCIMIENTO DE LA FORMACIÓN TITULADA PRESENCIAL, Y COMPLEMENTARIA Y A DISTANCIA EN LOS PROGRAMAS REGULAR QUE IMPARTE EL CENTRO TECNOLÓGICO DE LA AMAZONIA.

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *****1,260,094.30	VALOR PRIMA: \$ *****25,000	GASTOS EXPEDICION: \$ ****11,000.00	IVA: \$ *****6,840	TOTAL A PAGAR: \$ *****42,840
---	---------------------------------------	---	------------------------------	---

NOMBRE INTERMEDIARIO LEALI SEGUROS ZOMAC LTDA	CLAVE 9410	%PART 100.00	NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO
---	----------------------	------------------------	----------------------------------	-------	-----------------

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN: DECLARO CONOCER Y ESTAR INFORMADO QUE LOS CANALES QUE A CONTINUACIÓN SE RELACIONAN, CUYOS DATOS VERACES Y FIDELIGNOS HE SUMINISTRADO VOLUNTARIAMENTE EN EL PRESENTE DOCUMENTO, PUEDEN SER UTILIZADOS POR LA ASEGURADORA PARA REALIZAR GESTIONES DE COBRANZA, ASÍ COMO PARA EL ENVÍO DE MENSAJES PUBLICITARIOS A TRAVÉS DE MENSAJES CORTOS DE TEXTO (SMS), MENSAJERÍA POR APLICACIONES WEB, CORREOS ELECTRÓNICOS Y LLAMADAS TELEFÓNICAS DE CARÁCTER COMERCIAL O PUBLICITARIO, TODO DENTRO DEL MARCO LEGAL APLICABLE. DE ESTA MANERA, AUTORIZO EXPRESAMENTE PARA SER CONTACTADO POR LA ASEGURADORA Y/O SUS GESTORES COMERCIALES, DE COBRANZA E INTERMEDIARIOS, PARA LOS FINES MENCIONADOS EN LA PRESENTE DECLARACIÓN, MEDIANTE LOS CANALES DE: PRESENCIAL, LLAMADAS, CORREO ELECTRÓNICO Y EN ALGUNOS CASOS MENSAJES DE TEXTO Y WHATSAPP POR MEDIO DE GESTIÓN AUTOMÁTICA. EN CASO QUE DESEE CAMBIAR EL CANAL DE CONTACTO O TENER UN CANAL EXCLUSIVO PARA LA GESTIÓN DE COBRANZA, POR FAVOR INFORMAR AL CORREO ELECTRÓNICO: GESTIONDECARTERA@SOLIDARIA.COM.CO, PARA FINES COMERCIALES POR FAVOR INFORMAR AL CORREO GESTIONCOMERCIAL@SOLIDARIA.COM.CO Y PARA MODIFICAR O ACTUALIZAR SUS DATOS DE CONTACTO POR FAVOR INGRESAR A: <https://www.solidaria.com.coww.digitalclient/#login>

MEDIANTE LA SOLICITUD Y CONTRATACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO, USTED EN CALIDAD DE TITULAR(ES) DE LA INFORMACIÓN; DE MANERA LIBRE, EXPRESA, VOLUNTARIA E INFORMADA, AUTORIZA A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA O A LA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A QUIEN ESTE ENCARGUE, A RECOLECTAR, ALMACENAR, UTILIZAR, CIRCULAR, SUPRIMIR Y EN GENERAL, A REALIZAR CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO A LOS DATOS PERSONALES POR USTED SUMINISTRADOS, PARA TODOS AQUELLOS ASPECTOS INHERENTES A LAS ACTIVIDADES COMERCIALES Y PROMOCIONALES, Y CUALQUIER OTRO RELACIONADO CON EL DESARROLLO DEL OBJETO SOCIAL PRINCIPAL DEL REFERIDA SOCIEDAD, LO QUE IMPLICA EL USO DE LOS DATOS EN ACTIVIDADES DE MERCADEO, PROMOCIÓN Y DE SER EL CASO, CUANDO LA ACTIVIDAD COMERCIAL LO REQUIERA, LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN DE LOS MISMOS A UN TERCERO (INCLUYENDO TERCEROS PAÍSES), BAJO LOS PARÁMETROS DE LA LEY 1581 DE 2012, DECRETO 1074 DE 2015 Y DEMÁS NORMATIVIDAD VIGENTE QUE REGULE LA MATERIA. EN TODO CASO, ASEGURADORA SOLIDARIA GARANTIZA LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD, PRIVACIDAD Y DEMÁS PRINCIPIOS QUE IMPLIQUEN EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ACORDE CON LA LEGISLACIÓN APLICABLE. ESTA AUTORIZACIÓN SE MANTENDRÁ POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DEL VÍNCULO O LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA SOCIEDAD RESPONSABLE, CONFORME LO ESTABLECIDO EN SUS MANUALES Y POLÍTICAS. IGUALMENTE DECLARO QUE HE CONOCIDO LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DISPONIBLE EN: <https://aseguradorasolidaria.com.co/ENLACES-DE-INTERES/POLITICA-DE-PRIVACIDAD.ASPX>

LAS CONDICIONES GENERALES DE SU PÓLIZA SE PUEDEN DESCARGAR DE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.SOLIDARIA.COM.CO EN LA OPCIÓN SEGUROS - TU RESPALDO - SEGUROS PATRIMONIALES. ASEGURADORA SOLIDARIA PENSANDO EN SU TRANQUILIDAD, LO INVITA A VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA INGRESANDO A NUESTRA PÁGINA WEB WWW.SOLIDARIA.COM.CO EN LA OPCIÓN SERVICIOS - CONSULTA PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)00000000007000560797153

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá
CBDE207F0608FD7B5C

CLIENTE

RECIBO DE CAJA No. 560192625



AGENCIA NEIVA	TRANSACCIÓN Nro. 560317906	FECHA DE RECAUDO 03/10/2024	TIPO PAGADOR ASEGURADO
NOMBRE PAGADOR MONSALVE CASTRO ADRIANA			C.C o NIT 30508009
TOMADOR PÓLIZA MONSALVE CASTRO ADRIANA			
DETALLE DE PAGO PAGO POLIZA DE CUMP. ENT. ESTATALES 994000183066 - NRO. ELECTRÓNICO 5607971537			
VALOR EN LETRAS (en Pesos) CUARENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS CUARENTA PESOS			VALOR RECIBO \$ 42,840.00
PAGO PÓLIZA DE CUMP. ENT. ESTATALES 994000183066 - ANEXO 0 AGENCIA NEIVA, TOMADOR PÓLIZA: CC-30508009 MONSALVE CASTRO ADRIANA . VALOR PAGADO \$ 42,840.00 RELACIONADO CON EL NRO. DE RECIBO 560317906			


FIRMA RECIBIDO PAGO

RECIBO GENERADO POR: LEALI SEGUROS ZOMAC LTDA

CAPITULO 1 AMPAROS Y EXCLUSIONES

1. AMPAROS

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, A TRAVÉS DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO SIN EXCEDER EL VALOR ASEGURADO, COBERTURA PARA LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARATULA DE LA PRESENTE PÓLIZA, DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 1088 DEL CÓDIGO DE COMERCIO SEGÚN EL CUAL EL CONTRATO DE SEGURO ES DE MERA INDEMNIZACIÓN Y JAMÁS PODRÁ SER FUENTE DE ENRIQUECIMIENTO. ESTA PÓLIZA CUBRE LOS PERJUICIOS DIRECTOS CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES DE LA PRESENTE PÓLIZA, EN SU ALCANCE Y CONTENIDO, SEGÚN LAS DEFINICIONES QUE EN ADELANTE SE ESTIPULAN:

LA COBERTURA DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO O SUS ANEXOS NO CONSTITUYE UNA FIANZA, NI ES SOLIDARIA, NI INCONDICIONAL, SU EXIGIBILIDAD ESTÁ CONDICIONADA A LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y LA DEMOSTRACIÓN DE LA CUANTÍA. EL AMPARO ESTA CIRCUNSCRITO A LOS PERJUICIOS CAUSADOS POR EL INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA SIEMPRE QUE EL MISMO SE AJUSTE AL VALOR ASEGURADO, VIGENCIA DE LAS COBERTURAS Y EXCLUSIONES, Y LA RECLAMACIÓN SE EFECTÚE DENTRO DE LOS TÉRMINOS SEÑALADOS EN EL ART. 1081 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA

LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUBRIRÁ A LA ENTIDAD ESTATAL POR LA IMPOSICIÓN DE SANCIONES AL PROPONENTE DERIVADAS DEL INCUMPLIMIENTO DE LA OFERTA, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

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

1.1.2 LA NO AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE OFERTA CUANDO EL TÉRMINO PREVISTO EN LOS PLIEGOS PARA LA ADJUDICACIÓN O PARA LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO SE PRORROGUE, SIEMPRE Y CUANDO ESAS PRÓRROGAS NO EXCEDAN EL TÉRMINO DE TRES (3) MESES.

1.1.3 LA FALTA DE OTORGAMIENTO POR PARTE DEL PROPONENTE SELECCIONADO, DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO EXIGIDA POR LA ENTIDAD PARA AMPARAR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATO.

1.1.4 EL RETIRO DE LA OFERTA DESPUÉS DE VENCIDO EL TÉRMINO FIJADO PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS PROPUESTAS.

1.2 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO

EL AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE DE LOS PERJUICIOS DIRECTOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DE LAS OBLIGACIONES NACIDAS DEL CONTRATO, ASÍ COMO DE SU CUMPLIMIENTO TARDÍO O DE SU CUMPLIMIENTO DEFECTUOSO, CUANDO ELLOS SON IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO, LOS DAÑOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA POR ENTREGAS PARCIALES DE LA OBRA, CUANDO EL CONTRATO NO PREVÉ ENTREGAS PARCIALES, ADEMÁS DE ESOS RIESGOS, ESTE AMPARO COMPRENDERÁ EL PAGO DEL VALOR DE LAS MULTAS Y DE LA CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA QUE SE HAYAN PACTADO EN EL CONTRATO GARANTIZADO.

1.3 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN AL ANTICIPO

EL AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, DE LOS PERJUICIOS SUFRIDOS CON OCASIÓN DE (I) LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO, (II) EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO Y (III) LA APROPIACIÓN INDEBIDA QUE EL CONTRATISTA GARANTIZADO HAGA DE LOS DINEROS O BIENES QUE SE LE HAYAN ENTREGADO EN CALIDAD DE ANTICIPO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO. CUANDO SE TRATE DE BIENES ENTREGADOS COMO ANTICIPO, ÉSTOS DEBERÁN TASARSE EN DINERO EN EL CONTRATO.

LA GARANTÍA DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO DEBE ESTAR VIGENTE HASTA LA LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO O HASTA LA AMORTIZACIÓN DEL ANTICIPO, DE ACUERDO CON LO QUE DETERMINE LA ENTIDAD ESTATAL. EL VALOR DE LA GARANTÍA COMPRENDERÁ EL 100% DE LA SUMA ESTABLECIDA COMO ANTICIPO, YA SEA EN DINERO O EN ESPECIE.

1.4 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGOS ANTICIPADOS

EL AMPARO DE DEVOLUCIÓN DEL PAGO ANTICIPADO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE DE LOS PERJUICIOS SUFRIDOS POR LA NO DEVOLUCIÓN TOTAL O PARCIAL, POR PARTE DEL CONTRATISTA, DE LOS DINEROS QUE LE FUERON ENTREGADOS A TÍTULO DE PAGO ANTICIPADO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR. LA GARANTÍA DE

PAGO ANTICIPADO DEBE ESTAR VIGENTE HASTA LA LIQUIDACION DEL CONTRATO O HASTA QUE LA ENTIDAD ESTATAL VERIFIQUE EL CUMPLIMIENTO DE TODAS LAS ACTIVIDADES O LA ENTREGA DE TODOS LOS BIENES O SERVICIOS ASOCIADOS AL PAGO ANTICIPADO, DE ACUERDO CON LO QUE DETERMINE LA ENTIDAD ESTATAL. EL VALOR DE LA GARANTIA COMPRENDERA EL 100% DEL MONTO PAGADO DE FORMA ANTICIPADA, YA SEA ESTE EN DINERO O EN ESPECIE.

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

EL AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES, CUBRIRÁ A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE OCASIONEN COMO CONSECUENCIA DEL INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES LABORALES A QUE ESTE OBLIGADO EL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADAS DE LA CONTRATACION DEL PERSONAL UTILIZADO PARA LA EJECUCION DEL CONTRATO AMPARADO EN EL TERRITORIO NACIONAL.

ESTA GARANTIA NO SE APLICARA PARA LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL POR PERSONAL CONTRATADO BAJO UN REGIMEN JURIDICO DIFERENTE AL COLOMBIANO.

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA

EL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA, CUBRIRÁ A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS POR CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, IMPUTABLE AL CONTRATISTA, SUFRIDO POR LA OBRA ENTREGADA A SATISFACCIÓN.

PARAGRAFO: LA COBERTURA DEL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA INICIA SU VIGENCIA A PARTIR DEL RECIBO A SATISFACCION DE LA OBRA POR PARTE DE LA ENTIDAD CONTRATANTE.

1.7 CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADOS

EL AMPARO DE CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADOS CUBRIRÁ A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE DE LOS PERJUICIOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO, (I) DERIVADOS DE LA MALA CALIDAD O DEFICIENCIAS TÉCNICAS DE LOS BIENES O EQUIPOS POR EL SUMINISTRADOS, DE ACUERDO CON LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO O (II) POR EL INCUMPLIMIENTO DE LOS PARÁMETROS O NORMAS TÉCNICAS ESTABLECIDAS PARA EL RESPECTIVO BIEN O EQUIPO, UNA VEZ SEAN RECIBIDOS POR LA ENTIDAD.

1.8 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

EL AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE DE LOS PERJUICIOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO QUE SE DERIVEN DE (I) LA MALA CALIDAD O INSUFICIENCIA DE LOS PRODUCTOS ENTREGADOS CON OCASIÓN DE UN CONTRATO DE CONSULTORÍA, O (II) DE LA MALA CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO, TENIENDO EN CUENTA LAS CONDICIONES PACTADAS EN EL CONTRATO.

PARAGRAFO PRIMERO.

EN VIRTUD DE LO SEÑALADO EN 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 O DE LA RESPONSABILIDAD IMPUTABLE A LOS PARTICULARES, DERIVADOS DE UN PROCESO DE RESPONSABILIDAD FISCAL.

PARÁGRAFO SEGUNDO.

LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA SERÁN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA NO PODRÁ RECLAMAR O TOMAR EL VALOR DE UN AMPARO PARA CUBRIR O INDEMNIZAR EL VALOR DE OTROS. ESTOS NO SON ACUMULABLES Y SON EXCLUYENTES ENTRE SÍ.

PARÁGRAFO TERCERO.

ANTES DEL INICIO DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, SERA RESPONSABILIDAD DE LA ENTIDAD CONTRATANTE APROBAR LA GARANTIA. LA APROBACION COMPRENDERA LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA POLIZA.

2. EXCLUSIONES

LOS AMPAROS PREVISTOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO OPERARAN EN LOS SIGUIENTES CASOS:

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 EL USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A QUE ESTÉ OBLIGADA LA ENTIDAD CONTRATANTE.

2.4 EL DEMÉRITO O DETERIORO NORMAL QUE SUFRAN LOS BIENES ENTREGADOS CON OCASIÓN DEL CONTRATO

GARANTIZADO, COMO CONSECUENCIA DEL MERO TRANSCURSO DEL TIEMPO.

CAPITULO II - DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Para efectos de este contrato de seguro las expresiones o vocablos relacionados a continuación, tendrán el siguiente significado.

2.1 Tomador

Es la persona natural o jurídica que contrata el seguro y se hace responsable del pago de la prima y quien ha celebrado un contrato con la entidad estatal contratante, cuyas obligaciones se encuentran garantizadas con la presente póliza.

2.2 Asegurado

Es la entidad estatal contratante que por tener interés asegurable figura como tal en la carátula de la póliza.

2.3 Beneficiario

Es la entidad estatal contratante que ha sufrido un perjuicio amparado, o en el amparo de salarios el trabajador vinculado al contratista mediante contrato de trabajo.

2.4 Siniestro

Es la realización del riesgo asegurado por un hecho imputable al contratista, ocurrido durante la vigencia consignada en la carátula de la póliza, que ha causado un perjuicio indemnizable a la entidad estatal contratante.

2.5 Acto Administrativo

Es el medio a través del cual la entidad estatal en uso de su función administrativa manifiesta su voluntad encaminada a producir ciertos efectos jurídicos de carácter particular.

2.6 Acto Administrativo Ejecutoriado

Es la manifestación de la entidad estatal contratante que puede producir los efectos previstos en el acto, por haber cumplido con los requisitos establecidos del artículo 62 del código contencioso administrativo, y Aseguradora Solidaria de Colombia en calidad de garante ha ejercido su derecho a la defensa.

CAPITULO III - CONDICIONES APLICABLES A TODO EL CONTRATO

1. SUMA ASEGURADA

LA SUMA ASEGURADA DETERMINADA PARA CADA AMPARO EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA, DELIMITA LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA ASEGURADORA EN CASO DE SINIESTRO.

2. VIGENCIA

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA SE HARÁ CONSTAR EN LA CARÁTULA DE LA POLIZA Y/O EN SUS ANEXOS Y/O CERTIFICADOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA.

3. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA

DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DEBERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y ACREDITAR LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA, PREVIO AGOTAMIENTO DEL DERECHO DE AUDIENCIA DEL CONTRATISTA Y DEL GARANTE, DE LA SIGUIENTE FORMA:

3.1 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 LA ENTIDAD ESTATAL PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL, ADEMÁS DE LA DECLARATORIA DE CADUCIDAD, PROCEDERÁ A HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL O A CUANTIFICAR EL MONTO DEL PERJUICIO Y A ORDENAR SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO AL GARANTE. EL ACTO ADMINISTRATIVO DE CADUCIDAD CONSTITUYE SINIESTRO.

3.2 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 LA ENTIDAD ESTATAL, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL IMPONDRÁ LA MULTA Y ORDENARÁ SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO AL GARANTE. EL ACTO ADMINISTRATIVO CONSTITUYE SINIESTRO.

3.3 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 PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL DECLARARÁ EL INCUMPLIMIENTO Y CUANTIFICARÁ EL MONTO DE LA PÉRDIDA Y/O HARA EFECTIVA LA CLÁUSULA

PENAL, SI ELLA ESTÁ PACTADA Y ORDENARA SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO AL GARANTE.

4. REDUCCIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN

SI EL ASEGURADO O BENEFICIARIO, AL MOMENTO DE TENER CONOCIMIENTO DEL INCUMPLIMIENTO O CON POSTERIORIDAD A ÉSTE Y ANTERIOR AL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, FUERE DEUDOR DEL CONTRATISTA POR CUALQUIER CONCEPTO, SE APLICARÁ LA COMPENSACIÓN Y LA INDEMNIZACIÓN SE DISMINUIRÁ EN EL MONTO DE LAS ACREENCIAS, SEGÚN LA LEY, DE CONFORMIDAD CON LO SEÑALADO EN LOS ARTÍCULOS 1714 Y SUBSIGUIENTES DEL CÓDIGO CIVIL.

IGUALMENTE SE DISMINUIRÁ DEL VALOR DE LA INDEMNIZACIÓN EN EL DE LOS BIENES QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HAYA OBTENIDO DEL CONTRATISTA, JUDICIAL O EXTRAJUDICIALMENTE, EN EJERCICIO DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO CUYO CUMPLIMIENTO SE GARANTIZA CON LA PRESENTE PÓLIZA.

5. PAGO DEL SINIESTRO

LA ASEGURADORA PAGARÁ EL VALOR DEL SINIESTRO, ASÍ:

5.1. PARA EL CASO PREVISTO EN EL NUMERAL 3.1., DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE CON TAL FIN HAGA LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE PARA RECLAMAR EL PAGO, ACOMPAÑADA DEL ACTO ADMINISTRATIVO DEBIDAMENTE EJECUTORIADO Y DEL ACTA DE LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO O DE LA RESOLUCIÓN EJECUTORIADA QUE ACOJA LA LIQUIDACIÓN UNILATERAL.

5.2 PARA EL CASO DEL NUMERAL 3.2, DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE HAGA LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, ACOMPAÑADA DEL ACTO ADMINISTRATIVO DEBIDAMENTE 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 CUARTA DE ESTE CLAUSULADO O EN LA QUE CONSTE LA DISMINUCIÓN EN EL VALOR A INDEMNIZAR EN VIRTUD DE TAL COMPENSACIÓN.

PARAGRAFO.

LA ASEGURADORA PODRÁ OPTAR POR CUMPLIR SU PRESTACIÓN MEDIANTE EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN O CONTINUANDO LA EJECUCIÓN DE LA OBLIGACIÓN GARANTIZADA, DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1102 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

6. VIGILANCIA SOBRE EL CONTRATISTA EN LA EJECUCION DEL CONTRATO

LA ASEGURADORA TIENE DERECHO A EJERCER LA VIGILANCIA SOBRE EL CONTRATISTA EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, PARA LO CUAL LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE LE PRESTARÁ LA COLABORACIÓN NECESARIA.

7. SUBROGACION

EN VIRTUD DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN LA ASEGURADORA SE SUBROGA HASTA CONCURRENCIA DE SU IMPORTE, EN TODOS LOS DERECHOS QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE TENGA CONTRA EL CONTRATISTA.

LA ENTIDAD ESTATAL NO PUEDE RENUNCIAR EN NINGÚN MOMENTO A SUS DERECHOS CONTRA EL CONTRATISTA Y SI LO HICIERE PERDERÁ EL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN.

EL CONTRATISTA SE OBLIGA A REEMBOLSAR INMEDIATAMENTE A LA ASEGURADORA, LA SUMA QUE ÉSTA LLEGARE A PAGAR A LA ENTIDAD ESTATAL, CON OCASIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, INCREMENTADA CON LOS INTERÉSES MÁXIMOS LEGALES VIGENTES AL MOMENTO DEL REEMBOLSO, CALCULADOS DESDE QUE LA ASEGURADORA EFECTÚE EL PAGO RESPECTIVO, SIN NECESIDAD DE REQUERIMIENTOS PREVIOS.

8. CESION DEL CONTRATO

EN EL EVENTO QUE POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA EL ASEGURADOR RESOLVIERA CONTINUAR, COMO CESIONARIO, CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ESTUVIESE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA ACEPTA DESDE AHORA LA CESIÓN DEL CONTRATO A FAVOR DEL ASEGURADOR.

EN TAL EVENTO LAS PARTES SUSCRIBIRÁN EL CONTRATO CORRESPONDIENTE, Y ASEGURADORA SOLIDARIA PRESENTARÁ GARANTÍAS EN LOS TÉRMINOS EXIGIDOS POR LA LICITACIÓN O CONTRATO.

9. NO EXPIRACION POR FALTA DE PAGO DE PRIMA E IRREVOCABILIDAD

LA PRESENTE PÓLIZA NO EXPIRARÁ POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NI POR REVOCACIÓN UNILATERAL.

10. NOTIFICACIONES Y RECURSOS

LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE DEBERÁ NOTIFICAR A LA ASEGURADORA LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS ATINENTES A LA EFECTIVIDAD DE LA PÓLIZA, PREVIO AGOTAMIENTO DEL DERECHO DE AUDIENCIA DEL CONTRATISTA Y DEL GARANTE.

11. PROHIBICION DE LA TRANSFERENCIA

NO SE PERMITE HACER CESIÓN O TRANSFERENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA SIN EL CONSENTIMIENTO ESCRITO DE LA ASEGURADORA. EN CASO DE INCUMPLIMIENTO DE ESTA DISPOSICIÓN, EL AMPARO TERMINA AUTOMÁTICAMENTE Y LA ASEGURADORA SOLO SERÁ RESPONSABLE POR LOS ACTOS DE INCUMPLIMIENTO QUE HAYAN OCURRIDO CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE LA CESIÓN O TRANSFERENCIA.

12. COEXISTENCIA DE SEGUROS

EN CASO DE EXISTIR, AL MOMENTO DEL SINIESTRO, OTRO SEGURO DE CUMPLIMIENTO CON RELACIÓN AL MISMO CONTRATO, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN A QUE HAYA LUGAR, SE DISTRIBUIRÁ ENTRE LOS ASEGURADORES EN PROPORCIÓN A LAS CUANTÍAS DE SUS RESPECTIVOS SEGUROS, SIN QUE EXISTA SOLIDARIDAD ENTRE LAS ASEGURADORAS PARTICIPANTES Y SIN EXCEDER DE LA SUMA ASEGURADA BAJO EL CONTRATO DE SEGURO.

13. LLAMAMIENTO EN GARANTIA

CUANDO SE AMPAREN CONTRATOS EN LOS CUALES SE HA SUSCRITO CLAUSULA COMPROMISORIA, DE CONFORMIDAD CON O PREVISTO EN EL ARTÍCULO 37 DE LA LEY 1563 DE 2012, LA ASEGURADORA QUEDARA VINCULADA A LOS EFECTOS DEL MISMO.

14. PROCESOS CONCURSALES LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA SE OBLIGA A HACER VALER SUS DERECHOS DENTRO DE CUALQUIER PROCESO CONCURSAL O PRECONCURSAL O LOS PREVISTOS EN LA LEY 550 DE 1999, LEY 1116 Y SUS NORMAS COMPLEMENTARIAS, EN EL QUE LLEGARE A SER ADMITIDO EL CONTRATISTA GARANTIZADO, EN LA FORMA EN QUE DEBERÍA HACERLO SI CARECIESE DE LA GARANTÍA OTORGADA POR LA PRESENTE PÓLIZA, SUS CERTIFICADOS DE APLICACIÓN Y SUS AMPAROS, DANDO AVISO A LA ASEGURADORA DE TAL CONDUCTA.

15. PRESCRIPCIÓN LAS ACCIONES DERIVADAS DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, SE SUJETAN A LOS TÉRMINOS DE PRESCRIPCIÓN DISPUESTOS EN EL ARTÍCULO 1081 DEL CÓDIGO DE COMERCIO Y DEMÁS NORMAS QUE LO ADICIONEN Y/O MODIFIQUEN.

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


TOMADOR

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA