SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)
REGIONAL VALLE
CENTRO DE DISEÑO TECNOLOGICO INDUSTRIAL-VALLE - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1
Resolución DIAN Nº 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)

Código Regional	
Código Centro	9229
Fecha Elaboración	Setiembre de 20
Versión	JUNIO 2021 - 3,
ID de Proceso	06860-3890
No. de documento	2104

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: / Correo electrónico contratista:	JASMIN BOLIVAR CASTRO jbolcas@misena.edu.co	C.C.	57.432.981	IP/Nº de contacto	00
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	NO	Es declarante de renta? SI	Es Pensionado? NC
Sus Ingresos en el 2020 Superaron $49'849.000	NO	Inducción SST	SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ?	NO
Banco al cual consignar:	BANCO CAJA SOCIAL	Tipo de cta	AHORROS	Nº Cuenta	24016452734
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	NO	Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2021 supera los $ 119´806.000			NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	2777108/2021			Nº Compromiso SIIF	54021	
Valor Total del Contrato	$ 14.040.000	N ° Pago	Periodo objeto de pago			Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 14.040.000	1	Del	07/09/2021	Al 30/09/2021	$ 3.120.000,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 10.920.000		Legalización comisiones del periodo		$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)

Prestación temporal de servicios profesionales como instructor para impartir formación profesional, ejecutando las acciones d formación para el programa oferta regular 2021, en el Centro de Diseño Tecnológico Industrial BILINGUISMO

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.120.000		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383*	0,00
			Retencion en la Fuente del Periodo	$
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.120.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.839.225**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$**

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

	Setiembre	Agosto
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	———	9424164748
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1,248,000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 156.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 199,700	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL III	$ 30.500	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.161.856	$ 312.000	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 613.075	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

		TARIF
Valor Base retención en la fuente	1.839.225,00	
Valor Base retención en la fuente ICA	2.764.300,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	0,00	0,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-UCEVA	15.600,00	0,500%
Universidad del Pacifico	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 3.104.400,00**	

SON: TRES MILLONES CIENTO CUATRO MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Proceso de registro de la documentación requerida para la contratación y enrutamiento de la formación. Participación en jornadas de

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:

1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

JASMIN BOLIVAR CASTRO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

ANA LUCIA VELA VILLAMIL
COORDINADORA ACADÉMICA

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

aportes en línea

Comprobante Liquidación

enerales Del Aportante

ión de	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Correo Electrónico	Ciudad-Departamento	Celular
	BOLIVAR CASTRO JASMIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	bolivarjasmin@gmail.com	SANTA MARTA-MAGDALENA	3116826943

2 1 0 4

a	Dias de Mora	Valor Mora	Total a Pagar
17	0	$0	$1 1 C
10	0	$0	$164,100
11	0	$0	$164,100
12	0	$0	$164,100
13	0	$0	$164,100
14	0	$0	$164,100
17	0	$0	$164,100
18	0	$0	$164,100
19	0	$0	$164,100
10	0	$0	$164,100

Periodo Pensión: 2021-08 **Periodo Salud: 2021-08**

Riesgo	Administradoras	Afiliados	Total a Pagar
AFP	1	1	$92,100
COLPENSIONES		1	$92,100
EPS	1	1	$72,000
FOSYGA RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN		1	$72,000
SUBTOTAL			$164,100
COMISION OPERADOR			$0
IVA			$0
TOTAL			$164,100

de Pago

BANCARIOS	NO BANCARIOS
1 A Ma Banco de Occidente le Bogotá	Puntos autorizados de la red Via Monto máximo por transacción $1'000.000
	éxito Cajas registradoras de los almacenes Monto máximo por transacción $9.999.999

AGO 31 2021 18:16:10 REMICT 9.31
EXITO BUENAVISTA SANTA
CLL 32 29A-500
CORRESPONSAL
BANCO DE OCCIDENTE
C.UNICO: 001205613I TER: 00178047
C.BANC: 0023
ID CAJERO: 005729631?
RECIBO: 022136 RRN: 030239
APRO: 164763
RECAUDO
SERVICIO: 1506
FACTURA: 0000000000000009424164748
** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA
RECAUDO $ 164.100
BANCO DE OCCIDENTE es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros por su cuenta.
Para reclamos comuníquese al:
01 8000514652
CONSERVE ESTA TIRILLA COMO SOPORTE.
FECHA PLANILLA: 2021/08
VALOR PLANILLA: $ 164.100
VALOR COMISION: $ 0
VALOR IVA: $ 0
PAGO APLICADO EN MM/DD: 09/01
*** CLIENTE ***

ERALES DEL APORTANTE

ión	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
		BOLIVAR CASTRO JASMIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ V CA 14	SANTA MARTA-MAGDALENA	5555555	SI

ERALES DE LA LIQUIDACION

do	Clave		Tipo	Fecha		Pago			
Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
021-08		942416748	I	2021/09/17			0		

ON DETALLADA DE APORTES

MPLEADO		NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					
cación	Nombre		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC
PRINCIPAL (1 Afiliados)					$375,400	$92,100			$375,400	$72,000			$0	$0			$0	$0		
bajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$375,400	$92,100			$375,400	$72,000			$0	$0			$0	$0		
MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)					$375,400	$92,100			$375,400	$72,000			$0	$0			$0	$0		
1981	BOLIVAR JASMIN	X	25-14	19	$375,400	$92,100	MINOO2	19	$375,400	$72,000		0	$0	$0		0	$0	$0	0	
ados(1)					$375,400	$92,100			$375,400	$72,000			$0	$0			$0	$0		

ERALES DEL APORTANTE

ión	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
		BOLIVAR CASTRO JASMIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ V CA 14	SANTA MARTA-MAGDALENA	5555555	SI

ERALES DE LA LIQUIDACION

do	Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
021-08		942416748	I	2021/09/17			0	

I DE PAGO

	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
STRADORAS: 1)				1	$92,100	$0	$0	$92,100
IONES	25-14	900,336,004	7	1	$92,100	$0	$0	$92,100
STRADORAS: 1)				1	$72,000	$0	$0	$72,000
ÉGIMEN DE EXCEPCIÓN	MINOO2	901,037,916	1	1	$72,000	$0	$0	$72,000
				1	$164,100	$0	$0	$164,100

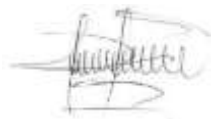
Colpensiones
Ven por tu futuro ya

El futuro es de todos
Gobierno de Colombia

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JASMIN BOLIVAR CASTRO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **57432981,** se encuentra afiliado/a desde **19/12/1989** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 31 de agosto de 2021.



Rosa Mercedes Niño Amaya Dirección de Afiliaciones

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

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14778011061

(415)7707212485984(8020) 000001477801106 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
5 7 4 3 2 9 8 1	1	Impuestos y Aduanas de Santa Marta	1 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	5 7 4 3 2 9 8 1	1 9 9 3 0 4 1 4

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BOLIVAR	CASTRO	JASMIN	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

41. Dirección principal: MZ V CA 14 URB VILLA DANIA

42. Correo electrónico: bolivarjasmin@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros																				Exportadoras					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10											55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						57. Modo			
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20													58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2021 - 08 - 14 / 10 : 39: 08

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

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

964. Nombre: BOLIVAR CASTRO JASMIN
965. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Scanned by TapScanner

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS

NIT. 800033723

CALLE 70 N 48 -56 3857980

INFORME MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

No CUENTA:497899

TIPO CERTIFICACION				
1. INGRESO [X]	2. PERIODICO [ ]	3. RETIRO [ ]	4. CONTROL [ ]	5. POST INCAPACIDAD [ ]
6. REUBICACION [ ]	7. CASO OCUPACIONAL [ ]	8. TRAB. EN ALTURAS [ ]	9. ESPACIOS CONFINADOS [ ]	10. MANIPULACION DE ALIMENTOS [ ]

DATOS DEL PACIENTE

FECHA: 13/08/2021	EMPRESA: PARTICULARES SO	
NOMBRE: JASMIN BOLIVAR CASTRO	DOC. IDENTIDAD: CC 57432981	
CARGO: INSTRUCTORA	EDAD: 48 AÑOS	

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS

1) EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO 2) VISIOMETRIA 3) AUDIOMETRIA

EXAMEN DE INGRESO

CONCEPTO	SI	NO
1. ENFASIS OSTEOMUSCULAR APTO	[X]	[ ]
2. APTO PARA EL REQUERIMIENTO DEL CARGO DE LA EMPRESA O CONTRATISTA	[X]	[ ]

CONCEPTOS GENERALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

1. VISUAL [X]	2. AUDITIVO [X]	3. RESPIRATORIO [ ]	4. CARDIOVASCULAR [X]	5. PSICOSOCIAL [ ]	6. ERGONOMICO [X]	7. OTROS [ ]

REMISIONES SI [X] NO [ ]	ARL SI [ ] NO [X]	EPS SI [X] NO [ ]

LUEGO DE INTERROGATORIO GENERAL SOBRE ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE ENFERMEDAD, HÁBITOS DE CONSUMO DE LICOR, DROGAS, ANTECEDENTES LABORALES, VISIOMETRIA, EXAMEN MÉDICO GENERAL Y OSTEOMUSCULAR, SE CONSIDERA SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO.

SE RECOMIENDA CUMPLIR NORMAS DE SEGURIDAD DEFINIDAS POR LA EMPRESA PARA EL CARGO, CAPACITACIÓN EN IDENTIFICACIÓN Y PREVENCIÓN DE RIESGO PÚBLICO Y PSICOSOCIAL, EDUCACIÓN EN USO ADECUADO DE LA VOZ, PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL CON ESTIRAMIENTO DORSO-LUMBAR Y ESTIRAMIENTO DE MUÑECAS PARA PREVENCIÓN DE LUMBALGIAS Y EL SÍNDROME DEL TUNEL CARPIANO.

LA FATIGA VISUAL ES TAMBIÉN UN FACTOR DE RIESGO IMPORTANTE Y LA SEQUEDAD OCULAR, SE RECOMIENDA DESCANSOS CADA HORA CON EJERCICIOS DE RELAJACIÓN VISUAL. ES IMPORTANTE AUMENTAR LA FRECUENCIA DEL PARPADEO OCULAR DE MANERA VOLUNTARIA DURANTE LA JORNADA LABORAL PARA EVITAR LA SINTOMATOLOGÍA DE OJO SECO.

IMPLEMENTAR DISMINUCIÓN EN EL CONSUMO DE GRASAS, HARINAS, DULCES, CONSUMO ABUNDANTE DE AGUA, EJERCICIO TIPO CAMINATA MÍNIMO 3 VECES POR SEMANA Y EVALUACIÓN POR NUTRICIONISTA EN SU EPS

SE SUGIERE SEGUIR LOS LINEAMIENTOS Y RECOMENDACIONES ESTABLECIDOS POR EL GOBIERNO NACIONAL Y AUTORIDADES COMPETENTES COMO MINISTERIO DE TRABAJO Y SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL PARA PREVENIR EL CONTAGIO Y PROPAGACION DEL COVID 19 TALES CON EL USO DE TAPABOCAS, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, LAVADO DE MANOS COMPLETA Y CONSTANTE.

Dr. Andrés Charris Borrego
MÉDICO ESPECIALISTA
SALUD OCUPACIONAL
Lic. 9389 - Univ. Norte

ANDRES MIGUEL CHARRIS BORREGO
CC 12634617
MEDICO OCUPACIONAL
TP. 12634617
RS. 12634617

JASMIN BOLIVAR CASTRO
CC 57432981
DECLARO QUE TODOS LOS DATOS REGISTRADOS CORRESPONDEN A LA VERDAD



CAPTURA BIOMETRICA

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS

HISTORIA CLINICA

PACIENTE: JASMIN BOLIVAR CASTRO	**IDENTIFICACION:** CC 57432981		**HC:** 57432981 - CC
FECHA DE NACIMIENTO: 25/1/1973	**EDAD:** 48 Años	**SEXO:** F	**TIPO AFILIADO:** Otro
RESIDENCIA: URB VILLA DANIA	MAGDALENA-SANTA MARTA		**TELEFONO:** 3116826943
NOMBRE ACOMPAÑANTE:	**PARENTESCO:**		**TELEFONO:**
FECHA INGRESO: 13/8/2021 - 10:52:53	**FECHA EGRESO:** 13/8/2021 - 14:28:53		**CAMA:**
DEPARTAMENTO: 030201 - SALUD OCUPACIONAL - SANTA MARTA	**SERVICIO:** AMBULATORIO		
CLIENTE: CLIENTE PARTICULAR	**PLAN:** PARTICULARES SO		

SIGNOS VITALES

Fecha	Tension Arterial	Sitio T.A	Frecuencia Cardiaca	Temperatura	Frecuencia Respiratoria	Peso	Talla	Masa Corporal	Perimetro Abdominal	Perimetro Cefalico
13/08/2021 11:17	110/70	Miembro Superior Derecho(NINV)	70	36.00	17	87.00	162	33.150434385002		

DIAGNOSTICOS DE INGRESO ASIGNADOS

CODIGO	DIAGNOSTICO DE INGRESO	ESTADO	OBSERVACION	USUARIO	FECHA
E669	OBESIDAD- NO ESPECIFICADA			ANDRES MIGUEL CHARRIS BORREGO	2021-08-13
Z100	EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL			ANDRES MIGUEL CHARRIS BORREGO	2021-08-13

REVISION SINTOMAS SISTEMAS

NIEGA / NO REFIERENIEGA / NO REFIERENIEGA / NO REFIERENIEGA / NO REFIERENIEGA / NO REFIERENIEGA / NO REFIERENIEGA / NO REFIERENIEGA / NO REFIERENIEGA / NO REFIERE

USUARIO		FECHA
ANDRES MIGUEL CHARRIS BORREGO		2021-08-13
TIPO SISTEMA	**VALORACION**	**HALLAZGO**
SISTEMA CARDIACO		
SISTEMA VISUAL		
SISTEMA DERMATOLOGICO		
SISTEMA OTORRINO		
SISTEMA DIGESTIVO		
SISTEMA GENITOURINARIO		
SISTEMA NEUROLOGICO		
SISTEMA OSTEOMUSCULAR		
SISTEMA RESPIRATORIO		
OBSERVACIONES		

HISTORIAL FONOAUDIOLOGIA

TIPO DE ATENCION:		SALUD OCUPACIONAL					
FRECUENCIA	**500**	**1000**	**2000**	**3000**	**4000**	**6000**	**8000**
OIDO DERECHO	30	25	20	25	20	20	25
OIDO IZQUIERDO	25	25	20	20	20	20	20

CUADRO CLASIFICACION

	OIDO DERECHO	OIDO IZQUIERDO
PTA: 500Hz 1000Hz 2000Hz 3000Hz	25	23
UMBRAL: 4000Hz	20	20
ELI	Normal	Bueno
SAL	Limites Normales	
FRECUENCIAS CONVERSACIONALES	24% Normal	
NIOSH-1998		
NORMAL	X	X
HIPOACUSIA LEVE		
HIPOACUSIA MODERADA		
HIPOACUSIA MODERADA A SEVERA		
HIPOACUSIA SEVERA		
HIPOACUSIA PROFUNDA		
ANSI-96(PTA)		
NORMAL		
HIPOACUSIA MINIMA		
HIPOACUSIA LEVE	X	X
HIPOACUSIA MODERADA		
HIPOACUSIA MODERADA A SEVERA		
HIPOACUSIA SEVERA		
HIPOACUSIA PROFUNDA		

OBSERVACIONES

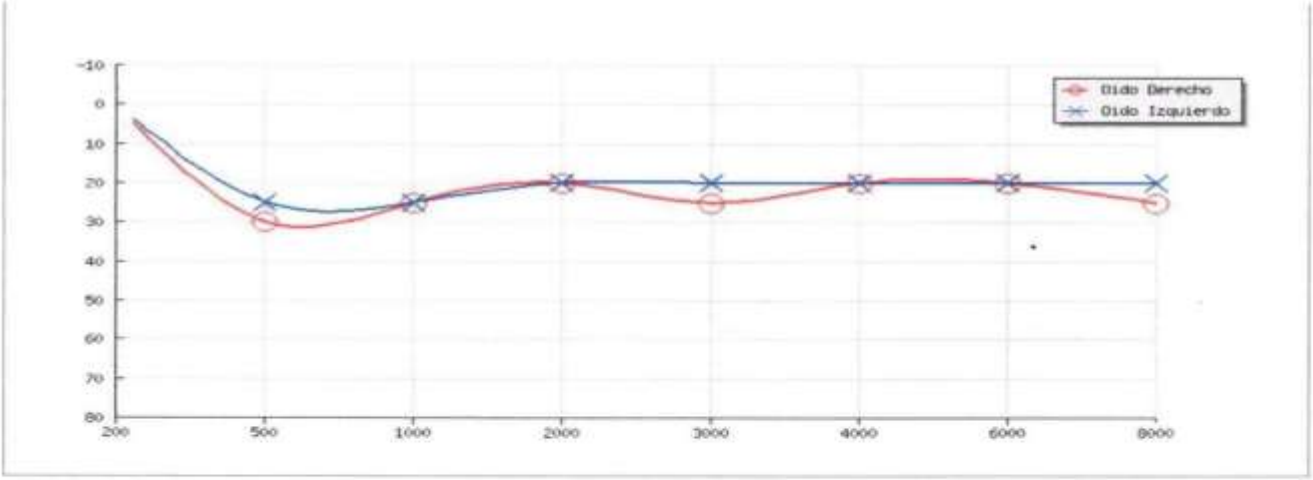
OD. AUDICIÓN NORMAL, CON DESCENSO LEVE EN FC. 500
OI. AUDICIÓN NORMAL

AUDIOGRAMA

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS

HISTORIA CLINICA

PACIENTE: JASMIN BOLIVAR CASTRO	**IDENTIFICACION:** CC 57432981		**HC:** 57432981 - CC
FECHA DE NACIMIENTO: 25/1/1973	**EDAD:** 48 Años	**SEXO:** F	**TIPO AFILIADO:** Otro
RESIDENCIA: URB VILLA DANIA	MAGDALENA-SANTA MARTA		**TELEFONO:** 3116826943
NOMBRE ACOMPAÑANTE:	**PARENTESCO:**		**TELEFONO:**
FECHA INGRESO: 13/8/2021 - 10:52:53	**FECHA EGRESO:** 13/8/2021 - 14:28:53		**CAMA:**
DEPARTAMENTO: 030201 - SALUD OCUPACIONAL - SANTA MARTA	**SERVICIO:** AMBULATORIO		
CLIENTE: CLIENTE PARTICULAR	**PLAN:** PARTICULARES SO		



EVALUACION OTOSCOPIA

EVOLUCION:	FECHA:	USUARIO:	OIDO DERECHO:	OIDO IZQUIERDO:
663958	13/08/2021	SCOHEN	CAE Y MT. NORMAL	CAE Y MT. NORMAL

ANTECEDENTES OTOLOGICOS

EVOLUCION:	FECHA:	USUARIO:	ANTECEDENTE:
663958	13/08/2021	SCOHEN	NINGÚN ANTECEDENTE

INFORMACION GENERAL - SALUD OCUPACIONAL

DATOS EMPRESA

Nombre de la empresa:	PARTICULARES SO	Sede :	.	Actividad :	.
Direccion :	CALLE 70 N 48 -56	Telefono :			

DATOS CONSULTAEEE

EPS:	OTRA NO ESPECIFICADA		FONDO DE PENSIONES:		OTRA NO ESPECIFICADA	ARL:	OTRA NO ESPECIFICADA
Ingreso *	Periodico	Retiro	Control	Post incapacidad	Reubicacion	Caso Ocupacional	Retiro
Espacios Confinados	Manipulacion de alimentos			Trab. en alturas			

DATOS CARGO ACTUAL O A OCUPAR

Nombre cargo:	INSTRUCTORA		Antiguedad cargo :	.	Antiguedad en la empresa :	.		
Seccion:	.		Turno:	Diurno *	Nocturno	Rotativo		
Descripcion funciones del cargo :	INSTRUCTORA DE INGLES			Maquinaria, Herr y materia prima utilizada :		.		
USO DE ELEMEMTOS DE PROTECCION EN EL CARGO ACTUAL O EN EL ULTIMO:								
Gafas	Casco	Tapabocas	Overol	Botas	Cofia	Mangas	Peto	
Protec auditivo	Respirador	Guantes	Escafandra	Visera	Otros :	.		

HISTORIA DE EXPOSICION A FACTORES DE RIESGO

		Turno		Fisico						Quimico						Control							
Empresa	Cargo	D	N	R	VB	RA	I	T	PR	P	H	V	ER	BI	PS	EL	M	F	EPP	MEC	OT	T anos	Observaciones
UCC	INSTRUCTORA	X											X		X							4 AÑOS	EMO INGRESO 13/08/2021

ANTECEDENTES DE TRABAJO

Fecha	Empresa	Tipo de lesion	Parte Afectada	Dias Inc	Si	No

Observaciones :	Indemnizacion:	Enfermedad Profesional:	Si	No	Trajo historia clinica:	Si	No	

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS

HISTORIA CLINICA

PACIENTE: JASMIN BOLIVAR CASTRO	**IDENTIFICACION:** CC 57432981		**HC:** 57432981 - CC
FECHA DE NACIMIENTO: 25/1/1973	**EDAD:** 48 Años	**SEXO:** F	**TIPO AFILIADO:** Otro
RESIDENCIA: URB VILLA DANIA	MAGDALENA-SANTA MARTA		**TELEFONO:** 3116826943
NOMBRE ACOMPAÑANTE:	**PARENTESCO:**		**TELEFONO:**
FECHA INGRESO: 13/8/2021 - 10:52:53	**FECHA EGRESO:** 13/8/2021 - 14:28:53		**CAMA:**
DEPARTAMENTO: 030201 - SALUD OCUPACIONAL - SANTA MARTA	**SERVICIO:** AMBULATORIO		
CLIENTE: CLIENTE PARTICULAR	**PLAN:** PARTICULARES SO		

VISIOMETRIA

OBSERVACION

ANORMAL
PACIENTE REFIERE USAR LENTES, NO LOS PRESENTO POR ENDE SE REALIZO SIN ELLOS

ANTECEDENTES PERSONALES

ANTECEDENTE	OP	DETALLE	TIPO ANTECEDENTE	FECHA DIAGNOSTICO	ANTECEDENTE	OP	DETALLE	TIPO ANTECEDENTE	FECHA DIAGNOSTICO
PATOLOGICOS									
Diabetes	**PRESENCIA** NO				**Hipertension Arterial**	**PRESENCIA** NO			
QUIRURGICOS									
Quirurgicos	**PRESENCIA** SI	**CESAREA**							

CERTIFICADO

DATOS PERSONALES

Tipo identificacion :	CC	No :	57432981	Nombre :	JASMIN BOLIVAR CASTRO	Afiliacion :	57432981
F.Nacimiento :	1973-01-25	Edad :	1973-01-25	Entidad :		Ocupacion :	

DATOS DEL CERTIFICADO

El concepto de aptitud se apoya en el profesiograma:	Si	No *	
Certificado habilitado para entregar a la empresa:	✓		

INGRESO

CONCEPTOS	SI	NO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR APTO	[X]	[ ]
APTO PARA EL REQUERIMIENTO DEL CARGO DE LA EMPRESA O CONTRATISTA	[X]	[ ]

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual	Auditivo	Respiratorio	Cardiovascular	Psicosocial	Ergonomico	Otros
✓	✓		✓		✓	

Observaciones (Psicologia):	
Recomendaciones y observaciones:	LUEGO DE INTERROGATORIO GENERAL SOBRE ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE ENFERMEDAD, HÁBITOS DE CONSUMO DE LICOR, DROGAS, ANTECEDENTES LABORALES, VISIOMETRIA, EXAMEN MÉDICO GENERAL Y OSTEOMUSCULAR, SE CONSIDERA SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO. SE RECOMIENDA CUMPLIR NORMAS DE SEGURIDAD DEFINIDAS POR LA EMPRESA PARA EL CARGO, CAPACITACIÓN EN IDENTIFICACIÓN Y PREVENCIÓN DE RIESGO PÚBLICO Y PSICOSOCIAL, EDUCACIÓN EN USO ADECUADO DE LA VOZ, PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL CON ESTIRAMIENTO DORSO-LUMBAR Y ESTIRAMIENTO DE MUÑECAS PARA PREVENCIÓN DE LUMBALGIAS Y EL SÍNDROME DEL TUNEL CARPIANO. LA FATIGA VISUAL ES TAMBIÉN UN FACTOR DE RIESGO IMPORTANTE Y LA SEQUEDAD OCULAR, SE RECOMIENDA DESCANSOS CADA HORA CON EJERCICIOS DE RELAJACIÓN VISUAL. ES IMPORTANTE AUMENTAR LA FRECUENCIA DEL PARPADEO OCULAR DE MANERA VOLUNTARIA DURANTE LA JORNADA LABORAL PARA EVITAR LA SINTOMATOLOGÍA DE OJO SECO. IMPLEMENTAR DISMINUCIÓN EN EL CONSUMO DE GRASAS, HARINAS, DULCES, CONSUMO ABUNDANTE DE AGUA, EJERCICIO TIPO CAMINATA MÍNIMO 3 VECES POR SEMANA Y EVALUACIÓN POR NUTRICIONISTA EN SU EPS SE SUGIERE SEGUIR LOS LINEAMIENTOS Y RECOMENDACIONES ESTABLECIDOS POR EL GOBIERNO NACIONAL Y AUTORIDADES COMPETENTES COMO MINISTERIO DE TRABAJO Y SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL PARA PREVENIR EL CONTAGIO Y PROPAGACION DEL COVID 19 TALES CON EL USO DE TAPABOCAS, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, LAVADO DE MANOS COMPLETA Y CONSTANTE.
Concepto de actitud para el oficio:	
Restricciones laborales:	
Pruebas realizadas:	
Remisión: SI * NO	EPS: SI * NO — ARL: SI NO *

ESTA HISTORIA AUN NO PRESENTA NOTAS DE OBSERVACION

SERVICIOS MEDICOS
OLIMPUS

HISTORIA CLINICA

PACIENTE: JASMIN BOLIVAR CASTRO	**IDENTIFICACION:** CC 57432981		**HC:** 57432981 - CC
FECHA DE NACIMIENTO: 25/1/1973	**EDAD:** 48 Años	**SEXO:** F	**TIPO AFILIADO:** Otro
RESIDENCIA: URB VILLA DANIA	MAGDALENA-SANTA MARTA		**TELEFONO:** 3116826943
NOMBRE ACOMPAÑANTE:	**PARENTESCO:**		**TELEFONO:**
FECHA INGRESO: 13/8/2021 - 10:52:53	**FECHA EGRESO:** 13/8/2021 - 14:28:53		**CAMA:**
DEPARTAMENTO: 030201 - SALUD OCUPACIONAL - SANTA MARTA	**SERVICIO:** AMBULATORIO		
CLIENTE: CLIENTE PARTICULAR	**PLAN:** PARTICULARES SO		

Dr Andrés Charris Borrego
MÉDICO ESPECIALISTA
SALUD OCUPACIONAL
Lic. #3889 - Univ. Norte

PROFESIONAL: ANDRES MIGUEL CHARRIS BORREGO
CC - 12634617 - TP 12634617
REGISTRO MEDICO 12634617
ESPECIALIDAD - MEDICO OCUPACIONAL

PACIENTE: JASMIN BOLIVAR CASTRO
CC - 57432981

Imprimió: NIYRETH ODALMIS SANCHEZ MALDONADO - NSANCHEZ

Fecha Impresión : 2021/8/17 - 14:37:50

Ex:

13/08/2021

Test Results

Keystone View
Excellence in Vision Testing
www.keystoneview.com
(775)324-2799

Test Index: 89
Fecha del Examen: 13/08/2021
Administró por: Admin

Nombre: BOLIVAR, JASMIN
ID: 57432981

Nombre de Prueba: Universal Examen Adulto
Estándar de Visión : Estándar de Visión Defec

En el pasado, Examinia por: None
Anteojos/Lentes de Contacto: None
Problemas con Los Ojos: None

Nombre de Prueba	Lente	Día/Noche	Pasa/Falta	Resultado
Estereopsis	Lejana	Día	Normal	8 - Círculo
Visión de Color (Rojo/Verde)	Lejana	Día	Normal	Tres Correctos
Vision de Colores Azul/Violeta	Lejana	Día	Normal	Tres Correctos
Agudeza del Ojo Izquierdo	Lejana	Día	Anormal	20/40
Agudeza del Ojo Derecho	Lejana	Día	Normal	20/30
Agudeza Binocular	Lejana	Día	Normal	20/20
Phoria (Coordinación de los Ojos)	Lejana	Día	Normal	Lateral:5, Vertical:5
Visión Periférica (Campo Horizont	Lejana	Día	Normal	LADO DERECHA:85, LADO IZQUIERDO:85
Agudeza Punta (B) - Izquierda	26"	Día	Normal	20/30
Agudeza Punta (B) - Derecha	26"	Día	Normal	20/30
Agudeza del Ojo Izquierdo	Cercana	Día	Anormal	20/40
Agudeza del Ojo Derecho	Cercana	Día	Anormal	20/40
Agudeza Binocular	Cercana	Día	Anormal	20/40
Phoria (Coordinación de los Ojos)	Cercana	Día	Normal	Lateral:5, Vertical:5

Conclusiones: Un mensaje con resultado ANORMAL indica que los ojos del examinado están por debajo de los estándares de visión saludables. El examinado debe de referirse a un especialista.

Notas: Ingresa Notas Aqui

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) JASMIN BOLIVAR CASTRO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 57432981 realizó el día 10/09/2021 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo JASMIN BOLIVAR CASTRO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 57432981 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

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

Firma

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 06/09/2021

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	899999034	**Cédula Usuario:**	C 31919290
Nombre:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA				
Dirección:	CLL 57 NO 8-69				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	accidentalidadsst@sena.edu.co				
Teléfono:	5481500		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1806001 ESTABLECIMIENTOS DE EDUCACION NO FORMAL INCLUYE PROGRAMAS DE ALFABETIZACION PARA ADULTOS ETC.				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
C 31919290	MYRIAM MORALES MUÑOZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	210	07/09/2021	C 57432981	BOLIVAR CASTRO JASMIN	3	2.436	**Independiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS 4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

EDF0800E084D23F9151EEF7C236388B2

JASMIN

BOLIVAR CASTRO

57432981

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

899999034



Banco Caja Social
Su banco amigo.

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

JASMIN BOLIVAR CASTRO Identificado con CC 57432981

Actualmente tiene(n) Cuenta de Ahorros, radicado(a) en la oficina SANTA MARTA, con las siguientes características:

Número:	24016452734
Fecha de apertura:	25 de Abril de 2007
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a QUIEN INTERESE, el 17 del mes Agosto de 2021.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JASMIN BOLIVAR CASTRO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **57432981,** se encuentra afiliado/a desde **19/12/1989** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 31 de agosto de 2021.



Rosa Mercedes NiñoAmaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ANEXO RESUMEN GENERAL DE CONTRATO

CONTRATO No.	CO1.PCCNTR.2777108
NOMBRE:	***JASMIN BOLIVAR CASTRO***
NUMERO DE CEDULA	***57.432.981***
OBJETO:	*Prestación temporal de servicios profesionales como instructor para impartir formación profesional, ejecutando las acciones de formación para el programa oferta regular 2021, en el Centro de Diseño Tecnológico Industrial BILINGUISMO*
PLAZO EJECUCION	*3 meses 28 DÍAS*
VALOR Y FORMA DE PAGO:	*CATORCE MILLONES CUARENTA MIL PESOS $ 14.040.000. Esta suma será pagada al contratista por el SENA, en tres pagos iguales de septiembre a noviembre por valor de TRES MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS $3.900.000. Un pago por 18 días del mes de diciembre por valor de $2.340.000*
CUENTA BANCARIA	*24016452734 BANCO CAJA SOCIAL CUENTA DE AHORROS*
CDP	*CDP 1421 del 13 de enero de 2021*
DOMICILIO	*Santiago de Cali*
ORDENADOR DEL PAGO:	*ALEX AMED VALENCIA ROJAS*

2. Obligaciones Específicas:

1. Planear las actividades de aprendizaje para el logro de los resultados de aprendizaje en el marco del proyecto formativo (titulada) o la estrategia didáctica seleccionada (Complementaria).
2. Participar en la programación y ejecución del proceso de inducción de aprendices de formación titulada conforme a la planeación y programación definida por el centro de formación.
3. Impartir formación a aprendices en el programa de formación presencial y con el apoyo de las plataformas dispuestas por la entidad según el procedimiento de ejecución de la formación.
4. Realizar el seguimiento de cada aprendiz mediante la orientación y acompañamiento a las actividades de aprendizaje en etapa lectiva y productiva.
5. Reportar avances o dificultades de los aprendices de manera oportuna a la coordinación académica en los formatos y tiempos que se dispongan para ello.
6. Valorar las evidencias de aprendizaje de manera cualitativa, permanente y oportuna teniendo en cuenta lo definido en la planeación pedagógica del proyecto formativo y las guías de aprendizaje.

7. Registrar con oportunidad los juicios evaluativos en el aplicativo Sofía Plus conforme al logro de los resultados de aprendizaje enmarcados en las fases del proyecto formativo y en las guías de aprendizaje de cada uno de los grupos asignados en su programación.
8. Participar de las jornadas de desarrollo curricular convocadas por las redes de conocimiento para garantizar integralidad en la formulación de proyectos formativos, el diseño de actividades de aprendizaje, el diseño de talleres e ítems que alimentaran los bancos de pruebas para la selección de aprendices para los diferentes programas de formación.
9. Realizar seguimiento y gestión de los proyectos formativos, de acuerdo con los propósitos de los programas de formación; garantizando su documentación en relación conlos resultados y productos obtenidos durante su desarrollo.
10. Coadyuvar en la consecución de los resultados esperados de los equipos de trabajo interdisciplinarios que el Centro acuerde para gestionar el Proceso de Formación Profesional Integral.
11. Disponer de manera oportuna en la plataforma virtual institucional los productosderivados del desarrollo curricular: Proyecto formativo, planeación pedagógica, Guías de Aprendizaje, instrumentos de evaluación, material de apoyo, recursos didácticos.
12. Usar las herramientas disponibles en el ambiente virtual de aprendizaje para fortalecerla formación y lograr el cumplimiento de los lineamientos, cobertura y productos indicados.
13. Participar de las sesiones de trabajo de equipos ejecutores programadas por las coordinaciones académicas según requerimientos institucionales.
14. Verificar de manera oportuna en el sistema Sofía Plus la programación de horas en lasfichas asignadas (titulada y complementaria) y registrar las horas de apoyo a la formaciónde acuerdo a los tiempos definidos para el desarrollo de las actividades.
15. Cumplir con las actividades definidas por el Centro para la implementación del sistemaIntegrado de Gestión y Autocontrol – SIGA y los registros de los procedimientos del procesode Gestión de formación Profesional.
16. Acompañar y asesorar en forma permanente e integral a las instituciones educativas ya los aprendices en el proceso de formación por proyectos durante la vigencia del contrato.
17. Realizar entrega de los informes en las fechas requeridas durante la ejecución del objeto contractual, así como del informe final de gestión, informe de las actividades y procesos asignados y archivos y elementos a su cargo, antes de finalizar el Contrato.
18. Participar en procesos de formación técnica y pedagógica que el centro de formación programe en el marco del plan de pedagogía definido por el equipo pedagógico de Centro.
19. Aplicar a procesos de certificación de competencias laborales pedagógicas y técnicas que el SENA implemente para el mejoramiento de la calidad de los instructores SENA.
20. El Instructor Contratista deberá aplicar al proceso de certificación de la norma de competencia “ORIENTAR PROCESOS FORMATIVOS PRESENCIALES CON BASE EN LOS PLANES DE FORMACIÓN CONCERTADOS 240201044” o la actualización en “ORIENTAR FORMACIÓN PRESENCIAL DE ACUERDO CON PROCEDIMIENTOTÉCNICO Y NORMATIVO - 240201056” y aportar el respectivo certificado aprobado.
21. Mejorar las competencias en nivel de inglés (mínimo A2).
22. Brindar y procurar en todo momento un trato respetuoso con todos los miembros de lacomunidad educativa.

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Santa Marta, septiembre 19 de 2021 Haga clic aquí para escribir una fecha.

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Regional Valle

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

C.C.	**1004461654**	**RAFAEL EDUARDO JIMÉNEZ BOLÍVAR**	**HIJO**
C.C.	**1004461655**	**JESÚS DANIEL JIMÉNEZ BOLÍVAR**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Hijo entre 18 y 23 años, y me encuentro financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente con mi firma declaro: que **NINGUNA PERSONA** ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,

FIRMA

Nombre: **Jasmín Bolívar Castro**

C.C. 57'432.981 de Santa Marta



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.004.461.655

JIMENEZ BOLIVAR

APELLIDOS

JESUS DANIEL

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 28-AGO-2001

SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

03-SEP-2019 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2100150-01107478-M-1004461655-20191101 0068669273A 1 53343577

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.004.461.654**

JIMENEZ BOLIVAR

APELLIDOS

RAFAEL EDUARDO

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-AGO-2001**

SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

05-SEP-2019 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-2100150-01107478-M-1004461654-20191101 **00686**69263A 1 53343650

{fiduprevisora)

fomag

CERTIFICACIÓN

El (la) señor(a) JASMIN BOLIVAR CASTRO identificado(a) con tipo de documento 1. Cédula de Ciudadanía y con número 57432981, presenta los siguientes datos referente a la afiliación al FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO.

Información del Cotizante:

Nombres Cotizante:	JASMIN	**Apellidos Cotizante:**	BOLIVAR CASTRO
Tipo Documento:	1. Cédula de Ciudadanía	**Número Documento:**	57432981
Estado Actual:	1 - Activo	**Tipo de Afiliación:**	1 - Cotizante docente
Fecha de Afiliación:	29/10/2010	**UT Afiliación:**	ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE S.A.

Información de los Beneficiarios:

Tipo Identificación	Número Identificación	Nombres	Apellidos	Fecha Afiliación	Estado Actual	Parentesco
Cédula de Ciudadanía	1004461654	RAFAEL EDUARDO	JIMENEZ BOLIVAR	26/07/2017	Activo	Hijo Docente
Cédula de Ciudadanía	1004461655	JESUS DANIEL	JIMENEZ BOLIVAR	26/07/2017	Activo	Hijo Docente

Adicionalmente se le informa que de acuerdo al decreto 1703 de 2002, la persona afiliada como cotizante a un régimen de excepción y que tenga una relación laboral o ingresos adicionales sobre los cuales esté obligado a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud, su empleador o administrador de pensiones deberá efectuar la respectiva cotización al Fosyga, igualmente los servicios asistenciales serán prestados exclusivamente a través del régimen de excepción; las prestaciones económicas a cargo del Sistema General de Seguridad Social en Salud serán cubiertas por el Fosyga.

Dada a solicitud del interesado en la fecha 22/09/2021.

Cordialmente,

Coordinadora de Gestión de información y afiliaciones de docentes, pensionados y beneficiarios

Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio

Elaboró: **Hosvital Aseguramiento by Ophelia Suite**

Nota: La información referente a los periodos compensados debe solicitarlo directamente a la Secretaría de Educación, ya que es competencia de los entes territoriales suministrar la información relacionada con la historia laboral como docente y la certificación del tiempo cotizado y los aportes efectuados al Fondo.

ortes
línea

Certificado de Aportes

que BOLIVAR CASTRO JASMIN identificado(a) con CC 57432981 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para JASMIN BOLIVAR identificado(a) con CC 57432981

Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																		IBC	Tarifa	Cotización
									ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
88134110	I	2021-09-01	EPS	MIN002	FOSYGA RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2021-08	19	X																		$575,400	12.5%	$72,000
88134110	I	2021-09-01	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2021-08	19	X																		$575,400	16%	$92,100
88134110	I	2021-09-01	AFP	25-14	COLPENSIONES	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2021-08	19	X																		$575,400		$0
88134110	I	2021-09-01	AFP	25-14	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2021-08	19	X																		$575,400		$0
88134110	I	2021-09-01	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2021-08	19	X																		$0	0%	$0
88134110	I	2021-09-01	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2021-08	19	X																		$0	0%	$0

cado se expide el día 2021-09-20 a las 03:00.

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP LXF0250488

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 33275615

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 0 2 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 3 9 0 2

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - MAGDALENA - SANTA MARTA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
JIMENEZ	BOLIVAR

Nombre(s): JESUS DANIEL

Fecha de nacimiento			Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2001	Mes 08	Día 28	MASCULINO	"O"	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA - MAGDALENA - SANTA MARTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CONSTANCIA DEL HOSPITAL CENTRAL	A2384295

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: BOLIVAR CASTRO JASMIN

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
57.432.981 de SANTA MARTA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: JIMENEZ GONZALEZ RAFAEL ENRIQUE

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
85.451.409 de SANTA MARTA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: JIMENEZ GONZALEZ RAFAEL ENRIQUE

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
85.451.409 de SANTA MARTA	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2001 Mes 09 Día 27	T.T. RAFAEL OLIVELLA GUERRERO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
RAFAEL ENRIQUE JIMENEZ GONZALEZ Firma	RAFAEL OLIVELLA GUERRERO Nombre y firma

RAFAEL OLIVELLA GUERRERO
NOTARIO

ESPACIO PARA NOTAS

REGISTRADO EN EL LIBRO DE VARIOS FOLIO NO. 336

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

ES FIEL Y AUTENTICA FOTOCOPIA TOMADA DE SU ORIGINAL, QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE REGISTRO DE ESTA NOTARIA, AL FOLIO 23275615 PARA ACREDITAR PARENTESCO.

ESTE REGISTRO NO TIENE VENCIMIENTO D. 2189/83 EXCEPTO PARA MATRIMONIO.- SANTA MARTA, 29 ENE 2007.

RAFAEL OLIVELLA GUERRERO

Notario

RAFAEL OLIVELLA GUERRERO
NOTARIO

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP LXF0250489

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 33275616

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 02 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 3902

Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - MAGDALENA - SANTA MARTA

Datos del inscrito

Primer Apellido: JIMENEZ — Segundo Apellido: BOLIVAR

Nombre(s): RAFAEL EDUARDO

Fecha de nacimiento: Año 2001 Mes 08 Día 28 — Sexo (en letras): MASCULINO — Grupo sanguíneo: "O" — Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA - MAGDALENA - SANTA MARTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CONSTANCIA DEL HOSPITAL CENTRAL — Número certificado de nacido vivo: A2384296

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: BOLIVAR CASTRO JASMIN

Documento de identificación (Clase y número): 57.432.981 de SANTAMARTA — Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: JIMENEZ GONZALEZ RAFAEL ENRIQUE

Documento de identificación (Clase y número): 85.451.409 de SANTA MARTA — Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: JIMENEZ GONZALEZ RAFAEL ENRIQUE

Documento de identificación (Clase y número): 85.451.409 de SANTA MARTA — Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número): — Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número): — Firma

Fecha de inscripción: Año 2001 Mes 09 Día 27

Nombre y firma del funcionario que autoriza: T.T. RAFAEL OLIVELLA GUERRERO

REPUBLICA DE COLOMBIA
Notaría Segunda del Circuito
Santa Marta
RAFAEL OLIVELLA GUERRERO
NOTARIO

Reconocimiento paterno: RAFAEL ENRIQUE JIMENEZ GONZ...

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: RAFAEL OLIVELLA GUERRERO

Firma — Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

REGISTRADO EN EL LIBRO DE VARIOS FOLIO NO. 336

ORIGINAL PARA LA PARTE INTERESADA

ES FIEL Y AUTENTICA FOTOCOPIA TOMADA DE SU ORIGINAL, QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE REGISTRO DE ESTA NOTARIA, AL FOLIO 3325614 PARA ACREDITAR PARENTESCO.

ESTE REGISTRO NO TIENE VENCIMIENTO D. 2189/83 EXCEPTO PARA MATRIMONIO.- SANTA MARTA, 29 ENE 2007.

RAFAEL OLIVELLA GUERRERO

Notario

REPUBLICA DE COLOMBIA
Notaría Segunda del
Círculo de Santa Marta (Magd.)
RAFAEL OLIVELLA GUERRERO
NOTARIO

Grupo de Admisiones, Registro y Control Académico

CERTIFICA:

Que RAFAEL EDUARDO JIMENEZ BOLIVAR, identificado(a) con código No. 2019126117 y C.C. 1004461654, se encuentra activo(a) y matriculado(a) en su SEXTA matrícula financiera en el programa NEGOCIOS INTERNACIONALES de la FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y ECONOMICAS aprobado mediante SNIES:12008, en esta Institución, en el segundo (II) período académico del año 2021.

La presente constancia se expide a solicitud del interesado. Se firma en Santa Marta el día null.

Código de Verificacion: 1273702019126117

Puede verificar la autenticidad de este documento en la página
http://admisiones.unimagdalena.edu.co/estudiantes/Certificados/consultor.jsp

Este certificado tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición y se genera a solicitud de: **S.N.A SENA**

Grupo de Admisiones, Registro y Control Académico

CERTIFICA:

Que JESUS DANIEL JIMENEZ BOLIVAR, identificado(a) con código No. 2020124053 y C.C. 1004461655, se encuentra activo(a) y matriculado(a) en su CUARTA matrícula financiera en el programa CONTADURÍA PÚBLICA de la FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y ECONOMICAS aprobado mediante SNIES:11958, en esta Institución, en el segundo (II) período académico del año 2021.

La presente constancia se expide a solicitud del interesado. Se firma en Santa Marta el día null.

Código de Verificacion: 1273692020124053

Puede verificar la autenticidad de este documento en la página
http://admisiones.unimagdalena.edu.co/estudiantes/Certificados/consultor.jsp

Este certificado tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición y se genera a solicitud de: **JASMIN BOLIVAR CASTRO**

seguros mundial

tu compañía siempre

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

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

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO

ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082

VERSIÓN CLAUSULADO 06-04-2021-1317-P-05-PPSUS2R000000059-D001

No. PÓLIZA	CO-1029684	No. ANEXO	0	No. CERTIFICADO	40148130	No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO				FECHA DE EXPEDICIÓN	06/09/2021	SUC. EXPEDIDORA	CARTAGENA

VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	
00:00 Horas Del 07/09/2021	24:00 Horas Del 17/04/2022		N/A	N/A	N/A	N/A

TOMADOR	BOLIVAR CASTRO, JASMIN	No. DOC. IDENTIDAD	57432981
DIRECCIÓN	URB VILLA DANIA MZ V CS 14	TELÉFONO	3116826943
ASEGURADO	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - SENA REGIONAL VALLE GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO N	No. DOC. IDENTIDAD	8999990341
DIRECCIÓN	CL 72 K 26J 97	TELÉFONO	0000000
BENEFICIARIO	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - SENA REGIONAL VALLE GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO N	No. DOC. IDENTIDAD	8999990341
DIRECCIÓN	CL 72 K 26J 97	TELÉFONO	0000000

OBJETO DE CONTRATO

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO No.CO.PCCNTR.2777108 , CUYO OBJETO ES PRESTACIÓN TEMPORAL DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL. EJECUTANDO LAS ACCIONES DE FORMACIÓN PARA EL PROGRAMA OFERTA REGULAR2021, EN EL CENTRO DE DISEÑO TECNOLÓGICO INDUSTRIAL BILINGUISMO

NOMBRE DEL AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA	VALOR PRIMA
CUMPLIMIENTO	00:00: Horas Del 07/09/2021	24:00: Horas Del 17/04/2022	1.534.000	20.000
		TOTAL ASEGURADO	$ 1.534.000	

INTERMEDIARIOS	TIPO	% PARTICIPACIÓN
EGON SEGUROS LTDA	AGENCIAS	100.00

PRIMA BRUTA	$	20.000
DESCUENTOS	$	0
EXTRA PRIMA		
PRIMA NETA	$	20.000
GASTOS EXP.	$	5.000
IVA	$	4.750
TOTAL A PAGAR	$	29.750

DISTRIBUCIÓN COASEGURO

COMPAÑÍA	TIPO COASEGURO	PÓLIZA LÍDER	CERTIF. LÍDER	% PARTICIPACIÓN

CONVENIO DE PAGO	DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 07/09/2021

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, SUMINISTRAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE Y REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR LO MENOS ANUALMENTE (CIRCULAR EXTERNA 026 DE 2008 SUPERFINANCIERA).
PUEDES CONSULTAR TU PÓLIZA EN **WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO**
EL TOMADOR Y/O ASEGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
DE ACUERDO CON EL ARTICULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, **LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.**
EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARATULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA, MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTICIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASÍ COMO LAS GARNTÍAS. EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMAR LA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.

TOMADOR CC. 57432981

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

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

VIGILADO
AFILIADO A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PADA - APP

seguros mundial®

tu compañía siempre

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

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

Afiliados
CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA PASA APF

LA COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

CERTIFICA:

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza **CG-1029684** y endoso, **0** cuyo afianzado es: **BOLIVAR CASTRO, JASMIN** Asegurado o Beneficiario: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - SENA REGIONAL VALLE GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO/ SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - SENA REGIONAL VALLE GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO**, expedida por la Compañía en **06/09/2021**, no expirará por falta de pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o por revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

Se firma en **CARTAGENA** a los **06** días del mes **SEPTIEMBRE** del año **2021**.

Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

ATENTOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

seguros mundial®



VIGILADO

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

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO A FAVOR DE ENTIDADES PARTICULARES

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

POLIZA DE CUMPLIMIENTO A FAVOR DE ENTIDADES PARTICULARES NO. _____

CONDICIONES GENERALES - CONDICIÓN PRIMERA: AMPAROS Y EXCLUSIONES.

1. AMPAROS

AMPARO BÁSICO – RIESGO DE INCUMPLIMIENTO.

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. CUBRE LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES QUE SUFRA DIRECTAMENTE EL CONTRATANTE O RECEPTOR DE LA OFERTA, QUIEN OSTENTA LA CALIDAD DE ASEGURADO DE LA PRESENTE POLIZA.

LO ANTERIOR CON SUJECION A LOS AMPAROS INCLUIDOS Y DESCRITOS EN LA CARATULA DE LA MISMA Y AL ALCANCE, CONTENIDO, COBERTURA, DEFINICIONES, LIMITES Y CONDICIONES QUE A CONTINUACION SE DESCRIBEN.

LOS AMPAROS DE LA POLIZA SERAN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. EL CONTRATANTE NO PODRA RECLAMAR O TOMAR EL VALOR DE UN AMPARO PARA CUBRIR O INDEMNIZAR EL VALOR DE OTROS. ESTOS NO SON ACUMULABLES ENTRE SI.

1.1. SERIEDAD DE LA OFERTA - POR MEDIO DE LA GARANTÍA DE LA SERIEDAD DE LA OFERTA PARA LA ADJUDICACIÓN DE UNA LICITACIÓN O CONCURSO, EL CONTRATANTE SE PRECAVE CONTRA EL RIESGO DE INCUMPLIMIENTO POR PARTE DEL PROPONENTE DE LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS Y, ESPECIALMENTE, LA DE CELEBRAR EL CONTRATO OBJETO DE LA LICITACIÓN, EN LOS TÉRMINOS QUE DIERON BASE A LA ADJUDICACIÓN.

1.2. BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO - ESTE AMPARO CUBRE AL ASEGURADO POR LOS PERJUICIOS DIRECTOS DE CARÁCTER PATRIMONIAL IMPUTABLES AL CONTRATISTA, QUIEN FIGURA Y TIENE LA CALIDAD DE TOMADOR, SUFRIDOS CON OCASIÓN DEL USO O APROPIACION INDEBIDA DE LOS DINEROS O BIENES ENTREGADOS POR LA ENTIDAD CONTRATANTE, CUYO FIN ES EL DE SER INVERTIDOS PARA LA EJECUCION DEL CONTRATO AMPARADO POR LA PRESENTE POLIZA.

CUANDO SE TRATE DE BIENES, PARA QUE PUEDA HACERSE EFECTIVO EL AMPARO, LOS MISMOS DEBEN ESTAR TASADOS EN DINERO Y DESCRITOS DE TAL FORMA EN EL CONTRATO CELEBRADO.

CUANDO SE TRATE DE DINERO, ESTE DEBE HABER SIDO ENTREGADO MEDIANTE CHEQUE, CONSIGNACION BANCARIA, FIDUCIA O TRANSFERENCIA ELECTRONICA QUE SOPORTE EL GIRO DEL DINERO.

EL PRESENTE AMPARO NO CUBRE EL USO DE LOS DINEROS ENTREGADOS POR EL ASEGURADO COMO PAGO ANTICIPADO.

1.3. DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO - ESTE AMPARO CUBRE AL ASEGURADO POR LOS PERJUICIOS DIRECTOS DE CARÁCTER PATRIMONIAL IMPUTABLES AL CONTRATISTA, QUIEN FIGURA Y TIENE LA CALIDAD DE TOMADOR, DERIVADOS DEL HECHO DE NO REINTEGRAR AL CONTRATANTE EL SALDO A CARGO DEL CONTRATISTA RESULTANTE DE LA DIFERENCIA QUE EXISTA ENTRE LA SUMA DE DINERO ENTREGADA A TITULO DE PAGO ANTICIPADO Y EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO, BAJO EL ENTENDIDO QUE ESTE ULTIMO SE EJECUTO DE FORMA PARCIAL.

EN CASO DE RESULTAR PROCEDENTE LA INDEMNIZACION, LA MISMA SE LIQUIDARA DESCONTANDO DEL VALOR RECIBIDO POR CONCEPTO DE PAGO ANTICIPADO EL VALOR DE LA REMUNERACION O PAGO DEL TRABAJO O DEL SERVICIO OBJETO DE CONTRATO DESCRITO EN LA POLIZA, EQUIVALENTE A LA PARTE EJECUTADA.

06/04/2021 -1317-P-05-PPSUS2R000000065-D00I
06/04/2021-1317-NT-P-05-NTPSUS2R00000066

CUANDO SE TRATE DE DINERO, ESTE DEBE HABER SIDO ENTREGADO MEDIANTE CHEQUE, CONSIGNACION BANCARIA, FIDUCIA O TRANSFERENCIA ELECTRONICA QUE SOPORTE EL GIRO DEL DINERO.

1.4. CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO - POR MEDIO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO, EL CONTRATANTE SE PRECAVE CONTRA LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO IMPUTABLE AL CONTRATISTA DE LAS OBLIGACIONES EMANADAS DEL CONTRATO GARANTIZADO.

PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES - ESTE AMPARO CUBRE AL ASEGURADO DEL RIESGO DERIVADO DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DE CARÁCTER LABORAL, DESCRITAS EN EL CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO, QUE ESTAN A CARGO DEL CONTRATISTA Y DE LAS CUALES PUEDE LLEGAR A TENER SOLIDARIDAD EL ASEGURADO.

EL PRESENTE AMPARO RECAE EXCLUSIVAMENTE SOBRE PERSONAS CON LAS CUALES EL TOMADOR TIENE UN CONTRATO DE TRABAJO Y QUE DESARROLLAN LABORES UNICAMENTE PARA LA EJECUCION DEL CONTRATO OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA.

SU VIGENCIA NO EXCEDERÁ LOS 3 AÑOS A PARTIR DE LA FINALIZACION DEL CONTRATOAMPARADO A TRAVÉS DE LA PRESENTE POLIZA.

1.6. ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA - POR MEDIO DE LA GARANTÍA DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA, EL CONTRATANTE SE PRECAVE CONTRA EL RIESGO QUE, DURANTE EL TERMINO ESTIPULADO Y EN CONDICIONES NORMALES DE USO, LA OBRA SUFRA DETERIOROS IMPUTABLES AL CONTRATISTA QUE IMPIDAN EL SERVICIO PARA EL CUAL SEEJECUTO.

CUANDO SE TRATE DE EDIFICACIONES, LA ESTABILIDAD SE DETERMINARA DE ACUERDO CON LOS PLANOS, PROYECTOS, SEGURIDAD Y FIRMEZA DE LA ESTRUCTURA.

1.7. CALIDAD DEL SERVICIO - ESTE AMPARO CUBRE AL CONTRATANTE Y QUIEN FIGURA COMO ASEGURADO EN LA PRESENTE POLIZA DE LOS PERJUICIOS DIRECTOS DE ESENCIA PATRIMONIAL IMPUTABLES AL CONTRATISTA CON OCASIÓN DEL MAL SERVICIO PRESTADO POR ESTE, CONFORME LAS OBLIGACIONES Y ESPECIFICACIONES PACTADAS EN EL CONTRATO OBJETO DE LA POLIZA Y/O LO QUE DICTEN LAS NORMAS TECNICAS QUE SEAN ATRIBUIBLES AL SERVICIO PRESTADO.

1.8. CALIDAD DE LOS ELEMENTOS - ESTE AMPARO CUBRE AL CONTRATANTE Y QUIEN FIGURA COMO ASEGURADO EN LA PRESENTE POLIZA DE LOS PERJUICIOS DIRECTOS DE ESENCIA PATRIMONIAL IMPUTABLES AL CONTRATISTA, DERIVADOS DE LA DEFICIENTE CALIDAD DE LOS ELEMENTOS, BIENES O EQUIPOS SUMINISTRADOS POR ESTE, EN LAS CANTIDADES Y ESPECIFICACIONES TECNICAS PACTADAS EN EL CONTRATO O DOCUMENTO AMPARADO POR LA PRESENTE POLIZA.

EL PRESENTE AMPARO NO ESTA DESTINADO A CUBRIR GARANTIA EXTENDIDA DE LOS ELEMENTOS, BIENES O EQUIPOS SUMINISTRADOS, OPERA EN EXCESO DE LA GARANTIA OTORGADA POR EL FABRICANTE EN CASO DE TENERLA Y SU VIGENCIA TENDRA LIMITE EN LA OTORGADA POR EL FABRICANTE Y EN LO QUE SE ESTIPULE EN LA CARATULA DE LA POLIZA.

PARAGRAFO: DADO EL CASO QUE EL CONTRATISTA HAYA DADO RECOMENDACIONES O INSTRUCCIONES DE USO Y EL ASEGURADO NO LAS HAYA IMPLEMENTADO O ACATADO SE ENTENDERA QUE EXISTE UN HECHO DE EXONERACION AL TENOR DEL ARTICULO 2357 DEL CODIGO CIVIL.

1.9. CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO - POR MEDIO DE LA GARANTÍA DE CORRECTO FUNCIONAMIENTO, LAS ENTIDADES CONTRATANTES SE PRECAVEN CONTRA EL INCORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS QUE SUMINISTRE E INSTALE EL CONTRATISTA, ESPECIFICAMENTE POR LA REPARACIÓN O REEMPLAZO DE LOS EQUIPOS.

1.10. BUEN MANEJO DE LOS MATERIALES Y EQUIPOS: ESTE AMPARO CUBRE AL ASEGURADO CONTRA LOS PERJUICIOS DIRECTOS DE ESENCIA PATRIMONIAL IMPUTABLES AL CONTRATISTA CON OCASIÓN DEL MAL USO O APROPIACION INDEBIDA DE LOS MATERIALES Y EQUIPOS QUE SE LE HAYAN ENTREGADO A TÍTULO DE PRESTAMO CON LA OBLIGACIÓN DE RESTITUIRLOS Y QUE UNICAMENTE SERAN USADOS PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO QUE SE DESCRIBE EN EL OBJETO DE LA POLIZA.

SE ENTENDERÁ QUE EXISTE MAL USO O APROPIACION INDEBIDA DE LOS MATERIALES Y EQUIPOS CUANDO ESTOS NO SEAN REINTEGRADOS POR PARTE DEL CONTRATISTA AL ASEGURADO O QUE SEAN REINTEGRADOS CON FALLAS OAVERÍAS.

PARA LA PRESENTE COBERTURA OPERE, LOS MATERIALES Y EQUIPOS ENTREGADOS AL CONTRATISTA DEBERÁN ESTAR DEBIDAMENTE INVENTARIADOS PREVIO AL INICIO DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, MEDIANTE DOCUMENTO FIRMADO POR EL ASEGURADO Y EL CONTRATISTA, EN EL CUAL SE RELACIONEN LOS MATERIALES Y EQUIPOS Y EL ESTADO DE LOS MISMOS.

2. EXCLUSIONES.

EL PRESENTE SEGURO NO AMPARA LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PACTADAS EN EL CONTRATO GARANTIZADO, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

2.1. LA FUERZA MAYOR Y/O CASO FORTUITO Y/O CAUSA EXTRAÑA Y/OCUALQUIER OTRA CAUSAL LEGAL DE EXONERACION DE RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA, INDEPENDIENTEMENTE DE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE CONTRACTUALMENTE SE CALIFIQUEN COMO FUERZA MAYOR Y/O CASO FORTUITO Y/O CAUSA EXTRAÑA.

LA FUERZA MAYOR Y/O CASO FORTUITO Y/O CAUSA EXTRAÑA NO AMPARADOS POR ESTA POLIZA, SERAN AQUELLOS QUE CUMPLAN CON LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN EL REGIMEN LEGAL COLOMBIANO

2.2. EL INCUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACION DE INDEMNIDAD PACTADA EN EL CONTRATO A CARGO DEL TOMADOR/ AFIANZADO POR PERJUICIOS O DAÑOS CAUSADOS A TERCEROS (RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL)

2.3. LAS CLAUSULAS PENALES O MULTAS IMPUESTAS AL CONTRATISTA DEUDOR, LAS CUALES SERAN DE SU CARGO EXCLUSIVO.

2.4. LOSPERJUICIOS ODAÑOSCAUSADOSPORELCONTRATISTAAPERSONASDISTINTASDELCONTRATANTE ASEGURADO.

2.5. LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN DE TOMAR OTROS SEGUROS, PREVISTA EN EL CONTRATO GARANTIZADO.

2.6. LOS PERJUICIOS QUE SE REFIERAN AL INCUMPLIMIENTO ORIGINADO EN MODIFICACIONES INTRODUCIDAS AL CONTRATO ORIGINAL, SALVO QUE SE OBTENGA LA AUTORIZACIÓN PREVIA POR ESCRITO DE LA COMPAÑÍA, MEDIANTE LA EMISIÓN DEL CORRESPONDIENTE CERTIFICADO DE MODIFICACIÓN.

2.7. ESTA PÓLIZA NO CUBRE EL LUCRO CESANTE EN QUE INCURRA EL ASEGURADO.

2.8. LOS PERJUICIOS DIFERENTES A LOS DIRECTOS SUFRIDOS POR EL CONTRATANTE COMO CONSECUENCIA DEL INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA, TALES COMO LOS PERJUICIOS INDIRECTOS, MORALES, INCIERTOS, FUTUROS, CONSECUENCIALES, SUBJETIVOS, ETC .

2.9. EL USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A QUE ESTE OBLIGADO EL ASEGURADO SOBRES LOS BIENES U OBRAS RELACIONADAS CON EL CONTRATO.

2.10. LA COMPAÑÍA DE SEGUROS NO SERÁ RESPONSABLE CUANDO LA RECLAMACIÓN VERSE SOBRE HECHOS ATRIBUIBLES AL DEMERITO DE USO O EL DESGASTE NATURAL Y NORMAL DE LOS BIENES U OBRAS RELACIONADAS CON EL CONTRATO, COMO CONSECUENCIA DEL TRANSCURSO DEL TIEMPO O DEL USO NORMAL DE DICHOS BIENES U OBRAS.

2.11. EL INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO EN EL PAGO DE PRESTACIONES LABORALES DERIVADAS DE CONVENCIONES COLECTIVAS, PACTOS COLECTIVOS, CONTRATOS SINDICALES Y CUALQUIER OTRA OBLIGACIÓN DE TIPO EXTRALEGAL PACTADA ENTRE EL TRABAJADOR Y EL CONTRATISTA GARANTIZADO.

2.12. DAÑOS Y PERJUICIOS POR OBLIGACIONES QUE NO APAREZCAN EN EL CONTRATO GARANTIZADO.

2.13. EL INCUMPLIMIENTO DE DISPOSICIONES LEGALES.

2.14. PARA EL AMPARO DE CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS NO TENDRAN COBERTURA LO HECHOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO POR PARTE DEL CONTRATANTE DE LAS RECOMENDADIONES O INSTRUCCIONES DEUSOEFECTUADAS POR ELCONTRATISTA.

2.15. Terrorismo nuclear, biológico, químico y radioactivo

2.16. Riesgos/ataques cibernéticos

2.17. Pandemias/Epidemias/Enfermedades por Coronavirus no cubre las pérdidas (múltiples o individuales), reclamaciones, daños a personas o bienes, responsabilidad, la interrupción de las actividades comerciales, la pérdida de beneficios o cualquier gasto consecuente o coste de cualquier naturaleza directa o indirectamente causado por, que surja de, que resulte de o en conexión con, o miedo a una epidemia o pandemia (declarada o no como tal por las autoridades competentes) o enfermedad infecciosa real o percibida incluido pero no limitado a: a) Enfermedades por coronavirus (COVID-19); b) Síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2);c) Cualquier variación o mutación de lo arriba. También excluye cualquier pérdida, reclamación, daño a personas o bienes, responsabilidad, la interrupción de las actividades comerciales, la pérdida de beneficios o cualquier gasto consecuente o coste de cualquier naturaleza directa o indirectamente causado por, que surja de, resultante de o en conexión con cualquier acción llevada a cabo o fracaso a la hora de tomar medidas para controlar, prevenir, suprimir dicha epidemia, pandemia o enfermedad infecciosa o cualquier variación o mutación de la misma.

CONDICIÓN SEGUNDA.

1. SUMA ASEGURADA.

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

2. VIGENCIA.

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA SE HARÁ CONSTAR EN LA CARÁTULA O EN SUS ANEXOS.

LA VIGENCIA NO PODRÁ SER INFERIOR AL PLAZO DE EJECUCIÓN

3. ALCANCE DE LA RESPONSABILIDAD.

EN CASO DE HABER SIDO CUMPLIDA PARCIALMENTE LA OBLIGACIÓN CUYO CUMPLIMIENTO SE AFIANZA, LA CUANTÍA DE LA INDEMNIZACIÓN DERIVADA DEL INCUMPLIMIENTO PARCIAL SE LIQUIDARÁ DEDUCIENDO, DE LA SUMA ASEGURADA, LA PROPORCIÓNEQUIVALENTE A LA PARTE CUMPLIDA DE LA OBLIGACIÓN.

CONDICIÓN TERCERA – DECLARACIÓN INEXACTA O RETICIENTE.

LAS AFIRMACIONES O LAS OMISIONES MALICIOSAS EN QUE HAYA INCURRIDO EL TOMADOR Y QUE HAYAN INDUCIDO A LA COMPAÑÍA A LA CONCESIÓN DEL SEGURO, ASÍ COMO LAS OMISIONES Y FALSEDADES DEL CONTRATISTA, QUE SE HAYAN HECHO CON LA COMPLICIDAD DEL TOMADOR O CON SU CONSENTIMIENTO, PRODUCE LA NULIDAD RELATIVA DEL PRESENTE CONTRATO.

CONDICIÓN CUARTA – PAGO DE LA PRIMA.

LA PRIMA DEBERÁ SER PAGADA POR EL TOMADOR CONTRA ENTREGA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

CONDICIÓN QUINTA – PROHIBICIÓN DE LA TRANSFERENCIA.

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

CONDICIÓN SÉXTA – REVOCACIÓN DEL CONTRATO.

LA COMPAÑÍA NO PUEDE REVOCAR EL AMPARO OTORGADO MEDIANTE LA PRESENTE PÓLIZA, DURANTE EL PERÍODO DE SUVIGENCIA.

CONDICIÓN SÉPTIMA – OBLIGACIONES EN CASO DE SINIESTRO.

EN CASO DE SINIESTRO EL ASEGURADO TIENE LA OBLIGACIÓN DE INFORMAR A LA COMPAÑÍA SOBRE SU OCURRENCIA DENTRO DE LOS TRES DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE LE HAYA CONOCIDO O DEBIDO CONOCER. IGUALMENTE SE OBLIGA, EN DESARROLLO DE LA OBLIGACIÓN DE EVITAR LA EXTENSIÓN Y PROPAGACIÓN DEL SINIESTRO A SUSPENDER LOS PAGOS AL CONTRATISTA DERIVADOS DEL CONTRATO GARANTIZADO HASTA TANTO DEFINA LA RESPONSABILIDAD DEL MISMO. CUANDO EL ASEGURADO NO CUMPLA CON ESTAS OBLIGACIONES, LA COMPAÑÍA DEDUCIRÁ DE LA INDEMNIZACIÓN EL VALOR DE LOS PERJUICIOS QUE TAL CONDUCTA LE HAYA CAUSADO.

CONDICIÓN OCTAVA – PÉRDIDA DEL DERECHO DE LA INDEMNIZACIÓN.

EL DERECHO DEL ASEGURADO A LA INDEMNIZACIÓN SE PERDERÁ EN LOSSIGUIENTES CASOS:

8.1. SI LAS PÉRDIDAS O DAÑOS HAN SIDO CAUSADOS POR EL ASEGURADO, POR SUS REPRESENTANTES LEGALES, DIRECTORES Y ADMINISTRADORES O CON SU COMPLICIDAD.

8.2. SI SE PRESENTA UNA RECLAMACIÓN FRAUDULENTA O ENGAÑOSA, O APOYADA EN PRUEBAS FALSAS.

8.1. SI AL DAR NOTICIA DEL SINIESTRO SE OMITE, MALICIOSAMENTE, INFORMAR ACERCA DE LAS GARANTÍAS COEXISTENTES.

CONDICIÓN NOVENA – PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

CORRESPONDERÁ AL ASEGURADO DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO, ASÍ COMO LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA. LA

COMPAÑÍA DEBERÁ DEMOSTRAR LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS EXCLUYENTES DE SU RESPONSABILIDAD.

LA COMPAÑÍA ESTARÁ OBLIGADA A EFECTUAR EL PAGO DEL SINIESTRO DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA EN QUE EL ASEGURADO O BENEFICIARIO ACREDITE SU DERECHO, AUN EXTRAJUDICIALMENTE, DE ACUERDO CON LO DICHO EN LOS PÁRRAFOS ANTERIORES. DENTRO DEL MISMO TÉRMINO, LA COMPAÑÍA PODRÁ TOMAR A SU CARGO EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO, CASO EN EL CUAL SUSTITUIRÁ AL CONTRATISTA EN TODOS SUS DERECHOS Y OBLIGACIONES DERIVADOS DEL CONTRATO GARANTIZADO. LA COMPAÑÍA ESTÁ EN DERECHO DE EXIGIR LA DOCUMENTACIÓN ADICIONAL QUE SEA PERTINENTE PARA EL COMPROBAR LA OCURRENCIA Y CUANTÍA DEL SINIESTRO Y EL ASEGURADO ESTÁ EN LA OBLIGACIÓNDE APORTARLA.

CONDICIÓN DÉCIMA – REDUCCIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN.

SI EL ASEGURADO O BENEFICIARIO, AL MOMENTO DE DESCUBRIRSE EL INCUMPLIMIENTO O EN CUALQUIER MOMENTO POSTERIOR A ÉSTE, FUERE DEUDOR DEL CONTRATISTA POR CUALQUIER CONCEPTO, LA INDEMNIZACIÓN A CARGO DE LA COMPAÑÍA SE DISMINUIRÁ EN EL MONTO DE DICHA DEUDA, SIEMPRE Y CUANDO SU COMPENSACIÓN SEA VIABLE DE ACUERDOCONLA LEY.

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA – CESIÓN DEL CONTRATO.

SI PORELINCUMPLIMIENTODEL CONTRATISTALACOMPAÑÍARESOLVIERACONTINUARCON LAEJECUCIÓNDELCONTRATO Y LA ENTIDAD CONTRATANTE ESTUVIESE DE ACUERDO CON ELLOS, EL CONTRATISTA ACEPTA DESDE AHORA LA CESIÓN DEL CONTRATO A FAVOR DE LA COMPAÑÍA.

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA – SUBROGACIÓN.

EN VIRTUD DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, LA COMPAÑÍA SE SUBROGA, HASTA CONCURRENCIA DE SU IMPORTE, EN TODOS LOS DERECHOS DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO, CONTRA EL CONTRATISTA. EL ASEGURADO O BENEFICIARIO NO PUEDE RENUNCIAR EN NINGÚN MOMENTO A SUS DERECHOS CONTRA EL CONTRATISTA Y SI LO HICIERA PERDERÁ EL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN. EL CONTRATISTA SE OBLIGA A REEMBOLSAR INMEDIATAMENTE A LA COMPAÑÍA LA SUMA QUE ÉSTA LLEGARE A PAGAR AL ASEGURADO, CON OCASIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, ACRECIDA CON LOS INTERESES MÁXIMOS LEGALES VIGENTES AL MOMENTO DEL REEMBOLSO, CALCULADOS DESDE QUE LA COMPAÑÍA EFECTUÓ EL PAGO RESPECTIVO,SINNECESIDADDEREQUERIMIENTOSPREVIOS.

CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA – VIGILANCIA E INSPECCIÓN.

LA COMPAÑÍA TIENE LA FACULTAD PARA VIGILAR LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO E INTERVENIR DIRECTAMENTE PARA LOGRAR SU CUMPLIMIENTO. EL ASEGURADO, EN LA MEDIDA DE SUS FACULTADES COLABORARÁ EN LA VIGILANCIA Y EN EL CONTROL DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO.

LA COMPAÑÍA PODRÁ INSPECCIONAR LOS DOCUMENTOS DEL ASEGURADO O DEL CONTRATISTA QUE TENGAN RELACIÓN CONEL CONTRATOGARANTIZADO.

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA – OTRAS GARANTÍAS.

SI EL RIESGO AMPARADO POR LA PRESENTE PÓLIZA LOESTUVIERE IGUALMENTE POR OTRA U OTRAS GARANTÍAS, EL VALOR DE LA INDEMNIZACIÓN POR LOS SINIESTROS AMPARADOS SE DISTRIBUIRÁ A PRORRATA.

CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA – CLAUSULAS INCOMPATIBLES.

EN CASO DE INCONGRUENCIA ENTRE LAS CONDICIONES GENERALES O PARTICULARES DE LA PRESENTE PÓLIZA Y LAS DEL CONTRATO AFIANZADO, PREVALECERÁN LAS PRIMERAS. SI LA INCONGRUENCIA SE PRESENTA ENTRE LAS CONDICIONES PARTICULARES Y LAS CONDICIONES GENERALES, PREVALECERÁN LAS PRIMERAS.

CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA – NOTIFICACIONES.

CUALQUIER NOTIFICACIÓN QUE DEBAN HACERSE LAS PARTES PARA LOS EFECTOS DEL PRESENTE CONTRATO DEBERÁ CONSIGNARSE POR ESCRITO, CON EXCEPCIÓN DE LO DICHO LA CONDICIÓN SÉPTIMA PARA EL AVISO DEL SINIESTRO Y, SERÁ PRUEBA SUFICIENTE DE LA MISMA LA CONSTANCIA DE SU ENVÍO POR CORREO RECOMENDADO O CERTIFICADO DIRIGIDO A LA ÚLTIMA DIRECCIÓN CONOCIDA DE LA PARTE. TAMBIÉN SERÁ PRUEBA SUFICIENTE DE LA NOTIFICACIÓN LA CONSTANCIA _RECIBIDO_ CON LA FIRMA RESPECTIVA DE LA PARTE DESTINATARIA.

CONDICIÓN DÉCIMA SÉPTIMA – PRESCRIPCIÓN.

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

CONDICION CÉDIMA OCTAVA – COASEGURO.

EN CASO DE EXISTIR COASEGURO AL QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 1095 DE CÓDIGO DE COMERCIO, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN A QUE HAYA LUGAR SE DISTRIBUIRÁ ENTRE LOS ASEGURADORES EN PROPORCIÓN DE LAS CUANTÍAS DE SUS RESPECTIVOS SEGUROS, SIN QUE EXISTASOLIDARIDAD ENTRE LAS ASEGURADORAS PARTICIPANTES, Y SIN EXCEDERDE LA SUMA ASEGURADA BAJO EL CONTRATO DE SEGURO.

CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA – DOMICILIO.

SIN PERJUICIO DE LAS DISPOSICIONES PROCESALES, PARA LOS EFECTOS RELACIONADOS CON EL PRESENTE CONTRATO SE



FIJA COMO DOMICILIO DE LAS PARTES LA CIUDAD DE_____EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

EL TOMADOR

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS
CALLE 33 No. 6B – 24 PISOS 2 Y 3
TELEFONO 285 5600 BOGOTA, D.C.


seguros
mundial®
tu compañía siempre