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 CAUCA**
**CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS REGIONAL CAUCA**
**Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1**
**Resoluciòn DIAN Nº 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)**

| | |
|---|---|
| Código Regional | 19 |
| Código Centro | 930710 |
| Fecha Elaboración | Febrero de 2022 |
| Versión | ENERO 2022 - 1,22 |
| ID de Proceso | 19861-368267 |
| No. de documento | 340650 |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | PAOLA ANDREA LALINDE VILLANI | **C.C.** | 34.607.268 | **IP/Nº de contacto** | 3117199393 |
| **Correo electrónico contratista:** | plalindev@sena.edu.co | | | | |
| **Régimen del IVA:** | NO RESPONSABLE | **Pertenece al régimen simple de tributación?** | NO | **Es declarante de renta?** | SI |
| **Es Pensionado?** | NO | | | | |
| **Sus ingresos en el 2021 fueron iguales o superiores** | NO | **Inducción SST** | SI | **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** | NO |
| **Banco al cual consignar:** | DAVIVIENDA | **Tipo de cta** | AHORROS | **Nº Cuenta** | 011800157668 |
| **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 2022 supera los $ 125'413.200** | NO | | |

## DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº del contrato:** | 3291606/2022 | | | **Nº Compromiso SIIF** | 22822 | | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 38.600.000 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 38.600.000 | **1** | **Del** | **01/02/2022** | **Al** | **28/02/2022** | **$ 3.860.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 34.740.000 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:**
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar servicios personales de carácter temporal como instructor contratista, impartiendo formación profesional integral presencial, a distancia o virtual; en el programa de articulación con le media, del centro de comercio y servicio, pertenecientes al área o red de conocimiento: Contabilización de operaciones comerciales y financieras, según las necesidades del servicio, en el o los municipios del

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.860.000 | Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383° | | 0,00% |
| | | Retencion en la Fuente del Periodo | | $ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 0 | | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 3.860.000** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.275.425** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | | **$ 0** |

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

| | Febrero | Enero | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | 9430908505 | Valor Base retención en la fuente | 2.275.425,00 | TARIFA |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.544.000 | $ 0 | Valor Base retención en la fuente ICA | 3.419.900,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 193.000 | $ 0 | Valor base IVA | 0,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 247.100 | $ 0 | IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 | Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| ARL I | $ 8.100 | $ 0 | Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | $ - | | Reteica - 300 | 6.840,00 | 0,200% |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC | $ - | | - | 0,00 | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064 | $ - | | - | 0,00 | |
| Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.800.400 | $ - | | - | 0,00 | |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Dependientes hasta $ 1.216.128 | $ 386.000 | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Salud hasta $ 608.064 | $ - | | | | |
| Renta Exenta 25% $ 9.120.960 | $ 758.475 | | Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| | | | **VALOR A PAGAR** | **$ 3.853.160,00** | |

**SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL CIENTO SESENTA PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ejecución de la formación Profesional Integral de acuerdo con las políticas y procedimientos institucionales
Fichas No 2290568 - Programa de Formación: técnico en contabilización de Operaciones Comerciales y Financieras - I.E JOSÉ MARÍA CÓRDOBA- MONDOMO
Fichas No 2290555 - Programa de Formación: técnico en contabilización de Operaciones Comerciales y Financieras - I.E Institución Educativa Francisco Antonio Rada- Morales
Fichas No 2299814 - Programa de Formación: técnico en contabilización de Operaciones Comerciales y Financieras - I.E Institución Educativa Manuel de Valverde- Guapi
Competencia: 37888 - Reconocer recursos financieros de acuerdo con metodología y normativa
RAP: 586315 - 8. APLICAR HERRAMIENTAS OFIMÁTICAS EN EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN CONTABLE, SEGÚN POLÍTICAS DE LA ORGANIZACIÓN.

**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.

**PAOLA ANDREA LALINDE VILLANI**
**EL CONTRATISTA**

## CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

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

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

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

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

**ANA ALEXANDRA RODRIGUEZ VARGAS**
**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**

**JOHN JAIRO MOTTA CALDERON**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

en línea

## Resumen General de Pago

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 34607268 | | LALINDE VILLANI PAOLA ANDREA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Cra 18 N 11-15 | SANTANDER DE QUILICHAO-CAUCA | 8291331 | No |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2022-01 | 2022-01 | 1326027813 | 9430908505 | I | 2022/02/15 | 2022/02/14 | BANCOLOMBIA | 0 | $315,500 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Dias | IBC | Aporte |
| Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | $1,000,000 | $160,000 | | | $1,000,000 | $125,000 | | | $1,000,000 | $20,000 | | | $1,000,000 | $10,500 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | **$1,000,000** | **$160,000** | | | **$1,000,000** | **$125,000** | | | **$1,000,000** | **$20,000** | | | **$1,000,000** | **$10,500** | | **$0** | **$0** |
| Ciudad: SANTANDER DE QUILICHAO Depto: CAUCA ( 1 Afiliados) | | | | | **$1,000,000** | **$160,000** | | | **$1,000,000** | **$125,000** | | | **$1,000,000** | **$20,000** | | | **$1,000,000** | **$10,500** | | **$0** | **$0** |
| 1 | CC | 34607268 | LALINDE PAOLA | 231001 | 30 | $1,000,000 | $160,000 | EPS016 | 30 | $1,000,000 | $125,000 | CCF14 | 30 | $1,000,000 | $20,000 | 14-23 | 30 | $1,000,000 | $10,500 | 30 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | **$1,000,000** | **$160,000** | | | **$1,000,000** | **$125,000** | | | **$1,000,000** | **$20,000** | | | **$1,000,000** | **$10,500** | | **$0** | **$0** |

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 34607268 | | LALINDE VILLANI PAOLA ANDREA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Cra 18 N 11-15 | SANTANDER DE QUILICHAO-CAUCA | 8291331 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2022-01 | 2022-01 | 1326027813 | 9430908505 | I | 2022/02/15 | 2022/02/14 | BANCOLOMBIA | 0 | $315,500 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $160,000 | $0 | $0 | $160,000 |
| COLFONDOS | 231001 | 800,227,940 | 6 | 1 | $160,000 | $0 | $0 | $160,000 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $10,500 | $0 | $0 | $10,500 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $10,500 | $0 | $0 | $10,500 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $20,000 | $0 | $0 | $20,000 |
| COMFACAUCA | CCF14 | 891,500,182 | 0 | 1 | $20,000 | $0 | $0 | $20,000 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $125,000 | $0 | $0 | $125,000 |
| COOMEVA | EPS016 | 805,000,427 | 1 | 1 | $125,000 | $0 | $0 | $125,000 |
| TOTAL | | | | 1 | $315,500 | $0 | $0 | $315,500 |



2022/02/14 03:29 PM

# Resultado de una transacción - Multipagos PSE

## Notificación
de pago en línea

Has recibido una notificación correspondiente a una transacción realizada a través de pagos PSE de Bancolombia.

**Pago realizado por:** LEONARDO ALEXANDER SARRIA HERNANDEZ

**Tienda virtual o recaudador:** APORTES EN LINEA

**Nro. de recibo:** 9430908505

**Descripción del pago:** Pago de la Planilla de aportes con clave: 9430908505

**Identificación del contribuyente:** 191.156.4.198

**Concepto:** CC

**Razón Social:** 34607268

**Fecha y hora de la transacción:** Lunes 14 de Febrero de 2022 03:28:35 PM

**Nro. de comprobante:** 0000041411

**Valor pagado:** $ 315,500.00

**Cuenta:** *******0961

Bancolombia S.A.

EPS

sura

# CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

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

## CERTIFICA

Que **PAOLA ANDREA LALINDE VILLANI** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **34607268** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 34607268 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | PAOLA ANDREA LALINDE VILLANI |
| TIPO DE AFILIADO | SEGUNDO COTIZANTE |
| PARENTESCO | CONYUGE |
| ESTADO DE AFILIACIÓN | TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL |
| CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN | COBERTURA INTEGRAL |
| FECHA DE INGRESO A EPS SURA | 01/02/2022 |
| FECHA RETIRO EPS SURA | ACTIVO(A) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA | 0 |
| SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO | 0 |

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
**Fecha de generación:** **08/02/2022**

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

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) PAOLA ANDREA LALINDE VILLANI identificado(a) con C.C No. 34.607.268, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 17 de febrero del 2022.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

EXAMEN: INGRESO X PERIODICO ___ EGRESO ___ TRABAJO-RIESGO ___ CAMBIO OFICIO ___ REINCORP. LABORAL ___ RECOMENDAC LAB ___ CALIF. ORIGEN ___ CONTROL AT-EL ___ DEPORTIVA ___ REV. PARACLINICOS ___

FECHA 22-oct 2020

NOMBRE-APELLIDOS: Paola Andrea Salinas Villani EDAD: 42 C.C 34607268

CARGO: Instructora CIUDAD Fontibón

EMPRESA: SENA

EXAMENES PARACLINICOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. Optometría ___ | 4. Glicemia ___ | 7. P. de orina ___ | 10. Coprológico ___ |
| 2. Audiometría ___ | 5. Cuadro Hemático ___ | 8. Koh uñas ___ | 11. Creatinina ___ |
| 3. Espirometría ___ | 6. P. Lipídico ___ | 9. F. Faringeo ___ | 12. TGO-TGP ___ |

10. Otros: ___

**CONCEPTO DE LA VALORACIÓN MÉDICA**

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO SIN PATOLOGÍA APARENTE X
APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA QUE NO LIMITA LA LABOR ___
APTO CON RESTRICCIONES O ADAPTACIONES PARA LA LABOR ___
APLAZADO ___
APTO PARA LABOR EN ALTURAS ___
APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS ___
APTO PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO SU LABOR ___
EXAMEN DE RETIRO ___
SECUELA DE ACCIDENTE DE TRABAJO SI ___ NO ___ FECHA AT:
ENFERMEDAD PROFESIONAL SI ___ NO ___ FECHA DXCO:
ENFERMEDAD RELACIONADA CON EL TRABAJO SI ___ NO ___
EXAMEN CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR ___

**RECOMENDACIONES**

PARA EL TRABAJADOR: RESRICCIONES LABORALES: Transitorias: ___ Tiempo: ___ Permanentes: ___

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: Ninguna

Se remite a EPS: ___ Continuar manejo medico por EPS ___ Se remite a ARL: ___

PARA LA EMPRESA:
SIEMPRE DOTAR AL TRABAJADOR DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL HOMOLOGADOS SEGÚN LOS FACTORES DE RIESGO OCUPACIONALES IDENTIFICADOS POR LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA. CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD EN LOS AMBIENTES DE TRABAJO.

**Otras:**

**Ingresar al trabajador examinado al Sistema de Vigilancia Epidemiológica Ocupacional:**
Ergonómico: ___ Psicosocial ___ Auditivo: ___ Visual: ___ Respiratorio: ___ Biológico: ___
Químico: ___ De accidente de trabajo: ___ Otro ___

**Firma del Trabajador**

**MD. Cesar Augusto Astudillo**
Doctor Cesar Augusto Astudillo
L.S.O. 011/2009
de Renovacion 02425-03-2019

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14733134803

(415)7707212489984(8020) 000001473313480 3

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 3 4 6 0 7 2 6 8 | 7 | Impuestos y Aduanas de Popayán 1 7 | |

## 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 | 3 4 6 0 7 2 6 8 | 1 9 9 7 0 2 0 1 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Cauca 1 9 | Santander de Quilichao 6 9 8 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| LALINDE | VILLANI | PAOLA | ANDREA |

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Cauca 1 9 | Santander de Quilichao 6 9 8 |

41. Dirección principal: CR 18 11 19 P 2 BRR DORADO

42. Correo electrónico: andrea.pao15@hotmail.com

43. Código postal

| 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|
| 3 1 1 7 1 9 9 3 9 3 | 3 1 2 8 0 5 2 8 1 3 |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

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

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 2 2 4 9

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

### Obligados aduaneros

54. Código

### Exportadores

55. Forma | 56. Tipo | Servicio 1 2 3

57. Modo

58. CPC

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

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X]

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2021 - 01 - 22 / 14 : 57: 47

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: LALINDE VILLANI PAOLA ANDREA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**POSITIVA**
**COMPAÑIA DE SEGUROS S.A**
**NIT 860.011.153-6**

**CERTIFICA QUE:**

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora PAOLA ANDREA LALINDE VILLANI, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 34607268, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 07/02/2022 y fecha fin de contrato 30/11/2022 con riesgo 1.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202201012546444.

Esta certificación se expide a los 17 días del mes de Febrero de 2022.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordialmente

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



Impreso por Internet el 17/02/2022 10:01:18 p. m.
ISCDC: 17/02/2022 10:01:18 p. m.

## Hace constar:

Que el Sr(a) PAOLA ANDREA LALINDE VILLANI Identificado(a) con cédula de ciudadanía 34607268 realizó el día 14/02/2022 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 PAOLA ANDREA LALINDE VILLANI Identificado(a) con cédula de ciudadanía 34607268 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

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



Firma

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

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

# CERTIFICADO

**SANTANDER** **18/01/2022**
**DE QUILICHAO,**
**CAUCA,**
COLOMBIA,
**A quién interese**

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora PAOLA ANDREA LALINDE VILLANI** con **Cédula de Ciudadanía** n#mero **34607268**

Posee en el banco Davivienda:

**CUENTA DE AHORROS DAMAS**

| | |
|---|---|
| N#mero | **0550011800157668** |
| Saldo a la fecha | **89,794.33 Pesos** |
| Fecha de apertura | **03/01/2017** |

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

# PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
## DECRETO 1082 DE 2015

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN: | SUCURSAL: | COD. SUC: | NO. PÓLIZA: | ANEXO: |
|---|---|---|---|---|
| POPAYAN | POPAYAN | 40 | 40-46-101003742 | 0 |

| FECHA EXPEDICIÓN: | | | VIGENCIA DESDE: | | | A LAS: | VIGENCIA HASTA: | | | A LAS: | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DÍA: | MES: | AÑO: | DÍA: | MES: | AÑO: | HORAS: | DÍA: | MES: | AÑO: | HORAS: | TIPO MOVIMIENTO: |
| 26 | 01 | 2022 | 01 | 02 | 2022 | 00:00 | 31 | 03 | 2023 | 23:59 | EMISIÓN ORIGINAL |

### DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | LALINDE VILLANI PAOLA ANDREA | IDENTIFICACIÓN: | C.C. :34,607,268 |
|---|---|---|---|
| DIRECCIÓN: | CRA 18 11 19 | CIUDAD: SANTANDER DE QUILICHAO - CAUCA | TELÉFONO: 3117199393 |

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

| ASEGURADO/BENEFICIARIO: | SENA REGIONAL CAUCA CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS | IDENTIFICACIÓN: | NIT. :899,999,034-1 |
|---|---|---|---|
| DIRECCIÓN: | CR 9 71N 60 | CIUDAD: POPAYAN - CAUCA | TELÉFONO: 8247679 |
| ADICIONAL: | | | |

### OBJETO DEL SEGURO

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

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.3291606 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR CONTRATISTA,IMPARTIENDO FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL PRESENCIAL, A DISTANCIA O VIRTUAL EN EL PROGRAMA DE ARTICULACIÓN CON LE MEDIA, DEL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIO, PERTENECIENTES AL ÁREA O RED DE CONOCIMIENTO CONTABILIZACIÓN DE OPERACIONES COMERCIALES Y FINANCIERAS, SEGÚN LAS NECESIDADES DEL SERVICIO, EN EL O LOS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL CAUCA DONDE SE LE ASIGNE POR LA ENTIDAD CONTRATANTE

### AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

| AMPAROS: | VIGENCIA DESDE: | VIGENCIA HASTA: | SUMA ASEG/ACTUAL: |
|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 01/02/2022 | 31/03/2023 | $ 3,860,000.00 |

ACLARACIONES:

| VALOR PRIMA NETA: | GATOS EXPEDICIÓN: | IVA: | TOTAL A PAGAR: | VALOR ASEGURADO TOTAL | PLAN DE PAGO: |
|---|---|---|---|---|---|
| $ 15,000.00 | $ 8,000.00 | $ 4,370.00 | $ 27,370.00 | $ 3,860,000.00 | CONTADO |

| INTERMEDIARIO | | | DISTRIBUCIÓN COASEGURO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: | CLAVE: | % PART: | NOMBRE COMPAÑÍA: | % PART: | VALOR ASEGURADO: |
| SARA MARIA GOMEZ | 963466 | 100,00 | | | |

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

**PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 4 NO 8-26 EDIFICIO MODESTO CASTILLO - TELÉFONO: 8**



40-46-101003742

**FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General**



**FIRMA TOMADOR**

Verifique su póliza escaneando el código QR.
Aplica únicamente para la emisión original.



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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

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

Hacemos constar, que la póliza No. 40-46-101003742, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

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

Dado en POPAYAN, a los 26 días del mes de Enero de 2022



**FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General**



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

## SEGUROS DEL ESTADO S.A.

**Hace constar que:** **RECIBO DE PAGO N°:** 40461010037420

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

| | |
|---|---|
| **FECHA** | |
| CONTADO | |
| **RECIBIMOS DE:** | LALINDE VILLANI PAOLA ANDREA — C.C. C.C. :34,607,268 |
| **LA SUMA DE:** | VEINTISIETE MIL TRESCIENTOS SETENTA PESOS M/CTE |
| **POR CONCEPTO DE:** | PAGO DE PÓLIZA NRO.: 40-46-101003742 |

| SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA | PRIMA | GASTOS EXPEDICION | IVA | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| POPAYAN - CU. ESTATAL - 101003742 - 0 - 0 | $ 15,000.00 | $ 8,000.00 | $ 4,370.00 | $ 27,370.00 |

**FORMA DE PAGO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | **EFECTIVO:** | $ 27,370.00 |
| | | **CHEQUE:** | $ 0.00 |
| | | **TARJETA:** | $ 0.00 |
| | | **BD:** | $ 0.00 |
| **INTERMEDIARIO:** | SARA MARIA GOMEZ - 963466 | **OTROS:** | $ 0.00 |
| | | **TOTAL:** | $ 27,370.00 |
| | | **CAJERO: RAPIESTADO** | |

**ORIGINAL**


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

## SEGUROS DEL ESTADO S.A.

**Hace constar que:** **RECIBO DE PAGO N°:** 40461010037420

| | |
|---|---|
| **FECHA** | |
| CONTADO | |
| **RECIBIMOS DE:** | LALINDE VILLANI PAOLA ANDREA — C.C. C.C. :34,607,268 |
| **LA SUMA DE:** | VEINTISIETE MIL TRESCIENTOS SETENTA PESOS M/CTE |
| **POR CONCEPTO DE:** | PAGO DE PÓLIZA NRO.: 40-46-101003742 |

| SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA | PRIMA | GASTOS EXPEDICION | IVA | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| POPAYAN - CU. ESTATAL - 101003742 - 0 - 0 | $ 15,000.00 | $ 8,000.00 | $ 4,370.00 | $ 27,370.00 |

**FORMA DE PAGO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | **EFECTIVO:** | $ 27,370.00 |
| | | **CHEQUE:** | $ 0.00 |
| | | **TARJETA:** | $ 0.00 |
| | | **BD:** | $ 0.00 |
| **INTERMEDIARIO:** | SARA MARIA GOMEZ - 963466 | **OTROS:** | $ 0.00 |
| | | **TOTAL:** | $ 27,370.00 |
| | | **CAJERO: RAPIESTADO** | |

**COPIA**



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

**PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES**
**SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.40-46-101003742**

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT 860.009.578-6

**1. AMPAROS.**

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

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

**1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.**

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

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

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

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

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

**1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.**

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

**1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.**

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

**1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.**

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

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

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

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

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

**1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.**

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

**1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO**

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

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

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

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

**2. EXCLUSIONES.**

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

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

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

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

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

**3. SUMA ASEGURADA.**

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

**4. VIGENCIA.**

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

**5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.**

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

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

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

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

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

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

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

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

**6. COMPENSACIÓN.**

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

**7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.**

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

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

**8. PLAZO PARA EL PAGO.**

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

**9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.**

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

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

**10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.**

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

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

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

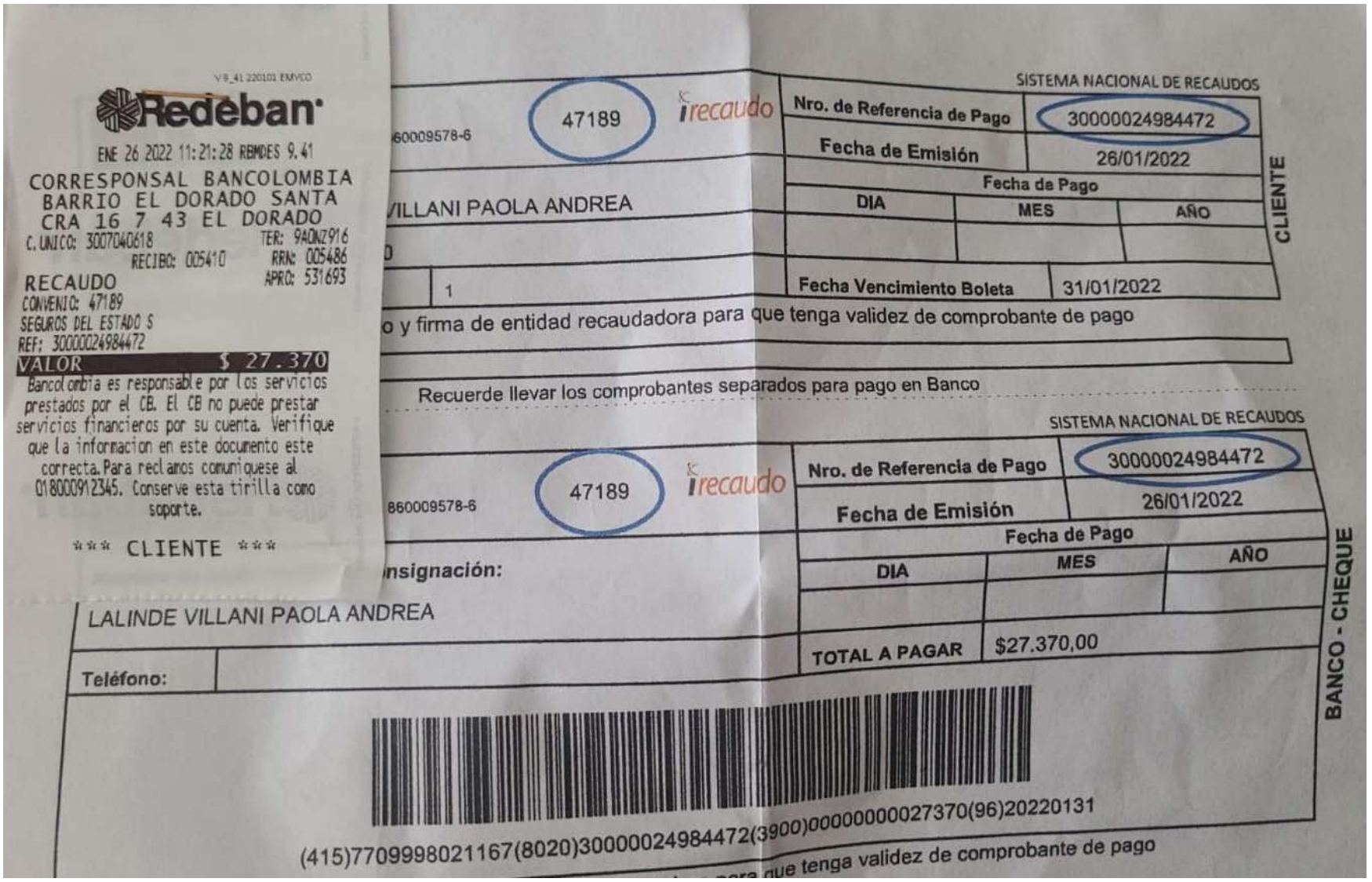
**12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES**

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

**13. COASEGURO**

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO



V 9_41 220101 EMVCO

Redeban

ENE 26 2022 11:21:28 REMDES 9.41

CORRESPONSAL BANCOLOMBIA
BARRIO EL DORADO SANTA
CRA 16 7 43 EL DORADO
C.UNICO: 3007040618 TER: 9AONZ916
RECIBO: 005410 RRN: 005486
APRO: 531693

RECAUDO
CONVENIO: 47189
SEGUROS DEL ESTADO S
REF: 30000024984472
VALOR $ 27.370

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

*** CLIENTE ***

860009578-6 47189 irecaudo

SISTEMA NACIONAL DE RECAUDOS

| | |
|---|---|
| Nro. de Referencia de Pago | 30000024984472 |
| Fecha de Emisión | 26/01/2022 |
| Fecha de Pago | |
| DIA / MES / AÑO | |
| Fecha Vencimiento Boleta | 31/01/2022 |

CLIENTE

VILLANI PAOLA ANDREA

1

o y firma de entidad recaudadora para que tenga validez de comprobante de pago

Recuerde llevar los comprobantes separados para pago en Banco

860009578-6 47189 irecaudo

SISTEMA NACIONAL DE RECAUDOS

Nro. de Referencia de Pago 30000024984472
Fecha de Emisión 26/01/2022
Fecha de Pago
DIA / MES / AÑO

nsignación:

LALINDE VILLANI PAOLA ANDREA

Teléfono:

TOTAL A PAGAR $27.370,00

BANCO - CHEQUE

(415)7709998021167(8020)30000024984472(3900)00000000027370(96)20220131

para que tenga validez de comprobante de pago

*CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES*

Bogotá, 24 de agosto de 2015

Señores
**SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)**
Ciudad

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 empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **T.I.** | **1.110.373.100** | **LAURA VALENTINA SARRIA LALINDE** | **HIJO** |
| **T.I.** | **1.110.363.291** | **JULIANA ANDREA SARRIA LALINDE** | **HIJO** |

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

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: PAOLA ANDREA LALINDE VILLANI

C.C. 34.607.268

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1.110.373.100

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 50502092

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 18 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código TYZ

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

NOTARIA 18 CALI - COLOMBIA - VALLE - CALI

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| SARRIA | LALINDE |

Nombre(s): LAURA VALENTINA

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2011 Mes AGO Día 22 | FEMENINO | O | POSITIVO |

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA VALLE CALI

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | 10901337-7 |

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos: LALINDE VILLANI PAOLA ANDREA

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 34.607.268 | COLOMBIA |

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos: SARRIA HERNANDEZ LEONARDO ALEXANDER

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 10.492.198 | COLOMBIA |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos: SARRIA HERNANDEZ LEONARDO ALEXANDER

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 10.492.198 | |

**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 |
|---|---|
| | |

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

| Fecha de Inscripción | Nombre y firma del funcionario que autoriza |
|---|---|
| Año 2011 Mes AGO Día 23 | BERNARDO VALLEJO RESTREPO - NOTAR<br>Nombre y firma |

REPÚBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA DIECIOCHO
CALI
Departamento del Valle del Cauca

| Reconocimiento paterno | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento |
|---|---|
| Firma | Nombre y firma |

**ESPACIO PARA NOTAS**

11 MAR 2018

La Notaria Dieciocho del Circulo de Cali, **CERTIFICA** que es copia del Original que reposa en esta Notaria y a solicitud de _____ con C.C. _____ se expide para _____
**Inciso 2 Art.115 Decreto 1260 de 1970.**

Solicitante _____
C.C. 10492198

BERNARDO JOSE VALLEJO DAVIS
Notario Dieciocho del Circulo de Cali-Encargado

REPÚBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA DIECIOCHO CALI
Bernardo Jose Vallejo Davis
NOTARIO ENCARGADO
Departamento del Valle del Cauca

ESTE DOCUMENTO CIVIL TIENE VALIDEZ FUNCIONAL

Calle 9No.65-42 Cali, Colombia Teléfono 332 7008 Fax 333 40 41

Scanned by TapScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1110363291

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 35478953

35478953

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 18 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 9 6 9 9

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

COLOMBIA ======= VALLE==========CALI==========

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| SARRIA | LALINDE |

Nombre(s)

JULIANA ANDREA

| Fecha de nacimiento | | | Sexo (en letras) | Grupo Sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|---|---|
| Año 2004 | Mes 07 | Día 14 | FEMENINO | "A" | POSITIVO |

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

COLOMBIA==========VALLE========CALI

| Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO DE NACIMIENTO========== | A5485715 |

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos

LALINDE VILLANI PAOLA ANDREA

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC34.607.268 SANTANDER DE QUILICHAO | COLOMBIANA |

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos

SARRIA HERNANDEZ LEONARDO ALEXANDER

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC10.492.198 SANTANDER DE QUILICHAO | COLOMBIANA |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos

SARRIA HERNANDEZ LEONARDO ALEXANDER

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC10.492.198 SANTANDER DE QUILICHAO | |

**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 2004 Mes JULIO 14 Día | CLARA INES GUTIERREZ DE PENAG(<br>NOTARIA DIECIOCHO DEL CIRCULO DE CALI (Encargada) |

| Reconocimiento paterno | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento |
|---|---|
| Firma | CLARA INES GUTIERREZ DE PENAG(<br>NOTARIA DIECIOCHO DEL CIRCULO DE CALI (Encargada)<br>Nombre y Firma |

**ESPACIO PARA NOTAS**

LA MADRE ACEPTA EL RECONOCIMIENTO
PAOLA ANDREA LALINDE DE VILLANI

CLARA INES GUTIERREZ DE PENAGOS
NOTARIA DIECIOCHO DE CALI(EN

21 MAR 2018

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Ana Beatriz Alfaro

La Notaria Dieciocho del Circulo de Cali, **CERTIFICA** que es copia del Original que reposa en esta Notaria y a solicitud de _____ con C.C. _____ se expide para _____
**Inciso 2 Art.115 Decreto 1260 de 1970.**

Solicitante _____
C.C. - 10492198

BERNARDO JOSE VALLEJO DAVIS
Notario Dieciocho del Circulo de Cali-Encargado

Calle 9No.65-42 Cali, Colombia Teléfono 332 7008 Fax 333 40 41

Scanned by TapScanner