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 BOLÍVAR
CENTRO PARA LA INDUSTRIA PETROQUÍMICA-BOLÍVAR
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	**13**
Código Centro	**921810**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2022**
Versión	**ENERO 2022 - 1,22**
ID de Proceso	**28646-319206**
No. de documento	**349710**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	LILIANA MARIA GAVIRIA TRESPALACIO	**C.C.**	45.483.976	**IP/Nº de contacto**	3143251941
Correo electrónico contratista:	lmgaviria679@misena.edu.co				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	NO	**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:	BANCO CAJA SOCIAL	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		24071666390	
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:	3459604/2022			**Nº Compromiso SIIF**	**16922**	
Valor Total del Contrato	$ 39.975.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 39.975.000	**1**	**Del**	**01/02/2022**	**Al** **28/02/2022**	**$ 3.997.500,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 35.977.500		Legalización comisiones del periodo		$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, QUE PROGRAME EL CENTRO DE FORMACIÓN EN SUS DIFERENTES NIVELES EN MODALIDAD FORMACIÓN TITULADA – COMPLEMENTARIA – DESPLAZADOS - COMPORTAMIENTO

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.997.500	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	**$ 3.997.500**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.167.988**	**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	----------	**9431019689**	Valor Base retención en la fuente	2.167.988,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.599.000	$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	3.541.700,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 199.900	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 255.900	$ 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	$ 8.400	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	0,00	0,800%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ 141.100		-	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	$ 399.750		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 608.064	$ 110.200				
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 722.663		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.997.500,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Formacion complementaria ficha 2482778, 2482779,2482777,2482780
Reunión de induccion general
Planificación de la formación
Gestión de la formación complementaria en la población desplazada.

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.

LILIANA MARIA GAVIRIA TRESPALACIO
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,

MERLY NEIRA MENDEZ
TECNICO G03

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

ROBERTO PLATA CHACON
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

Centro Medico Iris De Avila

Especialista Salud Ocupacional

Cartagena - Bolívar CODIGO DE PRESTADOR 1300103224-01
NIT 901295132-8



CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

NOMBRES Y APELLIDOS: LILIANA MARIA GAVIRIA TRESPALACIOS *DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 45.483.976* *FECHA: 07/01/2020*

Datos diligenciados por el Médico Especialista	SI	NO	Datos diligenciados por el Médico Especialista	SI	NO
Satisfactorio sin alteración en la consulta			Con restricciones para trabajo seguro en altura		
Presenta limitaciones de origen común que deben ser valorados por EPS			Aplazado		
con restricción, puede laborar si recibe tratamiento o protección			con restricciones que limitan su capacidad laboral		
Con recomendaciones para desempeñar el cargo	X		Con restricciones, parece de enfermedad limitación que interfiere en su capacidad		

HALLAZGOS CLINICOS:

Consciente, orientado, tranquilo, signos vitales normales, cuello móvil, pupilas isocóricas normoreactivas, mucosas hidratadas.
Estado neuromuscular y articular de las extremidades superiores e inferiores normales,
Sintomas cardiovasculares y pulmonares rítmicos sin soplos, normales.
A nivel neurológica coordinación, de la marcha y de los movimientos normales.
Examen físico presenta: obesidad grado I, – talla en estatura 1.78mts, peso 98kg, IMC 30.9
Audiometria presenta: audición normal bilateral.
Optometria presenta: miopia y astigmatismo.
Laboratorio Clinico: perfil lipídico normales - glicemia: normales.
Relación con el medio ambiente y estado de ánimo normal.

RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

CUIDADOS BÁSICOS		MANEJO EPS/ARL		RECOMENDACIONES		SVE (Incluir en Sistema de vigilancia Epidemiológica)	
Control de peso	X	Control periódico en la EPS por promoción y prevención		Control periódico ocupacional		Valoración por nutricionista de su EPS.	X
Ejercicio regular /Actividad Física	X	Se prescribe tratamiento		Higiene postural.	X	Valoración por otorrinolaringología de su EPS.	
Usar lentes para lectura	X	Remisión a EPS para manejo	X	Utilización de Elementos de Protección Personal (EPP), Capacitación.	X	Valoración Médica Ocupacional Periódica	
Pausas activas		Seguir con manejo médico		Utilización de ayudas ergonómicas		Ergonómico	
Dieta, ejercicio y medicamentos.		Remisión a ARL para revisión y manejo		Control de presión arterial		Cardiovascular	X
Uso de gafas	X	Reasignar Tareas		Reducir consumo alcohol		Psicológico/ Psiquiatria	
Seguir Las Normas De Higienes Y Seguridad Industrial	X	Estilo de vida Saludable	X	Dejar de Fumar		Optometria periódica	X

OBSERVACIONES: Orientación médica sobre la importancia del cuidado de la salud para evitar posibles riesgos ocupacionales asociadas a su cargo
RECOMENDACIONES: Cumplir a partir de la fecha con las indicaciones médicas y de Salud Ocupacional.
CERTIFICACION MEDICA: QUE EL TRABAJADOR ES APTO PARA EL CARGO.

SI: (X) NO: ( )

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y la reserva de la historia clinica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que alli reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para los fines legales pertinentes.

Pedro Mercado De Avila
Médico
Esp. Salud Ocupacional
LIC: 1576

PEDRO LUIS MERCADO DE AVILA
Médico Especialista Salud Ocupacional
RC. 1576

FIRMA DEL TRABAJADOR
Reg. No. IDP 00033

Avenida Pedro de Heredia, Barrio el Líbano
Cra. 49C #31-25, Frente al SENA de los 4 Vientos - Al lado de TECNAR
centromedicoirisdeavilaips@hotmail.com
Celular: 310 5219820 - 300 2271655

Scanned with CamScanner

Centro Médico Iris De Avila

Especialista Salud Ocupacional

Cartagena - Bolívar CODIGO DE PRESTADOR 1300103224-01
NIT 901295132-8

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL



FECHA DEL EXAMEN	DIA:	MES:	AÑO:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:
	07	01	2020	CARTAGENA	BOLIVAR

NOMBRE: LILIANA MARIA
APELLIDOS: GAVIRIA TRESPALACIOS
DOCUMENTO IDENTIFICACIÒN: 45.483.976
DIRECCIÒN: BARRIO SAN FERNANDO CLL. PRINCIPAL

F x M | EPS: SALUD TOTAL | EDAD: 50 AÑOS
CIUDAD DE NACIMIENTO: CARTAGENA
DEPARTAMENTO: BOLIVAR

Estado Civil	Soltero	Casado	Unión Libre	Hijos	N.º	TIPO DE SANGRE: O+	FECHA NACIMIENTO Día	Mes	Año
		X		SI	02		04	06	1969

EMPRESA: SENA	EPS: SALUD TOTAL	ARL: POSITIVA	AFP: PORVENIR	HORARIO DIURNO	X
CARGO: INSTRUCTOR	Aspira: X	Ejecuta:	Desempeña:	HORARIO NOCTURNO	
TIPO DE EXAMEN	Ingreso: X	Periódico:	Egreso:		
LABOR REALIZADA	De pie: X	Sentada: X	Deambulando:		
RIESGO ANTERIOR	Biológico:	Seguridad:	Físico: X	Ergonómico: X	Químico:
EMPRESA SOLICITANTE SENA		OCUPACION INSTRUCTOR		CELULAR 3143251941	

Estudios diagnósticos Especiales		Laboratorios Clínico		Laboratorio Clínico	Laboratorio Clínico		Vacunación con Énfasis Ocupacional
Visiometria	X	Hemoclasificación		Frotis Garganta	Perfil Lipidico	X	Hepatitis B
Audiometria	X	Cuadro Hemático	X	AST (GPT)	Colesterol Total		Influenza
Espirometria		Glicemia	X	ALT (GOT)	Colesterol HDL		Antitetánico toxoide
Optometria	X	Parcial de Orina		BUN	Colesterol LDL		Fiebre Amarilla
Imagenología (Rx)		Coprológico		Creatinina	Triglicéridos		Neumococo 13
Electrocardiograma		KOH Uñas		Colinesterasa	Cocaina		
Osteomuscular	X	PSA		VDRL	Marihuana		
Fonoaudiológico	X			Serologia II	Alcohol		

RESULTADOS DE ESTUDIOS CLÌNICOS	NORMAL	ANORMAL
OSTEOMUSCULAR	X	
LABORATORIO	X	

CONCEPTO / SEGUIMIENTO

EXAMEN DE INGRESO		EXAMEN PERIODICO		EXAMEN DE EGRESO	
Apto Para el Cargo		Satisfactorio		Satisfactorio	
Apto con restricciones que no impiden su capacidad laboral		Presenta condiciones de enfermedad común que deben ser valoradas por la EPS.		Presenta limitaciones de origen común que deben ser valorados por EPS.	
Apto con restricciones que limitan su capacidad laboral		Se deben reasignar funciones, reubicar, analizar puesto de trabajo.		Presenta secuelas de accidente de trabajo	
No apto para el Cargo		Presenta secuelas de accidente de trabajo		Presenta signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por ARL	
Aplazado		Presenta signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por la ARL		Valoración por medicina laboral para evaluación y calificación.	
Apto Con recomendaciones	X	Apto Con recomendaciones			

Pedro Mercado De Avila
Medico
Esp. Salud Ocupacional
RC: 1576

PEDRO LUIS MERCADO DE AVILA
Medico Especialista Salud Ocupacional
RC. 1576

FIRMA DEL TRABAJADOR
Reg. No. IDP 00033

Avenida Pedro de Heredia, Barrio el Líbano
Cra. 49C #31-25, Frente al SENA de los 4 Vientos - Al lado de TECNAR
centromedicoirisdeavilaips@hotmail.com
Celular: 310 5219820 - 300 2274655

Scanned with CamScanner

Centro Médico Iris De Avila

Especialista Salud Ocupacional

Cartagena - Bolívar

CODIGO DE PRESTADOR 1300103224-01
NIT 901295132-8



REGISTRO FONOAUDIOLOGICO

FECHA:	DIA: 07	MES: 01	AÑO: 2020	CIUDAD: CARTAGENA	DEPARTAMENTO: BOLIVAR

NOMBRE: LILIANA MARIA	F: X	M:	EMPRESA: SENA
APELLIDOS: GAVIRIA TRESPALACIOS			TIEMPO DE SERVICIO:
DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN: 45.483.976	CIUDAD NACIMIENTO: CARTAGENA DEPARTAMENTO NACIMIENTO: BOLIVAR		
TELEFONO/CELULAR: 3143251941	EDAD: 50 AÑOS GRUPO SANGUINEO: O+	FECHA NACIMIENTO: Dia: 04 Mes: 06 Año: 1969	
DIRECCIÓN: BARRIO SAN FERNANDO CLL. PRINCIPAL			
	PESO: 98kgs	TALLA: 1.78mts	IMC: 30.9 P/A:120/80mmHg

ANTECEDENTES PERSONALES159

1. SENSACIONES EXPERIMENTADAS EN EL ORGANO VOCAL DESPUES DE LA JORNADA LABORAL

SINTOMAS	NO	OCASIONAL	SIEMPRE
ENFERMEDADES RELEVANTES	X		
ACCIDENTES	X		
HOSPITALIZACIONES	X		
MEDICAMENTOS	X		
TRATAMIENTOS MEDICO	X		
TRATAMIENTO QUIRURGICO	X		
TRATAMIENTO FONAUDIOLOGICO	X		
TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO	X		
SENSACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN LA GARGANTA	X		
IRRITACION EN LA LARINGE	X		
DOLOR O TIRANTEZ EN EL CUELLO	X		
OPRESION RESPIRATORIA	X		
SENSACION DE VERTIGO DURANTE UNA FONACIÓN PROLONGADA	X		
RONQUERA	X		
PERDIDA DE LA VOZ	X		
DOLOR AL HABLAR	X		
CARRASPERA	X		
SECRECIÓN EN EL FONDO DE LA GARGANTA	X		
VOZ CON QUIEBRE DE TONO	X		

2. ABUSOS Y MAL USO VOCAL : SÍNTOMAS VOCALES

SIGNOS	SI	NO	ALGUNAS VECES
SINTOMA PRINCIPAL		X	
TABACO : ALCOHOL: X			X
APARICIÓN DEL PROBLEMA: BRUSCO PROGRESIVO INTERMITENTE		X	
VOZ MODERADA		X	
CAUSA ,? CUAL?		X	
TRASTORNO ES MAYOR: MAÑANA TARDE NOCHE DESPUES DE TRABAJAR		X	
TRASTORNO SE ALIVIA CON REPOSO: DIURNO NOCTURNO FIN DE SEMANA VACACIONES		X	
SE EXPONE A AMBIENTES IRRITANTES QUE CONTIENEN POLVO, HUMO Y VAPORES TOXICOS		X	
ESTORNUDA CORRECTAMENTE DEJANDO QUE EL AIRE SALGA LIBREMENTE POR LA BOCA (ABIERTA)		X	
SE EXPONE A CAMBIOS DE TEMPERATURA		X	
HABLA EXCESIVAMENTE		X	
CONSUME EXCESIVAMENTE BEBIDAS CALIENTES (CAFE)		X	
CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS		X	
ACLARA CONSTANTEMENTE LA VOZ		X	
HABLA CUANDO ESTA AGRIPADO	X		
SE MUEVE EN AMBIENTE RUIDOSO		X	
COMBINA BEBIDAS CALIENTES Y FRIAS		X	
CONSUME TABACO		X	

3. ANTECEDENTES MEDICOS

ANTECEDENTES	SI	NO	ALGUNAS VECES
DEPRESION		X	
SINTOMAS ALERGIAS		X	
SINUSITIS		X	
ACIDES		X	

Avenida Pedro de Heredia, Barrio el Líbano
Cra. 49C #31-25, Frente al SENA de los 4 Vientos - Al lado de TECNAR
centromedicoirisdeavilaips@hotmail.com
Celular: 310 5219820 - 300 2274655

Scanned with CamScanner

REFLUJO GASTRICO		X	
TRASTORNOS GINECOLOGICOS / HORMONALES		X	
REUMATOLOGICOS		X	
NUTRICIONALES	X		
ASMA		X	
TIROIDES		X	
DIABETES		X	
HIPERTENSION ARTERIAL		X	

4. ANTECEDENTES PATOLOGICOS

	POLIPOS	NO	NODULOS	NO	ULCERAS	NO	LARINGITIS	NO	DISFONIA	NO
	AMIGDALITIS	NO	LEUCOPLAQUIA	NO	RESEQUEDAD	NO	EDEMAS	NO	AFONIA	NO
	DOLOR	NO	ARDOR	NO	CAMBIO DE VOZ	NO	PARESTESIA	NO	SINTOMAS CUERPO EXTRAÑO	NO

5. PRUEBA RESPIRATORIA

MODO RESPIRACION	NASAL: SI	BUCAL	MIXTO		
TIPO DE RESPIRACION	COSTAL SUPERIOR	ABDOMINAL	DIAFRAGMATICO: SI		
RENDIMIENTO VOCAL (CONTEO)		No.			
VOCALIZACIONES	a. 8	e. 8	i. 8	o. 8	u. 7
COORDINACION NEUMOFONICA	BUENA: SI	MALA			
RITMO:	LENTO	RAPIDO	CONSTANTE	SI	
FRECUENCIA RESPIRATORIA:	20	RESPIRACIONES POR MINUTO			
SIMETRIA	DESPLAZAMIENTO CUELLO: NO	DESPLAZAMIENTO CINTURA: NO			
TIEMPO DE ESPIRACION	SOPLO ABIERTO: 07	SOPLO CERRADO: 07			
TIEMPO DE RETENCIÓN:	30	MINUTOS			
PRUEBA DE ROSENTHAL (20 RESPIRACIONES)	AMBAS NARINAS NORMAL	NARINA DERECHA NORMAL	NARINA IZQUIERDA NORMAL		
¿QUE OBSERVA?	LO REALIZÓ: X	FATIGA	ESFUERZO	RUIDO	
PRUEBA DE GLATZER	a. NAZ	e. NAZ	i. NAZ	o. NAZ	u. NAZ

NOMBRES Y APELLIDOS: LILIANA MARIA GAVIRIA TRESPALACIOS
N° DE DOCUMENTO: 45.483.976
FECHA: 07-01-2020

6. PRUEBA LECTORA

Efectúe la siguiente lectura acorde a las indicaciones del profesional.

DIAGNOSTICO

RIESGO: NULO ____ BAJO: X ____ MEDIO: ____ ALTO: ____

TALLER MANEJO ADECUADO DE LA VOZ: SI: X ____ NO: ____

OBSERVACIONES

INGRESAR AL SVE: SI ____ X ____ NO ____

Pedro Mercado De Avila
Médico
Esp. Salud Ocupacional

FIRMA DEL PROFESIONAL CO: 1576

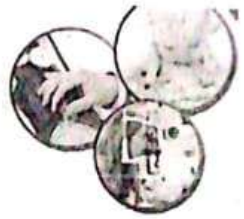
FIRMA DEL TRABAJADOR
Reg. No. IDP 00033

Scanned with CamScanner

Centro Médico Iris De Avila

Especialista Salud Ocupacional

Cartagena - Bolívar CODIGO DE PRESTADOR 1300103224-01
NIT 901295132-8



OPTOMETRIA

NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	FECHA EXAMEN
LILIANA MARIA GAVIRIA TRESPALACIOS	04-06-1969	50	F	45.483.976	07-01-2020

MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	DIRECCIÓN	CELULAR/ TELEFONO
CARTAGENA	BOLIVAR	BARRIO SAN FERNANDO	3143251941

ESTADO CIVIL	SOLTERO/A	CASADO/A	UNIÓN LIBRE	CARGO	TIEMPO DE SERVICO EN LA EMPRESA	ESPECIALIDAD
		X		INSTRUCTOR		EMPRENDIMIENTO

ANTECEDENTES LABORALES	OJO AFECTADO EN LA EMPRESA	FECHA	EMPRESA

ANTECEDENTES PERSONALES

CUERPO EXTRAÑO EN OJO: NO	TRAUMAS OCULARES: NO	PTERIGIO: NO	DIABETES: NO	HIPERCOLESTEROLEMIA: NO	GLAUCOMA NO
HIPERMETROPIA: NO	ASTIGMATISMO: SI	MIOPIA: SI		HIPERTENSION ARTERIAL: NO	CATARATAS: NO
CIRUGIAS: NO	CIRUGIAS OCULARES : NO			MIGRAÑ: NO	OTROS

ANTECEDENTES FAMILIARES

HIPERTENSIÓN ARTERIAL	DIABETES	GLAUCOMA	CATARATA	MIOPIA	ASTIGMATISMO	HIPERMETROPIA	OTROS
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

CORRECCION

USA LENTES	LEJOS	CERCA	DE CONTACTO	BIFOCALES
SI	SI	SI	NO	NO

EVALUACION

AGUDEZA VISUAL	CERCA	LEJOS
OJO DERECHO	20/35	20/35
OJO IZQUIERDO	20/30	20/30
AMBOS OJOS	20/15	20/15

MORFOLOGIA OCULAR	DERECHA	IZQUIERDA
CONJUNTIVAS	NORMAL	NORMAL
PARPADOS	NORMAL	NORMAL
REFLEJOS OCULARES	NORMAL	NORMAL

CAMPO VISUAL NORMAL [ ] ANORMAL [X] / **COLORIMETRIA**: NORMAL [X] ANORMAL [ ]

DIAGNOSTICO OPTOMETRICO: EMETROPE

1. EMETROPE
2. DEFECTO DE REFRACCIÓN VISUAL CORREGIDO
3. DEFECTO DE REFRACCIÓN VISUAL PARCIALMENTE CORREGIDA
4. DEFECTO DE REFRACCIÓN VISUAL LEJANA
5. DEFECTO DE REFRACCIÓN VISUAL LEJANA Y CERCANA [X]
6. DEFECTO DE REFRACCIÓN VISAUL CARCANA
7. PRESBICIA
8. DISCROMATOPIA
9. FORIA LATERAL
10. FORIA VERTICAL
11. AMBIOPIA

RECOMENDACIONES:

Pedro Heredia De Avila
Médico
Esp. Salud Ocupacional
OR 1570

FIRMA PROFESIONAL

FIRMA DEL TRABAJADOR
Reg. No. IDP 00033

Avenida Pedro de Heredia, Barrio el Líbano
Cra. 49C #31-25, Frente al SENA de los 4 Vientos - Al lado de TECNAR
centromedicoirisdeavilaips@hotmail.com
Celular: 310 5219820 - 300 2271655

Scanned with CamScanner

Centro Médico Iris De Avila

Especialista Salud Ocupacional

Cartagena - Bolívar CODIGO DE PRESTADOR 1300103224-01
NIT 901295132-8



AUDIOMETRIA

NOMBRES Y APELLIDOS			FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	FECHA EXAMEN
LILIANA MARIA GAVIRIA TRESPALACIOS			04-06-1969	50	F	45.483.976	07-01-2020
MUNICIPIO		DEPARTAMENTO		DIRECCIÓN		CELULAR/ TELEFONO	
CARTAGENA		BOLIVAR		BARRIO SAN FERNANDO		3143251941	
ESTADO CIVIL	SOLTERO/A	CASADO/A	UNIÓN LIBRE	CARGO		TIEMPO DE SERVICO EN LA EMPRESA	ESPECIALIDAD
		X		INSTRUCTOR			EMPRENDIMIENTO
ANTECEDENTES LABORALES:		OIDO AFECTADO NINGUNO		FECHA		EMPRESA	

ANTECEDENTES PERSONALES

CIRUGIA: NO	OTALGIA: NO	OTORREA: NO	PRURITO NO	VERTIGO: NO
PRACTICA DE TIRO/TIEMPO NO	MUSICA ALTO VOLUMEN / TIEMPO: NO	USO MOTOCICLETA/ TIEMPO NO	USO AUDIFONOS/TIEMPO NO	
CONSUMO MEDICAMENTOS OTOTOXICOS / TIEMPO : NO	CONSUMO DE CIGARRILLOS / TIEMPO NO	SERVICIO MILITAR / TIEMPO ---		

OTOSCOPIA

OIDO DERECHO		OIDO IZQUIERDO	
NORMAL	X	NORMAL	X
ANORMAL		ANORMAL	

DIAGNOSTICO AUDIOMETRIA OIDO IDERECHO OIDO IZQUIERDO					
RESULTADOS	OD	OI	RESULTADOS	OD	OI
NORMAL	X	X	HIPOACUSIA MODERADAMENTE SEVERA		
HIPOACUSIA LEVE			HIPOACASIA SEVERA		
HIPOACUSIA MODERADA			HIPOACUSIA PROFUNDA		

RECOMENDACIONES: CUIDADOS BASICOS
USO EPP

PROMEDIO DE LAS PRUEBAS

OIDO DERECHO		OIDO IZQUIERDO	
FRECUENCIA Hz	d B	FRECUENCIA Hz	d B
125	30	125	25
250	30	250	30
500	30	500	25
750	20	750	25
1000	25	1000	20
1500	20	1500	25
2000	25	2000	25
3000	25	3000	25
4000	25	4000	25
6000	25	6000	20
8000	25	8000	20

Pedro Heredia De Avila
Médico
Especialista en Gerencia
Univ. Col 1976

FIRMA PROFESIONAL

FIRMA: TRABAJADOR /USUARIO

Reg. No. IDP 00033

Avenida Pedro de Heredia, Barrio el Líbano
Cra. 49C #31-25, Frente al SENA de los 4 Vientos - Al lado de TECNAR
centromedicoirisdeavilaips@hotmail.com
Celular: 310 5219820 - 300 2271655

Scanned with CamScanner

Banco Caja Social
Su banco amigo.

Pago de servicios electrónicos

Resultado de la transacción

Transacción exitosa.
Apreciado cliente. Pago sujeto a aprobación. Para concluir, por favor seleccione la opción “Regresar al comercio” y verifique el estado final de la transacción. Si tiene algún inconveniente, comuníquese con la entidad con la que liquidó su planilla o con el comercio desde el cual está realizando la compra o pago.

FECHA Y HORA
27 enero 2022 1:01 pm

DIRECCIÓN IP. 181.136.14.61

NÚMERO DE TRANSACCIÓN
APII2027323021040107

NÚMERO DE CONFIRMACIÓN
0107AE1C

NOMBRE DEL COMERCIO	FAP MUNDIAL
NIT DEL COMERCIO	8600370136
CÓDIGO DEL SERVICIO	0308
VALOR DE LA TRANSACCIÓN	$41.699,00
VALOR DEL IMPUESTO	$0,00
REFERENCIA DE PAGO	3306375818800441
FECHA DE LA SOLICITUD	27 enero 2022
REFERENCIA 1	CC45483976
REFERENCIA 2	181.136.14.61
REFERENCIA 3	3306375818800441
CÓDIGO DE LA TRANSACCIÓN (CUS)	1300876702
CICLO DE LA TRANSACCIÓN	3
DESCRIPCIÓN DEL PAGO	pago de poliza
CUENTA ORIGEN	Cuentamiga / LILIANA MARIA GAVIRIA TRESPALACIO *******6390

seguros mundial®
tu compañía siempre

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

Código de Seguridad: B7EGpS4GS0QDF5Ygr1AcyA==

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-D00I

No. PÓLIZA	CG-1033518	No. ANEXO	0	No. CERTIFICADO	40155667	No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO				FECHA DE EXPEDICIÓN	27/01/2022	SUC. EXPEDIDORA	CARTAGENA

VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	
00:00 Horas Del	01/02/2022	24:00 Horas Del	30/03/2023		N/A	N/A	N/A	N/A

TOMADOR	GAVIRIA TRESPALACIOS, LILIANA MARIA	**No. DOC. IDENTIDAD**	45.483.976
DIRECCIÓN	BRR BLAS DE LEZO PLAN CUATROCIENTOS MZ 9 LT 12	**TELÉFONO**	3024369008
ASEGURADO	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - REGIONAL BOLIVAR	**No. DOC. IDENTIDAD**	899.999.034-1
DIRECCIÓN	KM 38 VIA AL SUR DE NEIVA - CAMPOALEGRE	**TELÉFONO**	8854545
BENEFICIARIO	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - REGIONAL BOLIVAR	**No. DOC. IDENTIDAD**	899.999.034-1
DIRECCIÓN	KM 38 VIA AL SUR DE NEIVA - CAMPOALEGRE	**TELÉFONO**	8854545

OBJETO DE CONTRATO

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS NO.CO1.PCCNTR.3459604 , CUYO OBJETO ES PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, QUE PROGRAME EL CENTRO DE FORMACIÓN EN SUS DIFERENTES NIVELES EN MODALIDAD FORMACIÓN TITULADA - COMPLEMENTARIA - DESPLAZADOS, ATENDIENDO LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN EL PROGRAMA DE COMPORTAMIENTO EMPRENDEDOR. TRES (03) PERSONAS NATURALES.
ASEGURADO/BENEFICIARIO: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - REGIONAL BOLIVAR NIT. 899.999.034-1 DIRECCION: AV PEDRO DE HEREDIA SECTOR TESCA TELEFONO: (5) 6697100

NOMBRE DEL AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA$	VALOR PRIMA$
CUMPLIMIENTO	00:00 Horas Del 01/02/2022	24:00 Horas Del 30/03/2023	3.997.500,00	30.041,00
		TOTAL ASEGURADO	$ 3.997.500,00	

INTERMEDIARIOS	TIPO	% PARTICIPACIÓN
SIASEGUROS LTDA	AGENCIAS	100,00

DISTRIBUCIÓN COASEGURO				
COMPAÑÍA	TIPO COASEGURO	PÓLIZA LÍDER	CERTIF. LÍDER	% PARTICIPACIÓN

PRIMA BRUTA	$	30.041,00
DESCUENTOS	$	
EXTRA PRIMA		
PRIMA NETA	$	30.041,00
GASTOS EXP.	$	5.000,00
IVA	$	6.658,00
TOTAL A PAGAR	$	41.699,00

CONVENIO DE PAGO	DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 01/02/2022

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).

CONSULTA LA AUTENTICIDAD DE ESTA PÓLIZA INGRESANDO A PRODUCTOS.MUNDIALSEGUROS.COM.CO DIGITA EL CÓDIGO DE SEGURIDAD QUE ENCUENTRAS EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTE DOCUMENTO Y VIVE LA EXPERIENCIA DE ESTAR ASEGURADO CON EL RESPALDO DE SEGUROS MUNDIAL. TAMBIÉN PUEDES LLAMAR A LA LINEA NACIONAL 01 8000 111 935 - 327 47 12/13

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 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 PÓLIZA 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, ASI COMO LAS GARANTÍAS, EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMARLA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

Firma Autorizada - Compañía Mundial Seguro S.A.

TOMADOR

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando reponsablemente.
Protege el medio ambiente evitando la impresión de este documento.

seguros mundial®
tu compañía siempre

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

Código de Seguridad: B7EGpS4GS0QDF5Ygr1AcyA==

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-D00I

No. PÓLIZA	CG-1033518	No. ANEXO	0	No. CERTIFICADO	40155667	No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO				FECHA DE EXPEDICIÓN	27/01/2022	SUC. EXPEDIDORA	CARTAGENA

VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	
00:00 Horas Del	01/02/2022	24:00 Horas Del	30/03/2023		N/A	N/A	N/A	N/A

TOMADOR	GAVIRIA TRESPALACIOS, LILIANA MARIA	**No. DOC. IDENTIDAD**	45.483.976
DIRECCIÓN	BRR BLAS DE LEZO PLAN CUATROCIENTOS MZ 9 LT 12	**TELÉFONO**	3024369008
ASEGURADO	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - REGIONAL BOLIVAR	**No. DOC. IDENTIDAD**	899.999.034-1
DIRECCIÓN	KM 38 VIA AL SUR DE NEIVA - CAMPOALEGRE	**TELÉFONO**	8854545
BENEFICIARIO	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - REGIONAL BOLIVAR	**No. DOC. IDENTIDAD**	899.999.034-1
DIRECCIÓN	KM 38 VIA AL SUR DE NEIVA - CAMPOALEGRE	**TELÉFONO**	8854545

OBJETO DE CONTRATO

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS NO.CO1.PCCNTR.3459604 , CUYO OBJETO ES PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, QUE PROGRAME EL CENTRO DE FORMACIÓN EN SUS DIFERENTES NIVELES EN MODALIDAD FORMACIÓN TITULADA - COMPLEMENTARIA - DESPLAZADOS, ATENDIENDO LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN EL PROGRAMA DE COMPORTAMIENTO EMPRENDEDOR. TRES (03) PERSONAS NATURALES.
ASEGURADO/BENEFICIARIO: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - REGIONAL BOLIVAR NIT. 899.999.034-1 DIRECCION: AV PEDRO DE HEREDIA SECTOR TESCA TELEFONO: (5) 6697100

NOMBRE DEL AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA$	VALOR PRIMA$
CUMPLIMIENTO	00:00 Horas Del 01/02/2022	24:00 Horas Del 30/03/2023	3.997.500,00	30.041,00
		TOTAL ASEGURADO	$ 3.997.500,00	

INTERMEDIARIOS	TIPO	% PARTICIPACIÓN
SIASEGUROS LTDA	AGENCIAS	100,00

DISTRIBUCIÓN COASEGURO

COMPAÑÍA	TIPO COASEGURO	PÓLIZA LÍDER	CERTIF. LÍDER	% PARTICIPACIÓN

PRIMA BRUTA	$	30.041,00
DESCUENTOS	$	
EXTRA PRIMA		
PRIMA NETA	$	30.041,00
GASTOS EXP.	$	5.000,00
IVA	$	6.658,00
TOTAL A PAGAR	$	41.699,00

CONVENIO DE PAGO	DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 01/02/2022

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).

CONSULTA LA AUTENTICIDAD DE ESTA PÓLIZA INGRESANDO A PRODUCTOS.MUNDIALSEGUROS.COM.CO DIGITA EL CÓDIGO DE SEGURIDAD QUE ENCUENTRAS EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTE DOCUMENTO Y VIVE LA EXPERIENCIA DE ESTAR ASEGURADO CON EL RESPALDO DE SEGUROS MUNDIAL. TAMBIÉN PUEDES LLAMAR A LA LINEA NACIONAL 01 8000 111 935 - 327 47 12/13

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 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 PÓLIZA 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, ASI COMO LAS GARANTÍAS, EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMARLA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

Ángela Patricia Munar Martínez - CC. 52.646.070
Firma Autorizada - Compañía Mundial Seguro S.A.

TOMADOR

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando reponsablemente.
Protege el medio ambiente evitando la impresión de este documento.

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

seguros mundial®

tu compañía siempre

GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES (DECRETO 1082 DE 2015)

1. RIESGOS AMPAROS

LA ASEGURADORA OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA HASTA EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARATULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA SERÁN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA NO PODRÁ RECLAMAR O TOMAR EL VALOR DE UN AMPARO PARA CUBRIR O INDEMNIZAR EL VALOR DE OTROS. ESTOS NO SON ACUMULABLES Y SON EXCLUYENTES ENTRE SI, SEGÚN LAS DEFINICIONES Y ALCANCE QUE A CONTINUACIÓN SE ESTIPULAN:

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA

LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUBRE 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.

ESTE AMPARO CUBRE LOS PERJUICIOS SUFRIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL CON OCASIÓN DE:
(I) LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO;
(II) EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO; Y
(III) LA APROPIACIÓN INDEBIDA DE LOS RECURSOS RECIBIDOS EN CALIDAD DE ANTICIPO.

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO

ESTE AMPARO CUBRE LOS PERJUICIOS SUFRIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL POR LA NO DEVOLUCIÓN TOTAL O PARCIAL DEL DINERO ENTREGADO AL CONTRATISTA A TÍTULO DE PAGO ANTICIPADO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR.

06/04/2021 -1317-P-05-PPSUS2R000000059-D00I
06/04/2021-1317-NT-P-05-NTPSUS2R00000060

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL DE LOS PERJUICIOS 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.

1.5 AMPARO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES

ESTE AMPARO DEBE CUBRIR A LA ENTIDAD ESTATAL DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES DEL CONTRATISTA DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADO EN EL TERRITORIO NACIONAL PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO AMPARADO.

LA ENTIDAD ESTATAL NO DEBE EXIGIR UNA GARANTÍA PARA CUBRIR ESTE RIESGO EN LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL CON PERSONAL CONTRATADO BAJO UN RÉGIMEN JURÍDICO DISTINTO AL COLOMBIANO.

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE OBRA.

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS POR CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, IMPUTABLE AL CONTRATISTA, SUFRIDO POR LA OBRA ENTREGADA A SATISFACCIÓN.

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO.

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL POR LOS PERJUICIOS DERIVADOS DE LA DEFICIENTE CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO

1.8 AMPARO DE CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES

ESTE AMPARO CUBRE LA CALIDAD Y EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES QUE RECIBE LA ENTIDAD ESTATAL EN CUMPLIMIENTO DE UN CONTRATO.

1.9 RESPONSABILIDAD FISCAL

EN VIRTUD DE LO SEÑALADO EN EL ARTICULO 44 DE LA LEY 610 DE 2000, LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CUBRIRÁ LOS PERJUICIOS CAUSADOS A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA COMO CONSECUENCIA DE LA CONDUCTA DOLOSA O CULPOSA, O DE LA RESPONSABILIDAD 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.

seguros mundial® tu compañía siempre

06/04/2021 -1317-P-05-PPSUS2R000000059-D00I
06/04/2021-1317-NT-P-05-NTPSUS2R00000060

2. EXCLUSIONES

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

2.1 CAUSA EXTRAÑA, ESTO ES LA FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO, EL HECHO DE UN TERCERO O LA CULPA EXCLUSIVA DE LA VICTIMA).
2.2 DAÑOS CAUSADOS POR EL CONTRATISTA A LOS BIENES DE LA ENTIDAD NO DESTINADOS AL CONTRATO.
2.3 USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO AL QUE ESTE OBLIGADA LA ENTIDAD ESTATAL.
2.4 EL DETERIORO NORMAL QUE SUFRAN LOS BIENES ENTREGADOS CON OCASIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, COMO CONSECUENCIA DEL TRANSCURSO DEL TIEMPO.

3. SUMA ASEGURADA

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

4. VIGENCIA

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA, SE HARÁ CONSTAR EN LA CARATULA O EN SUS ANEXOS. EN LOS CONTRATOS DE QUE TRATA EL ARTÍCULO 2.2.1.2.3.1.3 DEL DECRETO 1082 DE 2015, EL GARANTE TIENE LA FACULTAD LEGAL DE DECIDIR NO GARANTIZAR LA ETAPA SIGUIENTE, CASO EN EL CUAL DEBE INFORMAR SU DECISIÓN POR ESCRITO A LA ENTIDAD ESTATAL GARANTIZADA SEIS (6) MESES ANTES DEL VENCIMIENTO DEL PLAZO DE LA GARANTÍA. ESTE AVISO NO AFECTA LA GARANTÍA DE LA ETAPA CONTRACTUAL O PERÍODO CONTRACTUAL EN EJECUCIÓN. SI EL GARANTE NO DA EL AVISO CON LA ANTICIPACIÓN MENCIONADA Y EL CONTRATISTA NO OBTIENE UNA NUEVA GARANTÍA, QUEDA OBLIGADO A GARANTIZAR LA ETAPA DEL CONTRATO O EL PERÍODO CONTRACTUAL SUBSIGUIENTE.

seguros mundial® tu compañía siempre

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA

DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 1077 EN CONCORDANCIA CON EL ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DEBERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y ACREDITAR LA CUANTÍA DE LA PERDIDA PREVIO AGOTAMIENTO DEL DERECHO DE DEFENSA DEL CONTRATISTA Y DEL GARANTE, DE LA SIGUIENTE FORMA:

5.1 EN CASO DE CADUCIDAD, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011, POR MEDIO DEL ACTO ADMINISTRATIVO EN EL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL DECLARE LA CADUCIDAD DEL CONTRATO Y ORDENE EL PAGO AL CONTRATISTA Y AL GARANTE, BIEN SEA DE LA CLÁUSULA PENAL O DE LOS PERJUICIOS QUE HA CUANTIFICADO. EL ACTO ADMINISTRATIVO DE CADUCIDAD CONSTITUYE EL SINIESTRO.

5.2 EN CASO DE APLICACIÓN DE MULTAS, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011, POR MEDIO DEL ACTO ADMINISTRATIVO EN EL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL IMPONE MULTAS, DEBE ORDENAR EL PAGO AL CONTRATISTA Y AL GARANTE. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE CONSTITUYE EL SINIESTRO.

5.3 EN LOS DEMÁS CASOS DE INCUMPLIMIENTO, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011, POR MEDIO DEL ACTO ADMINISTRATIVO EN EL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL DECLARE EL INCUMPLIMIENTO, PUEDE HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL, SI ESTÁ PACTADA EN EL CONTRATO, Y ORDENAR SU PAGO AL CONTRATISTA Y AL GARANTE. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ES LA RECLAMACIÓN PARA LA COMPAÑÍA DE SEGUROS.

6. PROCEDIMIENTO PARA LA IMPOSICIÓN DE MULTAS, SANCIONES Y DECLARATORIAS DE INCUMPLIMIENTO.

LAS ENTIDADES SOMETIDAS AL ESTATUTO GENERAL DE CONTRATACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA PODRÁN DECLARAR EL INCUMPLIMIENTO, CUANTIFICANDO LOS PERJUICIOS DEL MISMO, IMPONER LAS MULTAS Y SANCIONES PACTADAS EN EL CONTRATO, Y HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL. PARA TAL EFECTO OBSERVARAN EL SIGUIENTE PROCEDIMIENTO:

A) EVIDENCIADO UN POSIBLE INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA, LA ENTIDAD PÚBLICA LO CITARA A AUDIENCIA PARA DEBATIR LO OCURRIDO. EN LA CITACIÓN, HARÁ MENCIÓN EXPRESA Y DETALLADA DE LOS HECHOS QUE LA SOPORTAN, ACOMPAÑANDO EL INFORME DE INTERVENTORÍA O DE SUPERVISIÓN EN EL QUE SE SUSTENTE LA ACTUACIÓN Y ENUNCIARA LAS NORMAS O CLAUSULAS POSIBLEMENTE VIOLADAS Y LAS CONSECUENCIAS QUE PODRÍAN DERIVARSE PARA EL CONTRATISTA EN DESARROLLO DE LA ACTUACIÓN. EN LA MISMA SE ESTABLECERÁ EL LUGAR, FECHA Y HORA PARA LA REALIZACIÓN DE LA AUDIENCIA, LA QUE PODRÁ TENER LUGAR A LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE, ATENDIDA LA NATURALEZA DEL CONTRATO Y LA PERIODICIDAD ESTABLECIDA PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES. EN EL EVENTO EN QUE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CONSISTA EN PÓLIZA DE SEGUROS, EL GARANTE SERÁ CITADO DE LA MISMA MANERA;

B) EN DESARROLLO DE LA AUDIENCIA, EL JEFE DE LA ENTIDAD O SU DELEGADO, PRESENTARÁ LAS CIRCUNSTANCIAS DE HECHO QUE MOTIVAN LA ACTUACIÓN, ENUNCIARÁ LAS POSIBLES NORMAS O CLÁUSULAS POSIBLEMENTE VIOLADAS Y LAS CONSECUENCIAS QUE PODRÍAN DERIVARSE PARA EL CONTRATISTA EN DESARROLLO DE LA ACTUACIÓN. ACTO SEGUIDO SE CONCEDERÁ EL USO DE LA PALABRA AL REPRESENTANTE LEGAL DEL CONTRATISTA O A QUIEN LO REPRESENTE, Y AL GARANTE, PARA QUE PRESENTEN SUS DESCARGOS, EN DESARROLLO DE LO CUAL PODRÁ RENDIR LAS EXPLICACIONES DEL CASO, APORTAR PRUEBAS Y CONTROVERTIR LAS PRESENTADAS POR LA ENTIDAD;

C) HECHO LO PRECEDENTE, MEDIANTE RESOLUCIÓN MOTIVADA EN LA QUE SE CONSIGNE LO OCURRIDO EN DESARROLLO DE LA AUDIENCIA Y LA CUAL SE ENTENDERÁ NOTIFICADA EN DICHO

06/04/2021 -1317-P-05-PPSUS2R000000059-D00I
06/04/2021-1317-NT-P-05-NTPSUS2R00000060

ACTO PÚBLICO, LA ENTIDAD PROCEDERÁ A DECIDIR SOBRE LA IMPOSICIÓN O NO DE LA MULTA, SANCIÓN O DECLARATORIA DE INCUMPLIMIENTO. CONTRA LA DECISIÓN ASÍ PROFERIDA SÓLO PROCEDE EL RECURSO DE REPOSICIÓN QUE SE INTERPONDRÁ, SUSTENTARÁ Y DECIDIRÁ EN LA MISMA AUDIENCIA. LA DECISIÓN SOBRE EL RECURSO SE ENTENDERÁ NOTIFICADA EN LA MISMA AUDIENCIA;

D) EN CUALQUIER MOMENTO DEL DESARROLLO DE LA AUDIENCIA, EL JEFE DE LA ENTIDAD O SU DELEGADO, PODRÁ SUSPENDER LA AUDIENCIA CUANDO DE OFICIO O A PETICIÓN DE PARTE, ELLO RESULTE EN SU CRITERIO NECESARIO PARA ALLEGAR O PRACTICAR PRUEBAS QUE ESTIME CONDUCENTES Y PERTINENTES, O CUANDO POR CUALQUIER OTRA RAZÓN DEBIDAMENTE SUSTENTADA, ELLO RESULTE NECESARIO PARA EL CORRECTO DESARROLLO DE LA ACTUACIÓN ADMINISTRATIVA. EN TODO CASO, AL ADOPTAR LA DECISIÓN, SE SEÑALARÁ FECHA Y HORA PARA REANUDAR LA AUDIENCIA. LA ENTIDAD PODRÁ DAR POR TERMINADO EL PROCEDIMIENTO EN CUALQUIER MOMENTO, SI POR ALGÚN MEDIO TIENE CONOCIMIENTO DE LA CESACIÓN DE SITUACIÓN DE INCUMPLIMIENTO.

7. COMPENSACIÓN

SI LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA AL MOMENTO DE TENER CONOCIMIENTO DEL INCUMPLIMIENTO, O CON POSTERIORIDAD A ESTE O DEL RESULTADO DE LA LIQUIDACIÓN, FUERE DEUDORA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO POR CUALQUIER CONCEPTO, SE APLICARA LA COMPENSACIÓN Y LA INDEMNIZACIÓN SE DISMINUIRÁ EN EL MONTO DE LAS ACREENCIAS, SEGÚN LA LEY, DE CONFORMIDAD CON LO SEÑALADO EN LOS ARTÍCULOS 1417 Y SS. DEL CÓDIGO CIVIL. IGUALMENTE DISMINUIRÁ EL VALOR DE LA INDEMNIZACIÓN, EL CORRESPONDIENTE A LOS BIENES QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA HAYA OBTENIDO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO JUDICIAL O EXTRAJUDICIALMENTE, EN EJERCICIO DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO CUYO CUMPLIMIENTO SE GARANTIZA POR LA PRESENTE PÓLIZA.

8. PAGO DEL SINIESTRO.

LA ASEGURADORA PAGARA EL VALOR DEL SINIESTRO, ASÍ:

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

8.2 PARA EL CASO DEL NUMERAL 5.2, DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE HAGA LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, ACOMPAÑADA DE LA COPIA AUTENTICA DEL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EJECUTORIADO, JUNTO CON LA CONSTANCIA DE LA ENTIDAD ESTATAL DE LA NO EXISTENCIA DE SALDOS A FAVOR DEL CONTRATISTA RESPECTO DE LOS CUALES SE PUEDA APLICAR LA COMPENSACIÓN DE QUE TRATA LA CONDICIÓN SEXTA DE ESTE CLAUSULADO, O EN LA QUE CONSTE LA DISMINUCIÓN EN EL VALOR A INDEMNIZAR EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN.

06/04/2021 -1317-P-05-PPSUS2R000000059-D00I
06/04/2021-1317-NT-P-05-NTPSUS2R00000060

8.3 PARA EL CASO PRESENTADO EN EL NUMERAL 5.3, DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE CON TAL FIN HAGA LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, ACOMPAÑADA DE UNA COPIA AUTENTICA DEL ACTO ADMINISTRATIVO QUE CONSTITUYA LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO, JUNTO CON LA CONSTANCIA DE LA ENTIDAD ESTATAL DE LA NO EXISTENCIA DE SALDOS AL FAVOR DEL CONTRATISTA RESPECTO DE LOS CUALES SE PUEDA APLICAR LA COMPENSACIÓN DE QUE TRATA LA CONDICIÓN SEXTA DE ESTE CLAUSULADO O EN LA QUE CONSTE LA DISMINUCIÓN EN EL VALOR A INDEMNIZAR EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN.

PARÁGRAFO. – DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1110 DEL CÓDIGO DE COMERCIO LA ASEGURADORA PODRÁ OPTAR POR CUMPLIR SU PRESTACIÓN MEDIANTE EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, O CONTINUANDO CON LA EJECUCIÓN DE LA OBLIGACIÓN GARANTIZADA, PARA ESTE ÚLTIMO EVENTO SE REQUIERE LA ACEPTACIÓN DE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA.

LA DECLARATORIA DE CADUCIDAD NO IMPEDIRÁ QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA TOME POSESIÓN DE LA OBRA O CONTINÚE INMEDIATAMENTE LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRATADO, BIEN SEA A TRAVÉS DEL GARANTE O DE OTRO CONTRATISTA.

EN EL EVENTO QUE POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO LA ASEGURADORA RESOLVIERA CONTINUAR, COMO CESIONARIO O A FAVOR DE QUIEN DETERMINE ESTA, CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA ESTUVIESE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA GARANTIZADO ACEPTA DESDE AHORA LA CESIÓN DEL CONTRATO A FAVOR DE LA ASEGURADORA. EN TAL EVENTO LA ASEGURADORA PRESENTARÁ GARANTÍAS.

9. CERTIFICADOS DE MODIFICACIÓN

PARA LOS CASOS EN QUE LA SUMA ASEGURADA SEA AUMENTADA O DISMINUIDA Y PARA AQUELLOS EN LOS CUALES LAS ESTIPULACIONES DEL CONTRATO ORIGINAL SEAN MODIFICADAS, LA ASEGURADORA A SOLICITUD DEL CONTRATISTA GARANTIZADO EXPEDIRÁ UN CERTIFICADO O ANEXO DE MODIFICACIÓN DEL SEGURO, EN DONDE EXPRESE SU CONOCIMIENTO AL RESPECTO DE LAS MODIFICACIONES ACORDADAS ENTRE EL CONTRATISTA GARANTIZADO Y LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA.

10. SUBROGACIÓN

EN VIRTUD DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, DE ACUERDO CON EL ARTICULO 1096 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EN CONCORDANCIA CON EL ARTÍCULO 203 DEL DECRETO 663 DE 1993 ESTATUTO ORGÁNICO DEL SISTEMA FINANCIERO, LA ASEGURADORA SE SUBROGA HASTA CONCURRENCIA DE SU IMPORTE, EN TODOS LOS DERECHOS QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE TENGA CONTRA EL CONTRATISTA GARANTIZADO.

11. NO EXPIRACIÓN POR FALTA DE PAGO DE PRIMA E IRREVOCABILIDAD

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

06/04/2021 -1317-P-05-PPSUS2R000000059-D00I
06/04/2021-1317-NT-P-05-NTPSUS2R00000060

12. NATURALEZA DEL SEGURO

LA GARANTÍA OTORGADA POR ESTA PÓLIZA O SUS CERTIFICADOS DE MODIFICACIÓN, NO ES SOLIDARIA, NI INCONDICIONAL Y SU EXIGENCIA ESTÁ SUPEDITADA A LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y SU CUANTIFICACIÓN.

13. NOTIFICACIONES Y RECURSOS

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

14. COEXISTENCIA DE SEGUROS

EN CASO DE EXISTIR, AL MOMENTO DE SINIESTRO, OTRO SEGURO DE CUMPLIMIENTO CON RELACIÓN AL MISMO CONTRATO, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN A QUE HAY LUGAR, SE DISTRIBUIRÁ ENTRO LOS ASEGURADORES EN PROPORCIÓN A LAS CUANTÍAS DE SUS RESPECTIVOS SEGUROS

15. 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 EXISTA SOLIDARIDAD ENTRE LAS ASEGURADORAS PARTICIPANTES, Y SIN EXCEDER DE LA SUMA ASEGURADA BAJO EL CONTRATO DE SEGURO.

16. PRESCRIPCIÓN

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

17. DOMICILIO

SIN PERJUICIO DE LAS DISPOSICIONES PROCESALES, PARA LOS EFECTOS RELACIONADOS EN EL PRESENTE CONTRATO SE FIJA COMO DOMICILIO DE LAS PARTES LA CIUDAD DE BOGOTÁ EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA EN FE DE LO ANTERIOR, SE FIRMA A LOS _____DÍAS DEL MES DE_____ DE 20____

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.	**EL TOMADOR/ASEGURADO**

seguros mundial® tu compañía siempre

06/04/2021 -1317-P-05-PPSUS2R000000059-D00I
06/04/2021-1317-NT-P-05-NTPSUS2R00000060

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
Asociación Panamericana de Fianzas
Panamerican Surety Association

LA COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A

CERTIFICA:

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza **CG-1033518** y endoso, **0** cuyo afianzado es: **GAVIRIA TRESPALACIOS, LILIANA MARIA** Asegurado o Beneficiario: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - REGIONAL BOLIVAR / SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - REGIONAL BOLIVAR ,** expedida por la Compañía en **27/01/2022,** 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.

CARTAGENA a los **27** días del mes **ENERO** del año **2022.**

Firma Autorizada - Compañia 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.

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

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14562637739

(415)7707212489984(8020) 000001456263773 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4 5 4 8 3 9 7 6	9	Impuestos de Cartagena 6	

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	4 5 4 8 3 9 7 6	1 9 8 7 0 8 2 5

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bolívar 1 3	Cartagena 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GAVIRIA	TRESPALACIO	LILIANA	MARIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bolívar 1 3	Cartagena 0 0 1

41. Dirección principal: BRR BLAS DE LEZO PLAN CUATROCIENTOS MZ 9 LT 12

42. Correo electrónico: lily_latina2004@yahoo.es

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
8 5 4 4	2 0 1 7 0 3 1 3	7 0 1 0	1 9 9 4 1 2 0 9			

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos
2 3 1 1	

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 05 - 31

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:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14562637739

(415)7707212489984(8020) **000001456263773 9**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4 5 4 8 3 9 7 6	9	Impuestos de Cartagena 6	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Expendio a la mesa de comidas preparadas 5 6 1 1

162. Nombre del establecimiento: TERRAZA Y RESTAURANTE ZARANDONGA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bolívar 1 3	Cartagena 0 0 1

165. Dirección: BRR SAN FERNANDO AV ELECTRIFICADORA 81 A 18

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 9 1 6 8 2 0 1 0 2	2 0 0 2 0 3 0 8
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 6 1 6 0 8 2	2 0 1 5 0 7 1 3

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que LILIANA MARIA GAVIRIA TRESPALACIO, con Cédula Ciudadanía No. 45483976 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 28/01/2022, para el contrato registrado con fecha desde 01/02/2022 y fecha hasta 30/11/2022, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 1.

Recuerde que una vez cumplida la fecha hasta indicada en el presente certificado, 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): 202201012593334.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Dada en Bogotá, a los 21 días del mes de febrero de 2022

Cordialmente

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

Impreso por Internet el 21/02/2022 06:50:31 a. m.
ISCDC: 21/02/2022 06:50:31 a. m.

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

LILIANA MARIA GAVIRIA TRESPALACIO Identificado con CC 45483976

Actualmente tiene(n) Cuentamiga, radicado(a) en la oficina , con las siguientes características:

Número:	24071666390
Fecha de apertura:	8 de Marzo de 2017
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 pueda interesar, el 19 del mes Febrero de 2022.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

El servicio público es de todos

Función Pública

INTEGRIDAD PÚBLICA

Función Pública hace constar que:

LILIANA MARIA GAVIRIA TRESPALACIO

C.C 45.483.976

Participó y completó con éxito el curso virtual:

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 13 de junio 2021

Adriana Vargas Tamayo

Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano de la Función Pública

Código: 761110765000

Hace constar:

Que el Sr(a) LILIANA MARIA GAVIRIA TRESPALACIO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 45483976 realizó el día 17/02/2022 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 LILIANA MARIA GAVIRIA TRESPALACIO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 45483976 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

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



Firma

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) LILIANA MARIA GAVIRIA TRESPALACIO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 45483976 realizó el día 22/02/2022 la Capacitación de protocolos de bioseguridad.

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

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

AGENDA DESPLAZAMIENTO CONTRATISTA

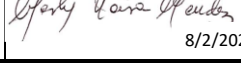
DATOS DEL CONTRATISTA QUE SE DESPLAZA								
NOMBRES Y APELLIDOS					**IDENTIFICACIÓN:**			
LILIANA MARIA GAVIRIA TRESPALACIO					**Tipo:**	**C.C.**	**No.**	**45483976**
CONTRATO	**No.**	**3459604**	**AÑO**	2022	**FECHA VENCIMIENTO DEL CONTRATO**	NOVIEMBRE	30	2022
OBJETO CONTRACTUAL:								
DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL	Bolívar				**DEPENDENCIA/ CENTRO**	**Centro para la Industria Petroquímica**		
NOMBRE DEL ORDENADOR DEL GASTO (de la Movilización)	ROBERTO PLATA CHACÓN				**CARGO**	DIRECTIVO GRADO 02		
NOMBRE DEL SUPERVISOR(A) DEL CONTRATO	MERLY NEIRA MENDEZ				**CARGO**	TECNICO 03		

RUTA	**CARTAGENA MAGANGUE CARTAGENA**						
DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL	Bolívar			**DEPENDENCIA/ CENTRO**	**Centro para la Industria Petroquímica**		
CIUDAD/DEPARTAMENTO O MUNICIPIO/DEPARTAMENTO O CIUDAD/PAIS	CARTAGENA/BOLIVAR		**ENTIDAD O EMPRESA:**	SENA		**CONTACTO**	SANDRA NORIEGA-REPRESENTANTE
FECHA INICIO DEL DESPLAZAMIENTO	8	FEBRERO	2022	**FECHA FIN DESPLAZAMIENTO**	28	FEBRERO	2022
OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO	DESARROLLAR FORMACION COMPLEMENTARIA PARA POBLACION DESPLAZADA EN EMPRENDIMIENTO						

		PRODUCTO (S):
1	IMPARTIR FORMACIO AL POBLACION DESPLAZADA	Guía de Aprendizaje
2	IMPARTIR FORMACIO AL POBLACION DESPLAZADA	Acta deEntrega de Materiales
3	IMPARTIR FORMACIO AL POBLACION DESPLAZADA	Fotografías
4	IMPARTIR FORMACIO AL POBLACION DESPLAZADA	Videos
5	IMPARTIR FORMACIO AL POBLACION DESPLAZADA	Soporte de transporte

AGENDA

ACTIVIDADES			
EL OBJETIVO DEL DESPLAZAMENTO ES ORIENTAR FORMACION COMPLEMENTARIA A POBLACIÓN , DESPLAZADAS , QUE SE REUNE EN LOS CORREGIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO FORTALECIENDO CONOCIMIENTO EN LA FORMACIÓN PRESENCIAL , INSENTIVAR EN LA POBLACIÓN LA CULTURA EMPRENDEDORA.	8 AL 16	2	2022
	17 AL 28	2	2022

FIRMAS					
FIRMA DEL CONTRATISTA:		**FECHA DE ELABORACIÓN DEL FORMATO:**	8	2	2022
FIRMA Vo/Bo. ORDENADOR DEL GASTO		**FIRMA Vo/Bo. SUPERVISOR DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	 8/2/2022		

Bogotá, Febrero 19 de 2022

Señora:
GAVIRIA TRESPALACIO LILIANA MARIA
CC. 45483976
BLASDELECE PLAN 400 MZ 9 LT 12 - 6452255
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Abril 1 de 2017. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
ATENCIO GAVIRIA LILI CAROLINA	20994147	R	May-23-2001	0	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	NO VIGENTE	Ene-1-2002	Desafiliado por Retiro laboral (4 meses)	Ninguna
ATENCIO GAVIRIA WENDY VANESSA	28825062	R	May-23-2001	0	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	NO VIGENTE	Ene-1-2002	Desafiliado por Retiro laboral (4 meses)	Ninguna
GAVIRIA TRESPALACIO LILIANA MARIA	45483976	C	Abr-1-2017	60	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
ATENCIO ATENCIO WILLIAM	73121627	C	Sep-25-2019	52	26	CONYUGE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
LILIANA MARIA GAVIRIA TRESPALACIO	45483976	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
LILIANA MARIA GAVIRIA TRESPALACIO	45483976	Independiente Voluntario al Sistema de Riesgos Lab	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,



JAVIER CARREÑO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

LILIANA MARIA GAVIRIA TRESPALACIO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **45.483.976**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 de Febrero del 2022.

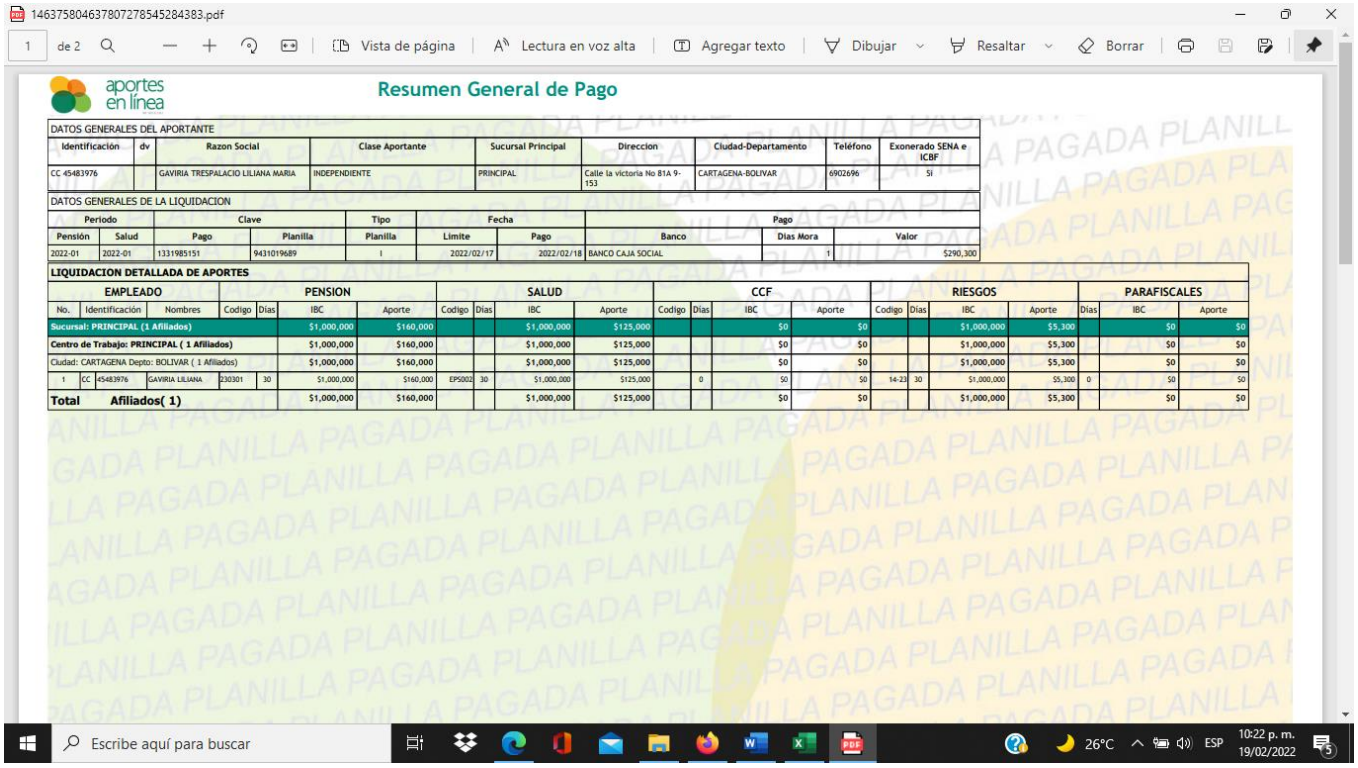
Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*



1463758046378072785452843 83.pdf

1 de 2 | Vista de página | Lectura en voz alta | Agregar texto | Dibujar | Resaltar | Borrar

aportes 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 45483976		GAVIRIA TRESPALACIO LILIANA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle la victoria No 81A 9-153	CARTAGENA-BOLIVAR	6902696	SI

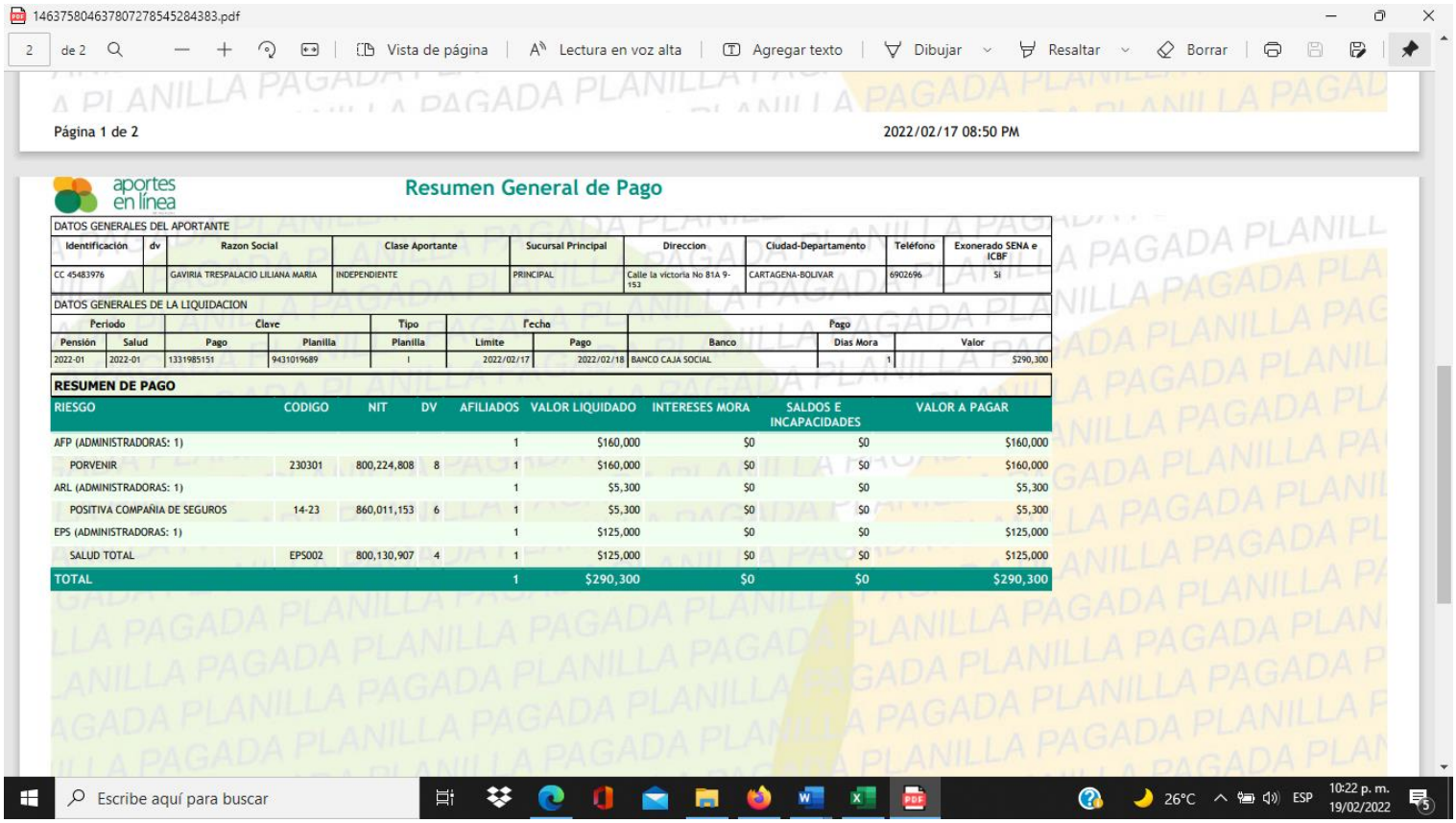
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-01	2022-01	1331985151	9431019689	I	2022/02/17	2022/02/18	BANCO CAJA SOCIAL	1	$290,300

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			$0	$0			$1,000,000	$5,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$5,300		$0	$0
Ciudad: CARTAGENA Depto: BOLIVAR (1 Afiliados)					$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$5,300		$0	$0
1	CC 45483976	GAVIRIA LILIANA	230301	30	$1,000,000	$160,000	EPS002	30	$1,000,000	$125,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,000,000	$5,300	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$5,300		$0	$0

Escribe aquí para buscar | 26°C | ESP | 10:22 p. m. 19/02/2022



1463758046378072785452843 83.pdf

2 de 2 | Vista de página | Lectura en voz alta | Agregar texto | Dibujar | Resaltar | Borrar

Página 1 de 2 2022/02/17 08:50 PM

aportes 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 45483976		GAVIRIA TRESPALACIO LILIANA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle la victoria No 81A 9-153	CARTAGENA-BOLIVAR	6902696	SI

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	1331985151	9431019689	I	2022/02/17	2022/02/18	BANCO CAJA SOCIAL	1	$290,300

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
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$160,000	$0	$0	$160,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,300	$0	$0	$5,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$5,300	$0	$0	$5,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$0	$0	$125,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$125,000	$0	$0	$125,000
TOTAL				1	$290,300	$0	$0	$290,300

Escribe aquí para buscar | 26°C | ESP | 10:22 p. m. 19/02/2022

Cartagena, 18 de febrero de 2022

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:

C.C.	**1143411707**	**WENDY VANESSA ATENCIO GAVIRIA**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

Hijos entre 18 y 23 años, y me encuentro financiando su educación en las 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: LILIANA MARIA GAVIRIA TRESPALACIO

C.C. 45.483.976 de Cartagena