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 CUNDINAMARCA**
**CENTRO INDUSTRIAL Y DESARROLLO DE SOACHA-CUNDINAMARCA**
**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** | **25** |
| **Código Centro** | **923210** |
| **Fecha Elaboración** | **Febrero de 2022** |
| **Versión** | **ENERO 2022 - 1,22** |
| **ID de Proceso** | **67248-633819** |
| **No. de documento** | **356420** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | WILLIAN ALLENDE BARON MOJICA | **C.C.** | 11.259.861 | **IP/Nº de contacto** | 3102873799 |
| **Correo electrónico contratista:** | wabaron@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 ?** | | SI | |
| **Banco al cual consignar:** | BANCO BBVA | **Tipo de cta** | AHORROS | **Nº Cuenta** | | 0342098647 | |
| **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:** | 3327568/2022 | | | **Nº Compromiso SIIF** | **11222** | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 38.909.000 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 38.909.000 | **1** | **Del** | **02/02/2022** | **Al** **28/02/2022** | **$ 3.864.250,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 35.044.750 | | Legalización comisiones del periodo | | $ 0,00 | |

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

PRESTAR CON PLENA AUTONOMÍA TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUCTOR PARA ATENDER LAS NECESIDADES DE LA COORDINACIÓN ACADÉMICA DE FORMACIÓN ARTICULACIÓN CON LA EDUCACION MEDIA EN LAS ÁREAS ASOCIADAS A LA RED DE CONOCIMIEN

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.864.250 | 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** | **$ 3.864.250** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.277.844** | **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** | ---------- | **22362223** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.545.700 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 193.300 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 247.400 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 8.100 | $ 0 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064 | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.800.400 | $ - | |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Dependientes hasta $ 1.216.128 | $ 386.425 | |
| Salud hasta $ 608.064 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 9.120.960 | $ 759.281 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 2.277.844,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 3.423.550,00 | |
| Valor base IVA | 0,00 | |
| IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Reteica - 8299 | 20.541,00 | 0,600% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$ 3.843.709,00** | |

**SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL SETECIENTOS NUEVE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

APOYO A LA COORDINACIÓN ACADÉMICA EN LA SENSIBILIZACIÓN Y GESTIÓN DE LAS MATRÍCULAS DE ASPIRANTES A TÉCNICOS DEL PROGRAMA DE ARTICULACIÓN CON LA MEDIA A LAS INSTITUCIONES ASIGNADAS:
LEÓN XIII
DIRIGENTES DEL FUTURO
CIUDADELA SUCRE LA ISLA

**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.

**WILLIAN ALLENDE BARON MOJICA**
**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,

**JUAN CARLOS BARACALDO SANTOS**
**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**

**ROBERTO PRIETO LADINO**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

# CONSULTA EMPLEADO

| | |
|---|---|
| RAZÓN SOCIAL | WILLIAN ALLENDE BARON MOJICA |
| IDENTIFICACIÓN APORTANTE | CC-11259861 |
| SUCURSAL | 01 |
| FECHA PAGO | 2022-02-21 |
| INDENTIFICACION EMPLEADO | CC-11259861 |
| NOMBRE EMPLEADO | WILLIAN ALLENDE BARON MOJICA |
| EPS | NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. |
| AFP | PORVENIR |
| CAJA COMPENSACIÓN | Caja de Compensacion Familiar CAFAM |
| ARL | ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS |
| NÚMERO PLANILLA | 22362223 |
| REFERENCIA PAGO(PIN) | |
| TIPO PLANILLA | I |
| PERIODO PENSIÓN | 2022-01 |
| PERIODO SALUD | 2022-01 |
| TIPO COTIZANTE | Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes |
| SUBTIPO COTIZANTE | Sin Subtipo |
| NOVEDAD INGRESO INICIAL | |
| NOVEDAD INGRESO FINAL | |

| ING | Fecha ING | RET | Fecha RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | Fecha VSP | VTE | VST | SLN | Fecha Sln inicio | Fecha Sln Fin | IGE | Fecha Ige Inicio | Fecha Ige Fin | LMA | Fecha LMA | Fecha LMA Fin | VAC | Fecha Vac Inicio | Fecha VAC Fin | AVP | VCT | Fecha VCT Inicio | Fecha VCT Fin | IRL | Fecha IRL Inicio | Fecha IRL Fin |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | |

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

| Días Cot | Tarifa | Cot. Obligatoria | Cot. Voluntaria | | Total | Fondo de Solidaridad de | Fondo de Subsistencia | Valor no retenido |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Afiliado | Aportante | | | | |
| 30 | 0,1600000 | $ 160.000 | $ 0 | $ 0 | $ 160.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

SISTEMA GENERAL DE SALUD

| Días Cot | Tarifa | Cot. Obligatoria | UPC adicional | Incapacidades E.G | | Licencias de Maternidad o | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Número Autorización | Valor | Número Autorización | Valor |
| 30 | 0.1250000 | $ 125.000 | $ 0 | 0 | $ 0 | 0 | $ 0 |

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

| Días Cot | Tarifa | Cot. Obligatoria | Código de centro de trabajo |
|---|---|---|---|
| 30 | 0,0052200 | $ 5.300 | 899999034 |

APORTES PARAFISCALES

| Días Cot | Caja de Compensación Familiar | | Sena | | ICBF | | ESAP | | MIN DE EDUCACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Tarifa | Cot.Oblogatoria | Tarifa | Cot.Oblogatoria | Tarifa | Cot.Oblogatoria | Tarifa | Cotización | Tarifa | Cot.Oblogatoria |
| 30 | 0,0200000 | $ 18.200 | 0,0000000 | $ 0 | 0,0000000 | $ 0 | 0,0000000 | $ 0 | 0,0000000 | $ 0 |

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

| Pension | Salud | Riesgos | Parafiscales | Total |
|---|---|---|---|---|
| $ 160.000 | $ 125.000 | $ 5.300 | $ 18.200 | $ 308.500 |

# ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

**Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud**

**Resultados de la consulta**

## Información Básica del Afiliado :

| COLUMNAS | DATOS |
|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | CC |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 11259861 |
| NOMBRES | WILLIAN ALLENDE |
| APELLIDOS | BARON MOJICA |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | CUNDINAMARCA |
| MUNICIPIO | FUSAGASUGA |

## Datos de afiliación :

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | NUEVA EPS S.A. | CONTRIBUTIVO | 01/08/2008 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

**Fecha de Impresión:** | 02/21/2022 18:26:51 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

**Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.**

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14807362632

(415)7707212489984(8020) 000001480736263 2

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 1 2 5 9 8 6 1 | 8 | Impuestos y Aduanas de Girardot 8 | |

## 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 | 1 1 2 5 9 8 6 1 | 1 9 8 4 0 6 1 0 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Cundinamarca 2 5 | Fusagasugá 2 9 0 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| BARON | MOJICA | WILLIAM | ALLENDE |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Cundinamarca 2 5 | Fusagasugá 2 9 0 |

41. Dirección principal: MZ A CA 99 CONJ CIUDAD DE VENECIA

42. Correo electrónico: willi-15876@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| 0 0 1 | 8 8 6 1 5 1 7 | 3 1 0 2 8 7 3 7 9 9 |

## 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 4 2 | 2 0 1 7 0 5 2 6 | | | | | | 2 4 1 9 | |

### 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 | 5 | 4 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

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 2022 - 01 - 20 / 11 : 53: 14

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 BARON MOJICA WILLIAM ALLENDE
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

RESULTADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRE:** | **WILLIAN ALLENDE BARON MOJICA** | **REFERENCIA:** | **136425198** |
| **DOCUMENTO:** | **CC.11259861** | **FECHA INGRESO:** | **26.Ene.2021 06:33 p.m.** |
| **EMPRESA:** | **CLINICA IPS EUGENIO DIAZ SAS (P)** | **SEDE:** | **REFERENCIA CENTRO** |
| **DOCTOR:** | **PNR-ADSCRITO** | **EDAD-SEXO:** | **36 Años - Masculino** |

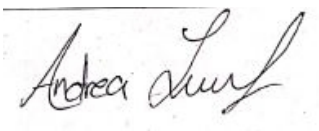
# BIOQUIMICA SANGUINEA

| ESTUDIO | RESULTADO | VALORES DE REFERENCIA |
|---|---|---|
| **PERFIL LIPIDICO** | | |
| Colesterol Total | **211** mg/dl | Valores de Referencia en Niños<br>Aconsejable: Menor de 170 mg/dl<br>Riesgo moderado: 170 - 199 mg/dl<br>Alto: Mayor o Igual a 200 mg/dl<br>Valores de Referencia en Adultos<br>Aconsejable: Menor de 200 mg/dl<br>Riesgo moderado: 200 - 239 mg/dl<br>Alto: Mayor o Igual a 240 mg/dl |
| Triglicéridos | **409** mg/dl | Normal: Menor de 150 mg/dl<br>Límite alto: 150 - 199 mg/dl<br>Alto: 200 - 499 mg/dl<br>Muy alto: Mayor o Igual a 500 mg/dl |
| Fracción VLDL | **VER NOTA** mg/dl | Menor de 30 mg/dl |
| | | Casi óptima 100 - 129 mg/dl<br>Moderado 130 - 159 mg/dl<br>Elevado 160 - 189 mg/dl<br>Muy Elevado > 190 mg/dl |
| Colesterol HDL | **26.85** mg/dl | 40 - 60 mg/dl |

OBSERVACIONES: Debido a la Turbidez de la muestra No se puede realizar el LDL.
Dato confirmado con reproceso de la muestra.

| | | |
|---|---|---|
| Glicemia en Ayunas | **121** mg/dl | 70 - 100 mg/dl |

**Analizado por,**



**ANDREA STHEFANY LEMUS MEZA**
**BACTERIOLOGA T.P:1098764588**
*Copiado:AMBS*

*Fecha de Validación:27/Ene/2021 00:54*

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

RESULTADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRE:** | **WILLIAN ALLENDE BARON MOJICA** | **REFERENCIA:** | **136425198** |
| **DOCUMENTO:** | **CC.11259861** | **FECHA INGRESO:** | **26.Ene.2021 06:33 p.m.** |
| **EMPRESA:** | **CLINICA IPS EUGENIO DIAZ SAS (P)** | **SEDE:** | **REFERENCIA CENTRO** |
| **DOCTOR:** | **PNR-ADSCRITO** | **EDAD-SEXO:** | **36 Años - Masculino** |

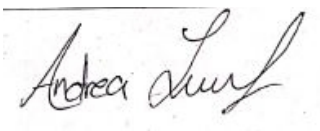
# BIOQUIMICA SANGUINEA

| ESTUDIO | RESULTADO | VALORES DE REFERENCIA |
|---|---|---|
| | | Vlr. Referencia para grupos Especiales:<br>Prematuros: 20 - 60 mg/dl |

*Técnica:Hexoquinasa*

NOTA: Criterios de la Asociación Americana de Diabetes - ADA- 2017, Valores esperados:
- Glucosa normal en ayunas: menor de 100 mg/dL
- Glucosa a las 2 horas con carga de 75 gramos: menor de 140 mg/dL

**Analizado por,**

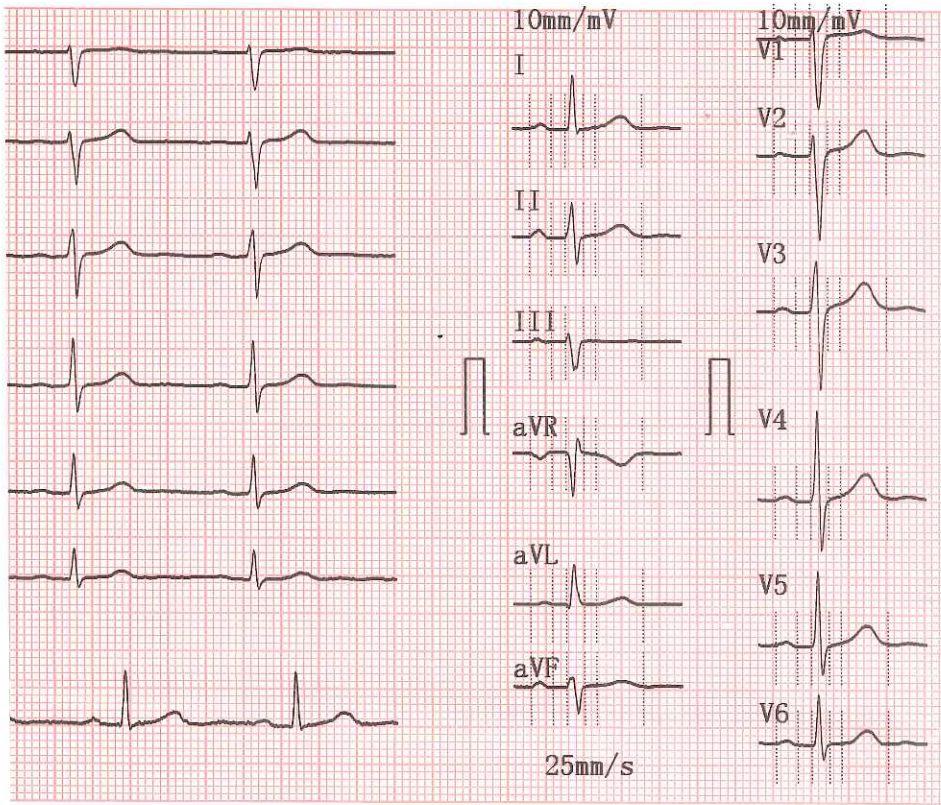


**ANDREA STHEFANY LEMUS MEZA**
**BACTERIOLOGA T.P:1098764588**
*Copiado:AMBS*

*Fecha de Validación:27/Ene/2021 00:54*



Respaldo científico de Laboratorio Angel
Muestra tomada y remitida por laboratorio adscrito al Programa Nacional de Referencia PNR, responsable de asegurar la fase pre-analítica
Central de atención PNR Cali (032) 660 70 70 opción 2 - Bogotá (031) 743 2953 opción 2




clinica ips eugenio diaz 26-01-21
2021-01-26 09:42

ID: William Allende Baron medico
Nombre: 1129986161 Sexo: M Edad: 36
Talla:____ cm Peso:____ kg SIS/DIAS: ____ /____ mmHg

| | | |
|---|---|---|
| HR | [bpm] | :63 |
| PR Interval | [ms ] | :190 |
| P Duration | [ms ] | :115 |
| QRS Duration | [ms ] | :97 |
| T Duration | [ms ] | :247 |
| QT/QTc | [ms ] | :410/422 |
| P/QRS/T Axis | [deg] | :41.2/-18.3/33.1 |
| R(V5)/S(V1) | [mV ] | :0.98/0.91 |
| R(V5)+S(V1) | [mV ] | :1.88 |

<<Conclusión>>
Ritmo sinusal normal;
Moderada desviacion izquierda del eje;

**Report need physician confirm**

Natalia Galeano

Médico _____

By FAINMED For BIOCARE 600 G/TRISMED

CIED
Clínica IPS Eugenio Díaz

**CLINICA IPS EUGENIO DIAZ S.A.S**
Nit. 900810768 - 8
Dirección: CL 12 A # 9 -914
Tel: 8822218

## INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

**Tipo certificación:** Ingreso ⊗ Periódico ○ Retiro ○ Post incapacidad ○ Caso ocupacional ○
Control ○ Reubicación ○ Ingreso al SVE ○ Trabajo en alturas ○

### DATOS DEL PACIENTE



Fecha **26/01/2021 09:30:00** Empresa **PARTICULAR PAQUETE SENA**

Nombre **WILLIAN ALLENDE BARON MOJICA**

Cargo **INSTRUCTOR** Doc. Identidad **CC 11259861**

### SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

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

| EXAMEN DE INGRESO | SI | NO | NO APLICA | FALTA INFORMACION |
|---|---|---|---|---|
| Apto para el cargo | ⊗ | ○ | ○ | ○ |
| Aplazado | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Apto con restricciones | ○ | ⊗ | ○ | ○ |
| Apto para trabajar en alturas | ○ | ○ | ⊗ | ○ |
| Apto para trabajar en espacios confinados | ○ | ○ | ⊗ | ○ |
| Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido | ○ | ○ | ⊗ | ○ |
| Apto para participar en la brigada | ○ | ○ | ⊗ | ○ |
| Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista | ⊗ | ○ | ○ | ○ |

| EXAMEN PERIÓDICO | SI | NO |
|---|---|---|
| Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones | ○ | ○ |
| Requiere restricciones de actividades | ○ | ○ |
| Requiere reubicación laboral temporal | ○ | ○ |
| Requiere reubicación laboral permanente | ○ | ○ |
| Apto para trabajar en alturas | ○ | ○ |
| Apto para trabajar en espacios confinados | ○ | ○ |
| Apto para trabajar en alturas | ○ | ○ |

| EXAMEN DE RETIRO | SI | NO |
|---|---|---|
| Sospecha de enfermedad Profesional | ○ | ○ |
| Secuelas de Accidentes de Trabajo | ○ | ○ |
| Enfermedad Común | ○ | ○ |

**PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA**
Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

**REMISIÓN** SI ⊗ NO ○ **ARL** SI ○ NO ○ **EPS** NUTRICION SI ⊗ NO ○

OPTOMETRIA: Control anual
ELECTROCARDIOGRAMA : Sin alteración
LABORATORIOS: Mejorar habitos alimenticios

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

MONICA ALEJANDRA PEREZ NAVARRETE
Especialidad: MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL
CC: 1030583036 RM:

Trabajador: WILLIAN ALLENDE BARON MOJICA
CC 11259861
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

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

## INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

RIESGO CARDIOVASCULAR: Bajo

1. Pausas activas 15 min por cada 4 horas de trabajo
2. Higiene postural
3. Puesto de trabajo ergonómicamente Apto
4. Cuando escribas en un computador, al digitar sólo mueve los dedos. Mantén siempre las muñecas rectas y la espalda derecha sobre el espaldar de la silla.
5. Relaja los hombros y mantén los codos a los lados del cuerpo.
6. Siempre coloca los pies a la altura del piso.
7. Los monitores deben estar a la altura de los ojos, para no tener que agachar el cuello para mirar lo que se escribe.
8. Se recomienda que los desplazamientos se realizan en medios de transporte se deberá hacer uso del tapabocas procurando mantener distancia mínimá de dos metros (2 m) entre las personas.
9. Retirar los zapatos a la entrada y lavar la suela con agua y jabón.
10. Lavar las manos de acuerdo con los protocolos del Ministerio de Salud y Protección Social.
11. Evitar saludar con beso, abrazo y dar la mano y buscar mantener siempre la distancia de más de dos metros entre personas.
12. Antes de tener contacto con los miembros de familia, cambiarse de ropa.
13. Mantener separada la ropa de trabajo de las prendas personales.
14. La ropa debe lavarse en la lavadora a más de 60 grados centígrados o a mano con agua cáliente que no queme las manos y jabón, y secar por completo. No reutilizar ropa sin antes lavarla. No sacudir las prendas de ropa antes de lavarlas para minimizar el riesgo de dispersión de virus a través del aire. Dejar que se sequen completamente
15. Bañarse con abundante agua y jabón.
16. Mantener la casa ventilada, limpiar y desinfectar áreas, superficies y objetos de manera regular.
17. Siga los lineamientos de bioseguridad de la empresa
18. Realizar ejercicio 30 min 3 veces a la semana
19. Disminuir el consumo de carbohidratos
20. Control por Nutrición EPS

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

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

MONICA ALEJANDRA PEREZ NAVARRETE
Especialidad: MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL
CC: 1030583036 RM:

Trabajador: WILLIAN ALLENDE BARON MOJICA
CC 11259861
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

CIED
Clínica IPS Eugenio Díaz

# CLINICA IPS EUGENIO DIAZ S.A.S

Nit. 900810768 - 8
Dirección: CL 12 A # 9 -914
Tel: 8822218

## OPTOMETRÍA

Ingreso ☐
Egreso ☐
Periódico ☒
Caso ocupacional ☐

Fecha historia 26/01/2021 08:38:00

Doc. Identidad **CC 11259861** Nombre **WILLIAN ALLENDE BARON MOJICA** Fecha Nacimiento. **10/06/1984**
Entidad **PARTICULAR PAQUETE SENA** Edad **36** Ocupación **INSTRUCTOR**
Fondo de pensión **PORVENIR** EPS ARL **POSITIVA**

**Anamnesis**

Último examen visual **2 AÑOS** | Usa anteojos: Si ☐ No ☒ | V.L. ☐ | V.P. ☐ | PC ☐ | Bifocal ☐ | Progresivo ☐ | Filtros ☐

Frecuencia de uso: Permanente: ☐ Ocasional ☐ Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara? Si ☐ No ☒

Cirugías Si ☐ No ☒ Cuál? **NO REFIERE**

Accidentes oculares Si ☐ No ☒ Cuál? **NO REFIERE**

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

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

Antecedentes personales y/o familiares **RINITIS - CONTROLADO PACIENTE SIN SINTOMAS RELACIONADOS** Trae corrección óptica ☐

**Agudeza Visual**

| C.C. | V.L | V.P. | S.C. | V.L. | V.P. |
|---|---|---|---|---|---|
| O.D. | - | - | | 20/20 | 20/20 |
| O.I. | - | - | | 20/20 | 20/20 |

**Lensometría**

| | ESF | CIL | EJE | ADD |
|---|---|---|---|---|
| O.D. | - | - | -º | - |
| O.I. | -. | - | -º | - |

**Examen Externo**

| O.D. | O.I. |
|---|---|
| **Segmento Anterior:** Hiperemia conjuntiva ☒ Pterigio N ☐ | **Segmento Anterior:** Hiperemia conjuntiva ☒ Pterigio N ☐ |
| Pterigio T ☐ Pinguécula ☐ Nevus ☐ Bleafaratis ☐ | Pterigio T ☐ Pinguécula ☐ Nevus ☐ Bleafaratis ☐ |
| Blefaritis seborreica ☐ Secreción ☐ Leucoma corneal ☐ | Blefaritis seborreica ☐ Secreción ☐ Leucoma corneal ☐ |
| Ptosis palpebral ☐ Otros: | Ptosis palpebral ☐ Otros: |

**Motilidad Ocular**

CVT: VL **ORTHOFORIA** VP **EXOFORIA** HISHBERG **CENTRADO**
Ducciones **NORMAL** Versiones **NORMAL** PPC **6 CMS**

**Oftalmoscopia**

| O.D. | O.I. |
|---|---|
| F.O.A.N. ☐ Papila normal ☒ Brillo foveal normal ☒ Catarata ☐ | F.O.A.N. ☐ Papila normal ☒ Brillo foveal normal ☒ Catarata ☐ |
| Esclerosis de cristalino ☐ Opacidad de medios ☐ Lesión retinal ☐ | Esclerosis de cristalino ☐ Opacidad de medios ☐ Lesión retinal ☐ |

**Test Ocupacionales**

| Visión cromática | Visión de profundidad | Campo visual por vonfrontación |
|---|---|---|
| O.D: **NORMAL** | O.D: **NORMAL** | O.D: **NORMAL** |
| O.I: **NORMAL** | O.I: **NORMAL** | O.I: **NORMAL** |

**Refracción**

| | Esfera | Cilindro | EJE | Adición |
|---|---|---|---|---|
| O.D: | +050 | - | -º | + |
| O.I: | +050 | - | -º | + |

**Refracción final**

| | Esfera | Cilindro | EJE | Adición | AV VL | AV VP |
|---|---|---|---|---|---|---|
| O.D: | - | - | -º | + | - | - |
| O.I: | - | - | -º | + | - | - |

**Interpretación**

| | O.D | O.I |
|---|---|---|
| No requiere correción óptica | ☒ | ☒ |
| Defecto refractivo adecuadamente corregido | ☐ | ☐ |
| Defecto refractivo inadecuadamente corregido | ☐ | ☐ |

| | O.D | O.I |
|---|---|---|
| Defecto refractivo no corregido | ☐ | ☐ |
| Gafas no formuladas | ☐ | ☐ |

**Diagnóstico**

Z010 EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION

**Recomendaciones**

Corrección Óptica Permanente ☐ Corrección Óptica Ocasional ☐ Control 6 meses ☐ Control 1 año ☒
Optometría Clínica ☐ Valoración por oftalmología ☐ Valoración por ortóptica ☐

**Valoración** Normal ☐ Anormal ☒

**CONCEPTO**

Apto ☒ No apto ☐ **Observaciones:** 1. USO DE PROTECCIÓN VISUAL A NECESIDAD DE LABOR
2. PAUSAS VISUALES CADA 2 HORAS POR 5 A 10 MINUTOS
3. CONTROL ANUAL

DRA. CLAUDIA R. VELANDIA M.
OPTOMETRA -FUAA
REG 1373 CTNPO
ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL
RES. 7854/2013

CLAUDIA ROCIO VELANDIA MARENTES
Especialidad: OPTOMETRIA

CIED
Clínica IPS Eugenio Díaz

## Nombre: WILLIAN ALLENDE BARON MOJICA

CC: 11259861 Edad:36 años Fecha:26/01/2020 Hora:10+00

**Empresa: SENA** **Cargo:** INSTRUCTOR

Examen de

**Prueba Psicometrica Nivel S**

Puntaje : MEDIO-BAJO

**Concepto**

- Buena capacidad para atender selectivamente y secuencialmente a figuras similares
- Aplicación de estrategias eficaces a la hora de realizar comparaciones visuales
- Facilidad para motivarse y mantener la activacion ante estimulos repetitivos y monotos
- Un nivel alto de velocidad del procesamiento de las operaciones mentales simples
- Habilidad para percibir y discriminar con rapidez la configuracion pereptiva de las figuras
- Posiblemente, un nivel elevado de memoria de trabajo en relacion con patrones visuales
- Aptitud para trabajar deprisa bajo presion de tiempo

Monica Alejandra Perez Navarrete
MEDICO GENERAL EN SEGURIDAD Y SALUD DE TRABAJO
C.C. 1030583026

Médico Ocupacional
Monica Alejandra Perez Navarete
Esp. Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo .

Calle 12 a N° 9-89
PBX: 882 2218 - Soacha
clinicaeugeniodiaz2015@gmail.com
www.clinicaeugeniodiaz.com

## Hace constar:

Que el Sr(a) WILLIAN ALLENDE BARON MOJICA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 11259861 realizó el día 21/02/2022 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 WILLIAN ALLENDE BARON MOJICA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 11259861 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.



Escriba el texto aquí

Firma

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

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 WILLIAN ALLENDE BARON MOJICA, con Cédula Ciudadanía No. 11259861 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 27/01/2022, para el contrato registrado con fecha desde 02/02/2022 y fecha hasta 23/11/2022, 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): 202201012622602.

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 06:09:08 p. m.**
**ISCDC: 21/02/2022 06:09:08 p. m.**

BBVA

Creando Oportunidades

# BBVA Colombia
# NIT 860.003.020-1
# Certifica

Que nuestro(a) cliente WILLIAN ALLENDE BARON MOJICA, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 11,259,861 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 342098647 aperturada el 24 de febrero de 2009 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 21 de febrero de 2022.

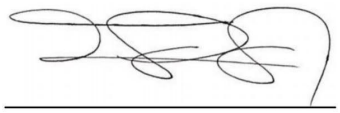
---

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

| | |
|---|---|
| Cuenta de 10 dígitos: | 0342098647 |
| Cuenta de 16 dígitos: | 0342000200098647 |
| Cuenta de 20 dígitos: | 00130342000200098647 |

---

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

seguros mundial®
tu compañía siempre

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

**Código de Seguridad:** 8k8bhFiy3JglhxHg0khD9w==


**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 | CBC-100033855 | No. ANEXO | 0 | No. CERTIFICADO | 270083136 | No. RIESGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO DE DOCUMENTO | | | | FECHA DE EXPEDICIÓN | 24/01/2022 | SUC. EXPEDIDORA | CEN BOGOTA CHAPINERO |

| VIGENCIA DESDE | | VIGENCIA HASTA | | DÍAS | VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE | | VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 00:00 Horas Del | 22/01/2022 | 24:00 Horas Del | 23/03/2023 | | N/A | N/A | N/A | N/A |

| | | | |
|---|---|---|---|
| TOMADOR | BARON MOJICA, WILLIAM ALLENDE | No. DOC. IDENTIDAD | 11.259.861 |
| DIRECCIÓN | MANZANA A CASA 99 EBEN-EZER | TELÉFONO | 3102873799 |
| ASEGURADO | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA | No. DOC. IDENTIDAD | 899.999.034-1 |
| DIRECCIÓN | CR 48 6 40 URB GUAYURIBA | TELÉFONO | 8768374 |
| BENEFICIARIO | CENTRO INDUSTRIAL Y DE DESARROLLO EMPRESARIAL DE SOACHA-CALLE 13 NO 10-63 | No. DOC. IDENTIDAD | 899.999.034-1 |
| DIRECCIÓN | CR 48 6 40 URB GUAYURIBA | TELÉFONO | 8768374 |

## 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.3327569 , CUYO OBJETO ES

PRESTAR CON PLENA AUTONOMÍA TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUCTOR PARA ATENDER LAS NECESIDADES DE LA COORDINACIÓN ACADÉMICA DE FORMACIÓN ARTICULACIÓN CON LA EDUCACION MEDIA EN LAS ÁREAS ASOCIADAS A LA RED DE CONOCIMIENTO DEL PROGRAMA ASISTENCIA ADMINISTRATIVA DEL CENTRO INDUSTRIAL Y DE DESARROLLO EMPRESARIAL DE SOACHA EN LA VIGENCIA 2022

| NOMBRE DEL AMPARO | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEGURADA$ | VALOR PRIMA$ |
|---|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO | 00:00 Horas Del 22/01/2022 | 24:00 Horas Del 23/03/2023 | 389.090,00 | 26.000,00 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | TOTAL ASEGURADO | $ 389.090,00 | |

| INTERMEDIARIOS | TIPO | % PARTICIPACIÓN |
|---|---|---|
| ANA CLARICIA MONROY REY | AGENTES | 100,00 |
| | | |

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

| | | |
|---|---|---|
| PRIMA BRUTA | $ | 26.000,00 |
| DESCUENTOS | $ | |
| EXTRA PRIMA | | |
| PRIMA NETA | $ | 26.000,00 |
| GASTOS EXP. | $ | 5.500,00 |
| IVA | $ | 5.985,00 |
| TOTAL A PAGAR | $ | 37.485,00 |

| CONVENIO DE PAGO | DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 24/01/2022 |
|---|---|

## 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

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

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

**Código de Seguridad:** 8k8bhFiy3JglhxHg0khD9w==

**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 | CBC-100033855 | No. ANEXO | 0 | No. CERTIFICADO | 270083136 | No. RIESGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO DE DOCUMENTO | | FECHA DE EXPEDICIÓN | 24/01/2022 | SUC. EXPEDIDORA | CEN BOGOTA CHAPINERO | | |

| VIGENCIA DESDE | | VIGENCIA HASTA | | DÍAS | VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE | | VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 00:00 Horas Del | 22/01/2022 | 24:00 Horas Del | 23/03/2023 | | N/A | N/A | N/A | N/A |

| | | | |
|---|---|---|---|
| TOMADOR | BARON MOJICA, WILLIAM ALLENDE | No. DOC. IDENTIDAD | 11.259.861 |
| DIRECCIÓN | MANZANA A CASA 99 EBEN-EZER | TELÉFONO | 3102873799 |
| ASEGURADO | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA | No. DOC. IDENTIDAD | 899.999.034-1 |
| DIRECCIÓN | CR 48 6 40 URB GUAYURIBA | TELÉFONO | 8768374 |
| BENEFICIARIO | CENTRO INDUSTRIAL Y DE DESARROLLO EMPRESARIAL DE SOACHA-CALLE 13 NO 10-63 | No. DOC. IDENTIDAD | 899.999.034-1 |
| DIRECCIÓN | CR 48 6 40 URB GUAYURIBA | TELÉFONO | 8768374 |

## 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.3327569 , CUYO OBJETO ES

PRESTAR CON PLENA AUTONOMÍA TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUCTOR PARA ATENDER LAS NECESIDADES DE LA COORDINACIÓN ACADÉMICA DE FORMACIÓN ARTICULACIÓN CON LA EDUCACION MEDIA EN LAS ÁREAS ASOCIADAS A LA RED DE CONOCIMIENTO DEL PROGRAMA ASISTENCIA ADMINISTRATIVA DEL CENTRO INDUSTRIAL Y DE DESARROLLO EMPRESARIAL DE SOACHA EN LA VIGENCIA 2022

| NOMBRE DEL AMPARO | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEGURADA$ | VALOR PRIMA$ |
|---|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO | 00:00 Horas Del 22/01/2022 | 24:00 Horas Del 23/03/2023 | 389.090,00 | 26.000,00 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | TOTAL ASEGURADO | $ 389.090,00 | |

| INTERMEDIARIOS | TIPO | % PARTICIPACIÓN |
|---|---|---|
| ANA CLARICIA MONROY REY | AGENTES | 100,00 |
| | | |

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

| | | |
|---|---|---|
| PRIMA BRUTA | $ | 26.000,00 |
| DESCUENTOS | $ | |
| EXTRA PRIMA | | |
| PRIMA NETA | $ | 26.000,00 |
| GASTOS EXP. | $ | 5.500,00 |
| IVA | $ | 5.985,00 |
| TOTAL A PAGAR | $ | 37.485,00 |

| CONVENIO DE PAGO | DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 24/01/2022 |
|---|---|

## 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.

seguros mundial® tu compañía siempre

### 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.



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.

## 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.



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

**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 **CBC-100033855** y endoso, **0** cuyo afianzado es: **BARON MOJICA, WILLIAM ALLENDE** Asegurado o Beneficiario: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA / CENTRO INDUSTRIAL Y DE DESARROLLO EMPRESARIAL DE SOACHA-CALLE 13 NO 10-63** , expedida por la Compañía en **24/01/2022,** 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.

**CEN BOGOTA CHAPINERO** a los **24** 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

seguros mundial®

Mundial de Seguros S.A.
860.037.013-6

# Recibo de Pago

## - CLIENTE-

| Referencia de Pago No. | 270083136 |
|---|---|

| | |
|---|---|
| **Fecha de Facturación** | 24/01/2022 |
| POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082 | |
| **Póliza No.** | CBC–100033855 |
| **Periodo Facturado** | 22/01/2022 — 23/03/2023 |

| | |
|---|---|
| **Fecha Límite de Pago** | 10/03/2022 |
| **Prima** (incluye gastos de expedición) | 31.500,00 |
| **IVA** | 5.985,00 |
| **VALOR TOTAL A PAGAR $** | 37.485,00 |

**EFECTIVO** $

### Datos del Cliente

| | |
|---|---|
| **Nombre / Razón Social** | BARON MOJICA, WILLIAM ALLENDE |
| MANZANA A CASA 99 EBEN–EZER | 11259861 |
| **Intermediario** | ANA CLARICIA MONROY REY |

### Cheque

| Banco | No Cuenta | No Cheque | Valor Cheque |
|---|---|---|---|
| | | | |
| TOTAL | | | |

**Apreciado Cliente:**

**1.** No se aceptan pagos parciales.
**2.** Al realizar su pago de forma presencial (ante el cajero del banco) **UNICAMENTE** presente esta boleta de recaudo para garantizar la correcta referenciación del pago.
**3.** Si esta boleta no ha sido recaudada efectivamente el **10/03/2022** se aplicará la clausula de terminación automática especifiada en el condicionado de la póliza y en la carátula de esta (artículo1068 código de comercio)
**4.** Si realiza su pago en cheque o de forma mixta (efectivo y cheque), solamente gire cheque local a nombre de **COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. NIT 860.037.013-6,** al respaldo endóselo correctame y diligencie los datos del girador (nombre, NIT, teléfono) y el número de referencia de esta boleta. En caso de devolución del cheque se cobrará sanción del 20% de acuerdo con lo establecido en el artículo 731 del código de comercio. **NO SE ACEPTAN CHEQUES DE OTRAS PLAZAS.**
**5.** Para realizar el pago a través del botón PSE, ingrese a nuestra página web **www.segurosmundial.com.co** en la imagen de PSE haga clic y continúe el proceso de pago.
**6.** Para realizar el pago a través de las redes de Efecty o Baloto, ingrese a nuestra página web **www.segurosmundial.com.co** en la imagen de Efecty y Baloto haga clic y continúe el proceso para generar el pin de pago únicamente en efectivo.

**ESPACIO PARA EL TIMBRE**

**VÁLIDO COMO RECIBO DE PAGO**

## - BANCO -


| Referencia de Pago No. | 270083136 |
|---|---|

| | |
|---|---|
| **Fecha de Facturación** | 24/01/2022 |
| POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082 | |
| **Póliza No.** | CBC–100033855 |
| **Periodo Facturado** | 22/01/2022 — 23/03/2023 |

| | |
|---|---|
| **Fecha Límite de Pago** | 10/03/2022 |
| **Prima** (incluye gastos de expedición) | 31.500,00 |
| **IVA** | 5.985,00 |
| **VALOR TOTAL A PAGAR $** | 37.485,00 |

**EFECTIVO** $

### Datos del Cliente

| | |
|---|---|
| **Nombre / Razón Social** | BARON MOJICA, WILLIAM ALLENDE |
| MANZANA A CASA 99 EBEN–EZER | 11259861 |
| **Intermediario** | ANA CLARICIA MONROY REY |

### Cheque

| Banco | No Cuenta | No Cheque | Valor Cheque |
|---|---|---|---|
| | | | |
| TOTAL | | | |


**Corresponsales OPCIÓN1**

(415)7709998434219(8020)00000270083136(3900)000000037485(96)20220310

**Bancos Corresponsales OPCIÓN 2**

(415)7709998039933(8020)031594(8020)22990270083136(3900)000000037485(96)20220310

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

seguros mundial®

# Recibo de Pago

**Mundial de Seguros S.A.**
**860.037.013-6**

## INFORMACIÓN DE PAGO

A continuación te brindamos información de los distintos medios de pago que tendrás a disposición:

### OPCIÓN 1

**CORRESPONSALES**

Carulla · grupo éxito · Bancolombia Corresponsal Bancario · efecty · VIA · Baloto

### OPCIÓN 2

**BANCOS**

Scotiabank · DAVIVIENDA · Banco de Bogotá · Bancolombia · Banco de Occidente

**CORRESPONSALES**

puntored
Te damos más

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**Tu compañía siempre**

# CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 21 de febrero de 2022

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

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

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **T.I.** | **1070590480** | **ANGIE VANESA BARON ANDRADE** | **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: WILLIAN ALLENDE BARON MOJICA

C.C. 11259861

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.070.590.480**

**BARON ANDRADE**

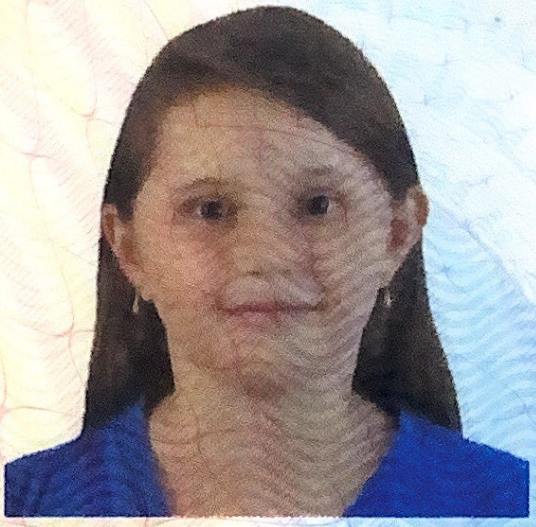
APELLIDOS

**ANGIE VANESA**

NOMBRES

Angie V. Baron A

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
**03-OCT-2005**

**GIRARDOT**
**(CUNDINAMARCA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

**03-OCT-2023**

FECHA DE VENCIMIENTO

**31-JUL-2013 MELGAR**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

**A-** G S RH

**F** SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2907900-00494633-F-1070590480-20131011 **00354**20294G 1 40629012