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 NORTE DE SANTANDER
CENTRO DE LA INDUSTRIA, LA EMPRESA Y LOS SERVICIOS-NORTE DE SANTANDER - SERVICIOS PR
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1
Resolución DIAN Nº 18764024257695 autoriza desde 360,001 hasta 750,000 (Enero 18 de 2022)

Código Regional	**54**
Código Centro	**953710**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2022**
Versión	**ENERO 2022 - 1,22**
ID de Proceso	**76287-102785**
No. de documento	**361421**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ALIX EIMIRA LANDAZURI MONOGA	**C.C.**	27.605.285	**IP/Nº de contacto**	72667
Correo electrónico contratista:	alandazuri@sena.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 ?**		SI	
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		1	
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:	3352939/2022			**Nº Compromiso SIIF**		**8122**	
Valor Total del Contrato	$ 40.950.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 40.950.000	**1**	**Del**	**01/02/2022**	**Al**	**28/02/2022**	**$ 3.900.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 37.050.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTORES:PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA PLANER Y ORIENTAR LA FORMAC

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.900.000	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		0,00%
		Retencion en la Fuente del Periodo		$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.900.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.299.050**	**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	----------	**7827364349**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.560.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 195.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 249.600	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 16.300	$ 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	$ 390.000	
Salud hasta $ 608.064	$ -	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 766.350	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.299.050,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.455.400,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	0,00	0,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Estampilla Departamental	78.000,00	2,000%
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	**$ 3.822.000,00**	

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS VEINTIDOS MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

```
Actividades de formacion profesional integral directas a formacion titulada
horas:100
Actividaes de formacion directas a complementarios
horas 48
Acciones semillero de investigacion Salud y Bienestar Integral
horas 12
Total horas 160
Ver informe contratual de ejercicio contratual al mes de febrero
Dias laborados: 28
```

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.

ALIX EIMIRA LANDAZURI MONOGA
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,

HUGO LEON TABORDA OCAMPO
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

EDUARDO RIVERA SIERRA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	27605285
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ALIX EXIMIRA LANDAZURI MONOGA
CIUDAD/MUNICIPIO:	CUCUTA	DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
DIRECCIÓN:	CLL 24 7-93 OSPINA PEREZ	TELÉFONO:	5796890
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7827364349**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	enero	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	enero
	AÑO:	2022		AÑO:	2022
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2022/02/22	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1336660613

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 160.000
SUBTOTAL:			1	**$ 160.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 125.000
SUBTOTAL:			1	**$ 125.000**

TOTAL PAGADO:	**$ 285.000**

Planilla Pagada SOI Planilla Pagada

CE-006 - 0000000100 – 2022

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 27605285
NOMBRES Y APELLIDOS	Landazuri Monoga,Alix Eximira
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/02/2022
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Landazuri Monoga,Alix Eximira, a los 02 días del mes de febrero del año 2022.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14805978096

(415)7707212489984(8020) 000001480597809 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
2 7 6 0 5 2 8 5	8	Impuestos de Cúcuta 7	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	2 7 6 0 5 2 8 5	2 0 0 0 1 0 1 8

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Norte de Santander 5 4	Cúcuta 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
LANDAZURI	MONOGA	ALIX	EXIMIRA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla
HALUD FARMACEUTICA	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Norte de Santander 5 4	Cúcuta 0 0 1

41. Dirección principal: AV BIS 5 9 27 CONJ CALLEJAS DEL ESTE CA BRR PRADOS DLE ESTE CON CALLEJAS

42. Correo electrónico: aelandazuri@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
5 4 0 0 0 4	3 1 8 5 3 5 6 1 9 8	5 8 4 6 0 7 6

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
4 7 7 3	2 0 0 9 0 2 1 3	8 5 5 1	2 0 0 9 0 2 1 3	8 5 5 9			2 2 2 6	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 2022 - 01 - 14 / 09 : 06: 49

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 LANDAZURI MONOGA ALIX EXIMIRA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14805978096

(415)7707212489984(8020) **000001480597809 6**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
2 7 6 0 5 2 8 5	8	Impuestos de Cúcuta	7

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza		63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 9	
72. Número		
73. Fecha		
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 1 3 1 0 2 5	
77. No. Matrícula mercantil	0 0 2 5 3 6 4 5	
78. Departamento	5 4	
79. Ciudad/Municipio	1 1	
Vigencia		
80. Desde		
81. Hasta		

Composición del Capital

82. Nacional	%
83. Nacional público	%
84. Nacional privado	%
85. Extranjero	%
86. Extranjero público	%
87. Extranjero privado	%

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1		Año Mes Día		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

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: 14805978096

(415)7707212489984(8020) **000001480597809 6**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
2 7 6 0 5 2 8 5	8	Impuestos de Cúcuta	7

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3

162. Nombre del establecimiento: HALUD FARMACEUTICA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Norte de Santander 5 4	Cúcuta 0 0 1

165. Dirección: CL 8 A N 15 E 56 BRR CIUDAD JARDIN

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 0 2 5 3 6 4 6	2 0 1 3 1 0 2 5
168. Teléfono: 3 1 8 5 3 5 6 1 9 8	169. Fecha de cierre

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

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

SSOAR Salud Ocupacional I.P.S.	PROCESOS MISIONALES - PRESTACIÓN DEL	CÓDIGO: SGI-PS-F-08
		VERSIÓN: 1
	CERTIFICADO DE APTITUD	FECHA: 29/12/2014
		Página 1 de 1

Tipo certificación: Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **20/01/2020** Empresa **PARTICULAR** Convenio **SENA**

Nombre **ALIX EXIMIRA LANDAZURI MONOGA**

Cargo **INSTRUCTOR DE AULA** Doc. Identidad **CC 27605285**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	2 AUDIOMETRIA	3 OPTOMETRIA
4 GLICEMIA	5 PERFIL LIPIDICO	6 PARCIAL DE ORINA
7 CUADRO HEMATICO	8	9

CONCEPTO

Concepto de aptitud para el oficio: SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

UTILIZAR EPP SEGUN SU LABOR, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO DE BLOQUEADOR SOLAR CADA 12 HORAS, EN CASO DE EXPOSICION SOLAR,ESTILO DE VIDA SALUDABLE , CAPACITACION SOBRE MANEJO DE CARGAS, USO DE CORRECCION VISUAL PARA LECTURA Y COMPUTADOR

RESTRICCIONES

NINGUNA

PRUEBAS REALIZADAS

* AUDIOMETRIA
* CUADRO HEMATICO
* EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR
* GLICEMIA
* OPTOMETRIA
* PARCIAL DE ORINA
* PERFIL LIPIDICO

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual (X) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular ( ) Psicosocial ( ) Ergonómico (X) Otros ( )

REMISIÓN	SI ( )	NO (X)	ARL	SI ( )	NO ( )	EPS	SI ( )	NO ( )

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

ANGELICA MARIA RODRIGUEZ VEGA
Especialidad: MEDICINA LABORAL
CC: 1018405478 RM: 4655

ALIX EXIMIRA LANDAZURI MONOGA

Trabajador: ALIX EXIMIRA LANDAZURI MONOGA
CC: 27605285
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

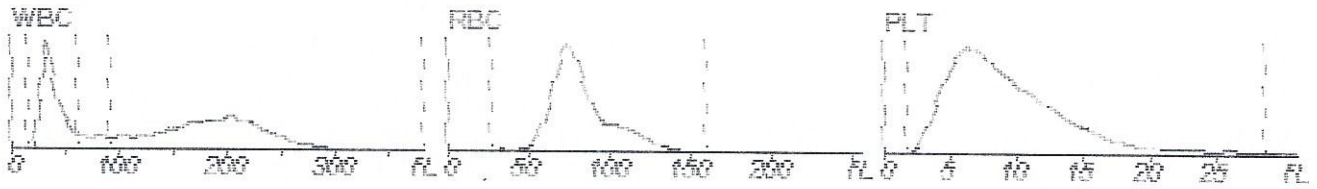
LABORATORIO CLINICO MERCEDES BACCA DE VILLAMIZAR

ID: 125 Modo: Completa Hora: 20-01-2020 09:15

Nombre: ALIX EXIMIRA LANDAZURI MONOGA Sexo: Edad: 37 años

N.º hª clín.: 27606285 N.º cama: Dept.:

Parámetro		Result.		Rango ref.
WBC		4.2	x 10^9/L	4.0 - 10.0
Lymph#		1.4	x 10^9/L	0.8 - 4.0
Mid#		0.2	x 10^9/L	0.1 - 1.5
Gran#		2.6	x 10^9/L	2.0 - 7.0
Lymph%		32.8	%	20.0 - 40.0
Mid%		6.4	%	3.0 - 15.0
Gran%		60.8	%	50.0 - 70.0
HGB		12.2	g/dL	11.0 - 16.0
RBC		4.00	x 10^12/L	3.50 - 5.50
HCT	L	36.1	%	37.0 - 54.0
MCV		90.3	fL	80.0 - 100.0
MCH		30.5	pg	27.0 - 34.0
MCHC		33.7	g/dL	32.0 - 36.0
RDW-CV		13.0	%	11.0 - 16.0
RDW-SD		55.0	fL	35.0 - 56.0
PLT		225	x 10^9/L	100 - 300
MPV		7.7	fL	6.5 - 12.0
PDW		15.6		9.0 - 17.0
PCT		0.173	%	0.108 - 0.282



Remte.: *Analiz.:* *Compr.:*

L		Tympanometry		R
		Pressure (daPa)		
		Volume (ml)		
		Compliance (ml)		

Clinic

Patient ALIX EXIMIRA LANDAZURI MONOGA

DOB 09/11/1982 **Sex** female

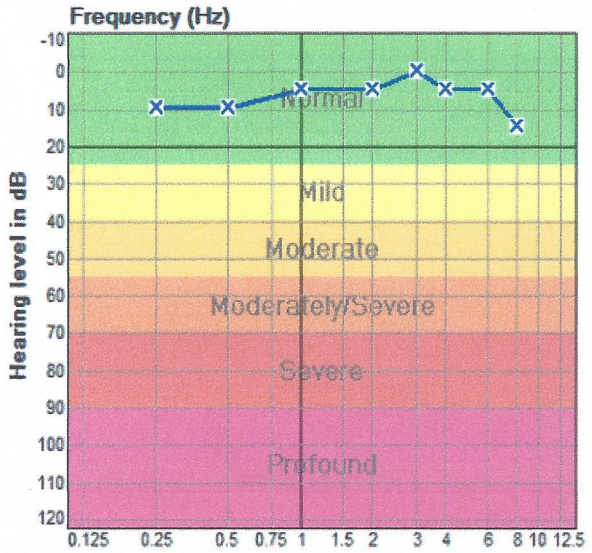
Patient ID 1003480

Date of Evaluation 01/20/2020

Examiner YADIRA FERNANDEZ D. 15-03374

Acoustic Reflexes

	500 Hz	1K	2K	4K	BBN	Decay
R ipsi						
R contra						
L ipsi						
L contra						



Phones

	Headphones
✓	Inserts

PTA

R	12
L	7

Reliability

	Good
	Fair
	Poor

Response

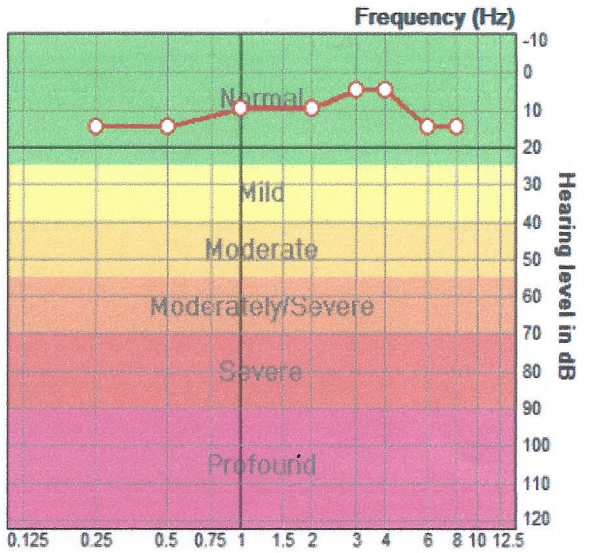
	Conventional
	Play
	VRA
	BOA

Speech Stenger

	+
	−

Tone Stenger

	+
	−



Masking Level

	125	250	500	750	1K	1.5K	2K	3K	4K	6K	8K	10K	12.5K
AC													
BC													

Masking Level

	125	250	500	750	1K	1.5K	2K	3K	4K	6K	8K	10K	12.5K
AC													
BC													

Speech Audiometry

SRT	SAT	Mask	%	Signal	Mask	Condition/Word List	Notes	MCL	UCL	SNR Loss*

*QuickSIN

Notes

Tone:
OTOSCOPIA NORMAL. AUDICION FUNCIONAL BILATERAL. CONTROL ANUAL
Speech:

Key

	R	L
AC	O	X
Mask. AC	△	□
BC	<	>
Mask. BC	[	]
NR	O	X

LABORATORIO CLINICO
ANA MERCEDES BACCA DE VILLAMIZAR

NIT 37'255.576-1
Bacteriólogos Universidad Javeriana

Av. 0 No .12- 66- consultorio 201 edificio Domus Center – Tel 5712554 Cúcuta,

---

Fecha: 20/01/2020 **Empresa:**
Nombre: ALIX EXIMIRA LANDAZURI MONOGA
Edad: 37 **Sexo:** F **Identificacion:** 27605285

EXAMENES VARIOS

EXAMEN	RESULTADO	REFERENCIA
GLICEMIA	72 mg/dl	En ayunas : Menor de 100 Criterio para Diagnostico de Diabetes Mayor a 126.
COLESTEROL TOTAL	150 mg/dl	Optimo : menor de 200 mg/dl Ligeramente elevado : 200 a 239 Elevado : mayor de 240
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL)	68 mg/dl	Sin riesgo : H mayor de 55 M mayor de 65 Riesgo moderado H 35-55 M: 45 -65 Riesgo alto H: menor de 35 M menor de 45
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD (LDL)	61 mg/dl	HASTA 140 mg/dl
TRIGLICÉRIDOS	102 mg/dl	Optimo : Menor a 150 Ligeramente elevado : 150 a 199 Elevado de 200 a 499

ANA MERCEDES BACCA DE VILLAMIZAR
Bacterióloga
Registro No. 74

INESO LTDA - SSOAR SALUD OCUPACIONAL IPS
Nit. 900364101 - 2
Dirección: CALLE 13 A # 1 E - 113 BARRIO CAOBOS
Tel: 5 72 1091 - 5 71 2974

OPTOMETRÍA

Ingreso [X] Egreso [ ] Periódico [ ] Caso ocupacional [ ]

Fecha historia 20/01/2020 10:09:00

Doc. Identidad **CC 27605285** Nombre **ALIX EXIMIRA LANDAZURI MONOGA** Fecha Nacimiento. **11/09/1982**
Entidad **PARTICULAR** Edad **37** Ocupación **0112**
Fondo de pensión **PORVENIR** EPS ARL **POSITIVA**

Anamnesis

Último examen visual **1 AÑO** | Usa anteojos: Si [ ] No [X] | 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 [X] Cuál?

Accidentes oculares Si [ ] No [X] Cuál?

Signos y síntomas: Asintomático [X] Disminución visual de cerca [ ] Disminución visual de lejos [ ] Cefaleas [ ] Resequedad ocular [ ]

Ardor ocular [ ] Lagrimeo [ ] Cansancio ocular [ ] Irritación [ ] Fotofobia [ ] Prurito ocular [ ] Salto de renglón [ ]

Antececentes personales y/o familiares **NINGUNO** Trae corrección óptica [ ]

Agudeza Visual

C.C.	V.L	V.P.	S.C.	V.L.	V.P.
O.D.				**20/20**	**0.5**
O.I.				**20/25**	**0.5**

Lensometría

	ESF	CIL	EJE	ADD
O.D.				
O.I.				

Examen Externo

	O.D.	O.I.
Segmento Anterior: Hiperemia conjuntiva / Pterigio N	[ ]	[ ]
Pterigio T / Pinguécula / Nevus / Bleafaratis	[ ]	[ ]
Blefaritis seborreica / Secreción / Leucoma corneal	[ ]	[ ]
Ptosis palpebral / Otros:		

Motilidad Ocular

CVT: VL **ORHTO** VP **X** HISHBERG **CENTRADO**
Ducciones **N** Versiones **N** PPC **8 CM**

Oftalmoscopia

	O.D.	O.I.
F.O.A.N. [X] Papila normal / Brillo foveal normal / Catarata	[ ]	[ ]
Esclerosis de cristalino / Opacidad de medios / Lesión retinal	[ ]	[ ]

Test Ocupacionales

Visión cromática	Visión de profundidad	Campo visual por vonfrontación
O.D: **N**	O.D: **N**	O.D:
O.I: **N**	O.I: **N**	O.I:

Refracción

	Esfera	Cilindro	EJE	Adición
O.D:	**N**	**-**	**º**	**+**
O.I:	**N**	**-0.50**	**105º**	**+**

Refracción final

	Esfera	Cilindro	EJE	Adición
O.D:	**N**	**-**	**º**	**+**
O.I:	**N**	**-0.50-**	**105º**	**+**

AV

VL	VP
20/20	**0.5**
20/20	**0.5**

Interpretación

	O.D	O.I
No requiere correción óptica	[ ]	[ ]
Defecto refractivo adecuadamente corregido	[ ]	[ ]
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	[ ]	[ ]
Defecto refractivo no corregido	[X]	[X]
Gafas no formuladas	[ ]	[ ]

Diagnóstico

H522 ASTIGMATISMO BAJO

Recomendaciones

Corrección Óptica Permanente [ ] Corrección Óptica Ocasional [X] Control 6 meses [ ] Control 1 año [ ]
Optometría Clínica [ ] Valoración por oftalmología [ ] Valoración por ortóptica [ ]

Valoración Normal [ ] Anormal [X]

CONCEPTO

Apto [X] No apto [ ] **Observaciones:** USO PARA COMPUTADOR

YUDY CARDENAS ALVAREZ
Especialidad: OPTOMETRIA
CC: 52181051 RM:

LABORATORIO CLINICO
ANA MERCEDES BACCA DE VILLAMIZAR

NIT 37'255.576-1
Bacteriólogos Universidad Javeriana

Av. 0 No .12- 66- consultorio 201 edificio Domus Center – Tel 5712554 Cúcuta,

Fecha: 20/01/2020 **Empresa:** SSOAR
Nombre: ALIX EXIMIRA LANDAZURI MONOGA
Edad: 37 **Sexo:** F **Identificacion:** 27605285

EXAMEN DE ORINA

CARACTERISTICAS GENERALES:

Color	AMARILLO
Aspecto	LIMPIDO
Densidad	1,020
Ph	6-0
Proteinas	NEG.
Glucosa	NEG.
Hemoglobina	NEG.
Bilirrubinas	NEG.
Cetona	NEG.
Urobilinogeno	NORMAL
Nitritos	NEG.

EXAMEN MICROSCOPICO DEL SEDIMENTO

Cilindros	-
Leucocitos	1-3 XC
Hematíes	-
Celulas	2-4 XC
Bacterias	ESCASAS
Otros	

ANA MERCEDES BACCA DE VILLAMIZAR
LABORATORIO CLINICO
Registro No. 74

SSOAR
Salud Ocupacional I.P.S.

Factura de Venta Nº: SS7161

Regimen. Comun Resolucion Dian No 3003077722 DEL 02/01/2020 Autorizada del SS7000 AL SS9000

INESO LTDA - SSOAR SALUD OCUPACIONAL IPS
Nit:900364101-2
Correo: servicios@ssoarcucuta.com
Dirección: CALLE 13A # 1E-113 CAOBOS
Teléfono: 5 721091-5712974-3134742415

SEÑORES: ALIX EXIMIRA LANDAZURI MONOGA
NIT: 27605285
DIRECCIÓN: AV 5 BIS 9-27 PRADOS DEL ESTE
CIUDAD: CUCUTA

FECHA EXPEDICIÓN: 20/01/2020
FECHA VENCIMIENTO: 19/02/2020

Código	Descripción	Cant	Unitario	Total
034	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	1.00	0	21,000
004	AUDIOMETRIA	1.00	0	13,000
048	OPTOMETRIA	1.00	0	13,000
005	GLICEMIA	1.00	0	5,000
003	PERFIL LIPIDICO	1.00	0	23,000
016	PARCIAL DE ORINA	1.00	0	7,000
007	CUADRO HEMATICO	1.00	0	8,000

VALOR EN LETRAS: NOVENTA MIL PESOS M/CTE

Subtotal $	90,000
Descuento $	0
Iva $	0
Total $	90,000

OBSERVACION
Favor realizar tranferencia electronica Cuenta Corriente 83465404332 Bancolombia a nombre de INESO LTDA y enviar soporte al correo servicios@ssoarcucuta.com
Practicar retefuente del 2% atr.392 inciso 5 E.T,decreto reglamentario 2271 art 6.

Observaciones

Esta factura se asimila en todos sus efectos legales a una letra de cambio Codigo de Comercio Art.772-773-774-777-778-779.
Si usted paga en cheque solamente se considera efectuado el pago cuando el cheque halla sido abonado por el banco girado.

SSOAR
Salud Ocupacional I.P.S
Nit. 900364101 - 2
Representante legal

Aceptada y recibida

SSOAR
Salud Ocupacional I.P.S.
INESO LTDA
NIT. 900.364.101-2

Calle 13A No. 1E - 113
Barrio Caobos
Tel. 572 1091 - 571 2974
Cel. 313 474 2415
Cúcuta

RECIBO DE CAJA

Nº 5643

Ciudad: Cucuta	Fecha	D 20	M 01	A 2020	Valor $ 90.000
Recibido de: Alix Landazuri				Teléfono: T!3.	
Por concepto de: Examen Medico - Audio - opto - Glicemia - Perfil lipidico - P. Orina - Cuadro Hematico					

La suma de: (en letras)
Noventa Mil Pesos

Cheque No.	Banco:	Tarjeta de Crédito No.:	Efectivo X

CONTABILIZACION

Cuenta	Débitos	Créditos

Firma y sello del beneficiario

Elaborado	Aprobado	Contabilizado
P.G		

C.C. ☐ NIT. ☐ No.

Fecha de Recibido	D	M	A

INESO OSSOAR Salud Ocupacional I.P.S.	**PROCESOS MISIONALES-PRESTACIÓN DEL SERVICIO**	**CÓDIGO: SGI-PSST-F-12**
		VERSIÓN: 2
	TAMIZAJE DE VOZ	**FECHA: 9/01/2018**
		Página 1 de 3

FECHA DE EVALUACION	DIA:30	MES:01	AÑO:2020

1. ENTREVISTA

Este cuestionario tiene como fin obtener información pertinente a sus conocimientos sobre la producción de la voz, sus hábitos y los posibles factores de riesgo a los que se ve expuesta para presentar una alteración de voz.

1.1 DATOS PERSONALES:					
NOMBRE Y APELLIDO:	ALIX LANDAZURI MONOGA				
EDAD: 37	**GENERO:**	X	M	**DOCUMENTO:**	27605285

2. HABITOS:

En el siguiente cuadro marque con una **X** de acuerdo con la frecuencia que consume o consumió.

	HABITOS		**nunca**	**ocasionalmente**	**frecuentemente**	**siempre**
2.1	Alcohol (número de veces a la semana _____	Actualmente	X			
		Anteriormente				
2.2	Cigarrillos (Numero de cigarrillos al día) _____	Actualmente	X			
		Anteriormente				
2.3	Café (Numero de tazas al día) _____	Actualmente		X		
		Anteriormente				
2.4	Bebidas frías	Actualmente			X	
		Anteriormente				
2.5	Bebidas calientes	Actualmente		X		
		Anteriormente				
2.6	Alimentos condimentados	Actualmente	X			
		Anteriormente				
2.7	Alimentos picantes	Actualmente	X			
		Anteriormente				
2.8	Acompaña la comida con líquidos	Actualmente				X
		Anteriormente				
2.9	Contraste de temperatura de los alimentos	Actualmente	X			
		Anteriormente				
2.10	Habla durante las comidas	Actualmente		X		
		Anteriormente				
2.11	Tiene un horario alimenticio constante	Actualmente				X
		Anteriormente				
2.12	Hace siestas después de comer	Actualmente			X	
		Anteriormente				
2.13	Su sueño es estable	Actualmente				X
		Anteriormente				
2.14	Practica deporte (Veces por semana) ¿Cuál? BALONCESTO	Actualmente			X	
		Anteriormente				

3. FACTORES DE RIESGO (Señale los factores de riesgo a los que usted está expuesto)

	FACTOR	SI	NO	NUMERO DE HORAS EL DIA
3.1	Sustancias químicas		X	
3.2	Aire acondicionado	X		
3.3	Ventiladores	X		
3.4	Polvo		X	
3.5	Ruido	X		
3.6	Hablar con espacios sin acústica adecuada		X	

4. SIGNOS Y SINTOMAS (Responda sí o no, si al usar su voz usted presenta algunos de estos síntomas, si la respuesta es afirmativa señale la frecuencia S= siempre A.V. = Algunas veces N= Nunca.

	SIGNO Y SINTOMA	S (siempre)	A.V. (algunas veces)	N(nunca)
4.1	Tos y carraspeo			X
4.2	Sensación de cuerpo extraño			X
4.3	Dolor de laringe y cuello			X
4.4	Ardor			X
4.5	Falta de aire al hablar			X
4.6	Cansancio vocal			X
4.7	Perdida de volumen de la voz			X
4.8	Debilitamiento de la voz durante el día			X
4.9	Temblor vocal			X
4.10	Disfonía constante			X
4.11	Afonía intermitente			X
4.12	Quiebres tonales			X
4.13	Tiroides			X

4.1. Marque Si, No o Av (ALGUNAS VECES) según presente.

	FACTOR	DOLOR			TENSION			ESPASMOS		
		Si	No	Av	Si	No	Av	Si	No	Av
4.1.1	Hombros		X		X				X	
4.1.2	Cuello		X			X			X	
4.1.3	Espalda		X			X			X	

5. HABILIDAD FONATORIA (TMF): Tiempo máximo de fonación.

					RESPIRACION	NORMAL	ALTERADO	
A	I	U	PROMEDIO EN SEG.	NORMAL	DIFICULTAD PARA LA TOMA DE AIRE	RUPTURA	TEMBLOR	ESPASMO
21	22	30	24 SEG	X	NO	NO	NO	NO

6. DETERMINACION DEL TIPO DE PATRON RESPIRATORIO

TIPO RESPIRATORIO	
CLAVICULAR/COSTAL-SUPERIOR	
TORAXICA	X
COSTAL-DIAFRAGMA/ABDOMINAL	

7. MODO RESPIRATORIO

MODO RESPIRATORIO	DIURNO	NOCTURNO
NASAL	X	X
BUCAL		
MIXTO		

8. COMPORTAMIENTO ARTICULATORIO VOCAL

8.1. Ritmo de habla	
Normal	X
Bradilalico	
Taquilalico	

8.2 Expresividad vocal	
Normal	X
Monótona	
Exagerada	

9. ASPECTOS SUPRASEGMENTALES

Aspecto	Normal	Alterado
Prosodia	X	
Ritmo	X	
Fluidez	X	

Localización de la resonancia	
Hipernasal	
Hiponasal	
Resonancia normal	X

OBSERVACIONES:
NO SE EVIDENCIA DIFICULTAD PARA LA TOMA DE AIRE, ADECUADO TIEMPO MAXIMO DE FONACIÒN PARA LA EDAD Y GÈNERO, CON RESPIRACION COSTOSUPERIOR.

RECOMENDACIONES:
SE DAN INDICACIONES DE HÀBITOS E HIGIENE VOCAL.. CONTROL ANUAL.

PROFESIONAL:

PAOLA ANDREA ULLOA RODRIGUEZ

FONOAUDIOLOGA, ESP. SALUD OCUPACIONAL

LIC. 13520

SSOAR Salud Ocupacional I.P.S Nit. 900364101 - 2

Hace constar:

Que el Sr(a) ALIX EIMIRA LANDAZURI MONOGA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 27605285 realizó el día 22/02/2022 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 ALIX EIMIRA LANDAZURI MONOGA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 27605285 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.

ALIX EIMIRA LANDAZURI MONOGA

Firma

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora ALIX EXIMIRA LANDAZURI MONOGA, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 27605285, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 01/02/2022 y fecha fin de contrato 16/12/2022 con riesgo 2.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato 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): 202201012757941.

Esta certificación se expide a los 28 días del mes de Febrero de 2022.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordialmente

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

Impreso por Internet el 28/02/2022 8:49:51 a. m.
ISCDC: 28/02/2022 8:49:51 a. m.

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

Somos la Primera Mejor Empresa para Trabajar en Colombia — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar COLOMBIA 2020
Somos la Novena Mejor Empresa para Trabajar en América Latina — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar AMÉRICA LATINA 2021

PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES - DECRETO 1082 DE 2015 - PATRICLSUSP09V4

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4751937345

PÓLIZA No: 475 - 47 - 994000052025 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: **SEAS CUCUTA PROMOVEMOS SEGUROS LTDA.** COD. AGENCIA: 475 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

	DIA	MES	AÑO
FECHA DE EXPEDICIÓN	24	01	2022
FECHA DE IMPRESIÓN	24	01	2022

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE:: **ALIX EXIMIRA LANDAZURI MONOGA** IDENTIFICACIÓN: CC **27.605.285**

DIRECCIÓN: CL 24 7 93 OSPINA PEREZ PAEZ CIUDAD: CUCUTA, NTE DE SANTANDER TELÉFONO: 3185356198

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA** IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**

BENEFICIARIO: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA** IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

DESCRIPCION AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
CONTRATO CUMPLIMIENTO	01/02/2022	15/04/2023	4,095,000.00

BENEFICIARIOS
NIT 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS:

OBJETO DE LA GARANTIA

EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS CO1.PCCNTR.3352939 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL QUE PROGRAME EL CENTRO DE FORMACIÓN EN LA RED DE CONOCIMIENTO SALUD EN EL ÁREA FARMACIA, EN SUS DIFERENTES NIVELES Y MODALIDADES, BAJO LAS COBERTURAS DE CUMPLIMIENTO

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ *****4,095,000.00	$ **********23,587	$*****9,000.00	$ ********6,192	$ **********38,779

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO
PROMOVEMOS SEGUROS LTDA.	4832	100.00			

Las condiciones generales de su póliza se pueden descargar de nuestra Página Web www.solidaria.com.co en la opción SEGUROS – TU RESPALDO – SEGUROS PATRIMONIALES. Aseguradora Solidaria pensando en su tranquilidad, lo invita a verificar la validez de esta póliza ingresando a nuestra Página Web www.solidaria.com.co en la opción SERVICIOS – CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000475193734

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá

CLIENTE

CADF2579060CFB7D5B

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CONDICIONES GENERALES GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082 DE 2015

CAPITULO 1 AMPAROS Y EXCLUSIONES

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

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

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

1.1.1 LA NO SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO SIN JUSTA CAUSA POR PARTE DEL ADJUDICATARIO.
1.1.2 LA NO AMPLIACION DE LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE OFERTA CUANDO EL TÉRMINO PREVISTO EN LOS PLIEGOS PARA LA ADJUDICACIÓN O PARA LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO SE PRORROGUE, SIEMPRE Y CUANDO ESAS PRÓRROGAS NO EXCEDAN EL TERMINO DE TRES (3) MESES.
1.1.3 LA FALTA DE OTORGAMIENTO POR PARTE DEL PROPONENTE SELECCIONADO, DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO EXIGIDA POR LA ENTIDAD PARA AMPARAR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATO.
1.1.4 EL RETIRO DE LA OFERTA DESPUÉS DE VENCIDO EL TÉRMINO FIJADO PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS PROPUESTAS.

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

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

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

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

15/08/2017-1502-P-05-PATRI-CL-SUSP-00 v.3
15/08/2017-1502-NT-P-05-P02017090518000
Aseguradora Solidaria de Colombia

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

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

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

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

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

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

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

PARAGRAFO PRIMERO.
EN VIRTUD DE LO SEÑALADO EN EL ARTÍCULO 44 DE LA LEY 610 DE 2000, LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CUBRIRÁ LOS PERJUICIOS CAUSADOS A LA ENTIDAD ESTATAL COMO CONSECUENCIA DE LA CONDUCTA DOLOSA O CULPOSA O DE LA RESPONSABILIDAD IMPUTABLE A LOS PARTICULARES, DERIVADOS DE UN PROCESO DE RESPONSABILIDAD FISCAL.

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

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

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

2.1 CAUSA EXTRAÑA, ESTO ES LA FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO, EL HECHO DE UN TERCERO O LA CULPA EXCLUSIVA DE LA VICTIMA.
2.2 DAÑOS CAUSADOS POR EL CONTRATISTA A LOS BIENES DE LA ENTIDAD NO DESTINADOS AL CONTRATO.
2.3 EL USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A QUE ESTÉ OBLIGADA LA ENTIDAD CONTRATANTE.

15/08/2017-1502-P-05-PATRI-CL-SUSP-00 v.3
15/08/2017-1502-NT-P-05-P02017090518000
Aseguradora Solidaria de Colombia

15/08/2017-1502-P-05-PATRI-CL-SUSP-00 v.3
15/08/2017-1502-NT-P-05-P02017090518000
Aseguradora Solidaria de Colombia

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

CAPITULO II - DEFINICIÓN DE TÉRMINOS
Para efectos de este contrato de seguro las expresiones o vocablos relacionados a continuación, tendrán el siguiente significado:

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

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

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

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

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

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

CAPITULO III - CONDICIONES APLICABLES A TODO EL CONTRATO

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

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

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

3.1 EN CASO DE CADUCIDAD, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011 LA ENTIDAD ESTATAL PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL, ADEMÁS DE LA DECLARATORIA DE CADUCIDAD, PROCEDERÁ A HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL O A CUANTIFICAR EL MONTO DEL PERJUICIO Y A ORDENAR SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO AL GARANTE. EL ACTO ADMINISTRATIVO DE CADUCIDAD CONSTITUYE SINIESTRO.
3.2 EN CASO DE APLICACIÓN DE MULTAS, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011 LA ENTIDAD ESTATAL, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL IMPONDRÁ LA MULTA Y ORDENARÁ SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO AL GARANTE. EL ACTO ADMINISTRATIVO CONSTITUYE SINIESTRO.
3.3 EN LOS DEMÁS CASOS DE INCUMPLIMIENTO, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL DECLARARÁ EL

15/08/2017-1502-P-05-PATRI-CL-SUSP-00 v.3
15/08/2017-1502-NT-P-05-P02017090518000
Aseguradora Solidaria de Colombia

15/08/2017-1502-P-05-PATRI-CL-SUSP-00 v.3
15/08/2017-1502-NT-P-05-P02017090518000
Aseguradora Solidaria de Colombia

INCUMPLIMIENTO Y CUANTIFICARA EL MONTO DE LA PÉRDIDA Y/O HARA EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL, SI ELLA ESTÁ PACTADA Y ORDENARA SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO AL GARANTE.

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

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

5. PAGO DEL SINIESTRO
LA ASEGURADORA PAGARÁ EL VALOR DEL SINIESTRO, ASÍ:

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

5.2 PARA EL CASO DEL NUMERAL 3.2, DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE HAGA LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, ACOMPAÑADA DEL ACTO ADMINISTRATIVO DEBIDAMENTE EJECUTORIADO, JUNTO CON LA CONSTANCIA DE LA ENTIDAD ESTATAL DE LA NO EXISTENCIA DE SALDOS A FAVOR DEL CONTRATISTA RESPECTO DE LOS CUALES SE PUEDA APLICAR LA COMPENSACIÓN DE QUE TRATA LA CONDICIÓN CUARTA DE ESTE CLAUSULADO O EN LA QUE CONSTE LA DISMINUCIÓN EN EL VALOR A INDEMNIZAR EN VIRTUD DE TAL COMPENSACIÓN.

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

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

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

LA ENTIDAD ESTATAL NO PUEDE RENUNCIAR EN NINGÚN MOMENTO A SUS DERECHOS CONTRA EL CONTRATISTA Y SI LO HICIERE PERDERÁ EL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN.
EL CONTRATISTA SE OBLIGA A REEMBOLSAR INMEDIATAMENTE A LA ASEGURADORA, LA SUMA QUE ÉSTA LLEGARE A PAGAR A LA ENTIDAD ESTATAL, CON OCASIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, INCREMENTADA CON LOS INTERÉSES MÁXIMOS LEGALES VIGENTES AL MOMENTO DEL REEMBOLSO, CALCULADOS DESDE QUE LA ASEGURADORA EFECTUÉ EL PAGO RESPECTIVO, SIN NECESIDAD DE REQUERIMIENTOS PREVIOS.

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

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

15/08/2017-1502-P-05-PATRI-CL-SUSP-00 v.3
15/08/2017-1502-NT-P-05-P02017090518000
Aseguradora Solidaria de Colombia

15/08/2017-1502-P-05-PATRI-CL-SUSP-00 v.3
15/08/2017-1502-NT-P-05-P02017090518000
Aseguradora Solidaria de Colombia

9. NO EXPIRACION POR FALTA DE PAGO DE PRIMA E IRREVOCABILIDAD
LA PRESENTE PÓLIZA NO EXPIRARÁ POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NI POR REVOCACIÓN UNILATERAL.

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

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

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

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

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

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

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

TOMADOR

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA

RECIBO DE CAJA No. 475070139

Aseguradora Solidaria de Colombia
¡Siempre junto a ti!

AGENCIA SEAS CUCUTA PROMOVEMOS SEGUROS LTDA.	TRANSACCIÓN Nro. 475113068	FECHA DE RECAUDO 25/01/2022	TIPO PAGADOR ASEGURADO
NOMBRE PAGADOR LANDAZURI MONOGA ALIX EXIMIRA			C.C o NIT 27605285
TOMADOR PÓLIZA LANDAZURI MONOGA ALIX EXIMIRA			
DETALLE DE PAGO PAGO POLIZA DE CUMP. ENT. ESTATALES 994000052025 - NRO. ELECTRÓNICO 4751937345			
VALOR EN LETRAS (en Pesos) TREINTA Y OCHO MIL SETECIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS			VALOR RECIBO $ 38,778.00
PAGO PÓLIZA DE CUMP. ENT. ESTATALES 994000052025 - ANEXO 0 AGENCIA SEAS CUCUTA PROMOVEMOS SEGUROS LTDA., TOMADOR PÓLIZA: CC-27605285 LANDAZURI MONOGA ALIX EXIMIRA. VALOR PAGADO $ 38,778.77 RELACIONADO CON EL NRO. DE RECIBO 475113068			



FIRMA RECIBIDO PAGO

RECIBO GENERADO POR: PROMOVEMOS SEGUROS LTDA.

San José de Cúcuta, 28 de febrero de 2022

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
La Ciudad

Asunto: Información solicitada por el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013

Dando cumplimiento a lo establecido con el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013, y como persona actualmente residente en Colombia que durante el año calendario actual les estará cobrando rentas de trabajo (salarios, u honorarios, o comisiones, o servicios personales, o emolumentos eclesiásticos, etc.), suministro a ustedes la siguiente información para efectos de que ustedes mismos definan el valor de la retención en la fuente que se ha de aplicar a los valores a mi favor por concepto de rentas de trabajo:

a. Durante el año gravable 2021, el 80% o más de mis ingresos brutos sí provinieron de la prestación de servicios de manera personal o el desarrollo de una actividad económica bajo cuenta y riesgo un empleador o contratante.
b. Durante el año gravable 2021, el 80% o más de mis ingresos brutos no provinieron de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o de la prestación de servicios técnicos que no requieren la utilización de materiales o insumos especializados, o de maquinaria o equipo especializado.
c. Por el año gravable 2021, soy una persona natural que no quedé obligado a presentar declaración anual del impuesto de renta al gobierno colombiano.
d. Por el año gravable 2021, soy una persona natural que no obtuvo ingresos brutos totales superiores a 1.400 UVT ($50.831.000).
e. Por el año gravable 2021, sí desarrollé una de las actividades señaladas en el artículo 340 del Estatuto Tributario y si la desarrollé no representó más del veinte por ciento (20%) de mis ingresos brutos.
f. Por el año gravable 2021, no presté servicios técnicos que requirieron de materiales o insumos especializados, o maquinaria o equipo especializado, cuyo costo representa más del veinticinco por ciento (25%) del total de los ingresos percibidos por concepto de tales servicios técnicos.

En constancia de lo anterior, firmo en San José de Cúcuta el 28 de febrero de 2022.

Alix Eximira Landazuri Monoga

CC 27605285 de Cúcuta

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San José de Cucuta,22 de febrero del 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 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:

NIT	**1094062631**	**ALBERT STEVEN MONTES LANDAZURI**	**HIJO**
NIT	**1094065242**	**ESTHER ALEJANDRA MONTES LANDAZURI**	**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,

Alix Eximira Landazuri Monoga
_____
FIRMA

Nombre: Alix Eximira Landazuri Monoga

C.C.27605285 de Cúcuta

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1094062631

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **54369750**

54369750

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [ ] Notaria [X] Número [07] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** [N 9 C]

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

COLOMBIA, NORTE DE SANTANDER, CUCUTA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MONTES	LANDAZURI

Nombre(s)

ALBERT STEVEN

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2015 Mes Nov Día 23	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA NORTE DE SANTANDER CUCUTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIF.MED.CLINICA SANTA ANA	52767241-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

LANDAZURI MONOGA ALIX EXIMIRA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 27.605.285 DE CUCUTA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

MONTES BOTELLO HUGO ALBERTO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1.090.439.910 DE CUCUTA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MONTES BOTELLO HUGO ALBERTO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 1.090.439.910 DE CUCUTA	Hugo Montes.

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
**********	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
**********	

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2015 Mes Dic Día 11	MANUEL JOSE CARRIZOSA ALVAREZ Nombre y firma

NOTARIA SEPTIMA DE CUCUTA
MANUEL JOSE CARRIZOSA ALVAREZ
NOTARIO
REPUBLICA DE COLOMBIA

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1094062631

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **54369750**

54369750

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [ ] Notaria [X] Número [07] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** [N 9 C]

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

COLOMBIA, NORTE DE SANTANDER, CUCUTA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MONTES	LANDAZURI

Nombre(s)

ALBERT STEVEN

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2015 Mes Nov Día 23	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA NORTE DE SANTANDER CUCUTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIF.MED.CLINICA SANTA ANA	52767241-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

LANDAZURI MONOGA ALIX EXIMIRA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 27.605.285 DE CUCUTA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

MONTES BOTELLO HUGO ALBERTO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1.090.439.910 DE CUCUTA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MONTES BOTELLO HUGO ALBERTO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 1.090.439.910 DE CUCUTA	Hugo Montes.

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
**********	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
**********	

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2015 Mes Dic Día 11	MANUEL JOSE CARRIZOSA ALVAREZ Nombre y firma

NOTARIA SEPTIMA DE CUCUTA
MANUEL JOSE CARRIZOSA ALVAREZ
NOTARIO
REPUBLICA DE COLOMBIA

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -