SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL QUINDÍO
CENTRO PARA EL DESARROLLO TECNOLOGICO DE LA CONSTRUCCION FP

Código Regional	**63**
Código Centro	**923110**
Fecha Elaboración	**Enero de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**42731-231789**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	LILIANA BOLIVAR	**C.C.**	31.405.612	**IP/Nº de contacto**	63737
Correo electrónico contratista:	lilibolivar@sena.edu.co				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** NO **Es Pensionado?** SI

Banco al cual consignar: BANCO CAJA SOCIAL **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 24061153640

Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los $ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA) NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 4445810/2023 **Nº Compromiso SIIF** **7223**

Valor Total del Contrato	$ 43.383.600	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 43.383.600	**1**	**Del**	**23/01/2023**	**Al**	**31/01/2023**	**$ 1.071.200,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 42.312.400		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

SERVICIOS PERSONALES: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA EN LA MODALIDAD PRESENCIAL Y/O VIRTUAL CONFORME A LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS EN EL CENTR

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.071.200		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	**$ 1.071.200**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 673.425**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Enero	Diciembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**4476435332**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.160.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 145.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 0	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL III	$ 28.300	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 267.800	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.241.200	$ -	
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 $ 1.357.184	$ -	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 224.475	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	673.425,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	926.200,00	
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	
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	**$1.071.200,00**	

SON: UN MILLÓN SETENTA Y UN MIL DOSCIENTOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se realizo la Planeación y orientación de las Actividades de Enseñanza – Aprendizaje- Evaluación para los programas de formación: Fich
Se ejecuto la formación profesional en la Orientación de las Actividades de Enseñanza – Aprendizaje- Evaluación para los programas de
Se desarrollaron estrategias de aprendizaje como: • Talleres. ... • Clases prácticas. ... • Resolución de problemas. ... • Aprendizaje
Registro ficha matrícula, recopilación documentos. Para las fichas complementarias así: Ficha: Ficha 2695414 ficha 2695308. ficha: 269
Para este periodo no se reportan inasistencias de aprendices en plataforma Sena Sofía Plus Ficha 2695414 ficha 2695308. ficha: 2695720
En este periodo se acató los lineamientos Sistema Integrado de Gestión y el Sistema de Seguridad de Salud en el Trabajo realizando el
Para este periodo se mantuvo la autonomía e independencia en la ejecución del contrato con la Planeación y orientación de las Activida
Se realizo la Divulgación permanente en los procesos de Enseñanza –Aprendizaje – Evaluación a los aprendices del uso adecuado de los e
Se realizo Entrega de documentación requerida para el trámite de contratación acorde con la normatividad exigida por el centro de form

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

LILIANA BOLIVAR
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,

CLARA MARIA GARCIA CRUZ
COORDINADORA ACADÉMICA

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:
EL ORDENADOR DEL PAGO

ANSTRONG ALBERTO GOMEZ RIOS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	31405612
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LILIANA BOLIVAR BOLIVAR
CIUDAD/MUNICIPIO:	PEREIRA	DEPARTAMENTO:	RISARALDA
DIRECCIÓN:	CENTRO	TELÉFONO:	3000000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4476435332**			TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES diciembre	AÑO	2022	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES diciembre	AÑO	2022
DÍAS DE MORA:	6						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2023/01/10			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9992936290		

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 125.000	$ 0	$ 900	$ 0	$ 125.000	$ 900	$ 0	$ 125.900
SUBTOTALES:													**$ 125.000**	**$ 900**	**$ 0**	**$ 125.900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																			PARAFISCALES									
																										PENSIÓN								SALUD						ARP															
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 31405612	BOLIVAR LILIANA	INDEPEND	REQ CUMP PENS	$ 1.000.000				NO																			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.000.000	$ 125.000	$ 0	$ 125.000			$ 0		$ 0	$ 0	$ 0		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 125.900**

Planilla Pagada

Bogotá, Enero 14 de 2023

Señora:
BOLIVAR LILIANA
CC. 31405612
MZ 12 CA 41 PARAISO 2500 LOTES - 3469870
Ciudad

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

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Enero 29 de 2022. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
BOLIVAR LILIANA	31405612	C	Ene-29-2022	42	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

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

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
EMPLEADOR SAT TEMPORAL	31405612	Dependiente	CERRADO
LILIANA BOLIVAR	31405612	Trabajador Independiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,



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

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

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LILIANA BOLIVAR** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **31405612,** se encuentra afiliado/a desde **18/10/1982** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 14 de enero de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

Hace constar:

Que el Sr(a) LILIANA BOLIVAR Identificado(a) con cédula de ciudadanía 31405612 realizó el día 26/01/2023 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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

Compromiso SST:

Yo LILIANA BOLIVAR Identificado(a) con cédula de ciudadanía 31405612 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

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

_____
Firma

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) LILIANA BOLIVAR Identificado(a) con cédula de ciudadanía 31405612 realizó el día 26/01/2023 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) LILIANA BOLIVAR Identificado(a) con cédula de ciudadanía 31405612 realizó el día 26/01/2023 la Capacitación Módulo 2 - Riesgos en el puesto de trabajo y medidas de prevención de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

Freddy David Figueroa Caicedo
Médico Especialista en Salud Ocupacional

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: He autorizado al Dr. Freddy Figueroa Caicedo a realizar en mí el examen médico y/o paraclínico (s) ocupacional (es) en este documento. El Dr. Figueroa ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico (s) ocupacional (es). He comprendido y he tenido oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico (s) ocupacional (es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de muestras. He sido informado de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí copia del concepto de aptitud laboral. Certifico que no he omitido información acerca de mi estado de salud. Todo es verídico y puede ser confirmado. Autorizo al Dr. Figueroa para que suministre a las personas o entidades contempladas en las legislaciones vigentes, la información registrada en el documento, para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional.



PEREIRA - 2021-12-17

Nombre del paciente
LILIANA BOLIVAR

Tipo documento
CEDULA DE CIUDADANIA

Numero documento
31405612

Celular

Genero
FEMENINO

Edad
59 Años 7 Meses 12 Dias

EVALUACION MEDICO LABORAL

Motivo de Consulta
EXAMEN DE INGRESO

Examen Fisico con Enfasis en
OSTEOMUSCULAR

Empresa
SENA

Cargo
INSTRUCTORA

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN	INTERPRETACION
OPTOMETRIA	ANORMAL
LABORATORIOS	ANORMAL
AUDIOMETRIA	NORMAL
OTRO	NORMAL

CONCEPTO MEDICO

SATISFACTORIO

CONCEPTO MEDICO LABORAL

APTO PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES MEDICAS GENERALES

COMPLETAR ESQUEMA VACUNACION REALIZAR ACTIVIDAD FISICA
CONTROL DE PESO Y NUTRICION
SOLICITAR EN SU EPS VALORACION Y PLAN DE MANEJO POR ENFERMEDAD ACTUAL DE ORIGEN COMUN

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

CAPACITAR EN MANEJO DE CARGAS USO DE CORECCION VISUAL
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL CAPACITAR EN PAUSA ACTIVA E HIGIENE POSTURAL

SISTEMAS DE VIGILANCIA

INGRESA AL SVE O PROGRAMA DE CONTROL RIESGO CARDIOVASCULAR
INGRESA AL SVE O PROGRAMA VISUAL
INGRESA AL SVE O PROGRAMA ERGONOMICO

CLASIFICACION DE RIESGO

MEDIO

NOTA

SE REALIZÓ ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA AL INGRESO A LA INSTITUCIÓN SOBRE SÍNTOMAS DE COVID - 19 Y LA REALIZACIÓN DE VIAJES EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS, SE REALIZA TOMA DE TEMPERATURA, SE REALIZA PROTOCOLOS DE DESINFECCIÓN DE MANOS Y CALZADO, ADEMÁS SE UTILIZA ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y LA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE ÁREAS Y EQUIPOS, SE ESTABLECE EL DISTANCIAMIENTO SOCIAL.

Dr. Freddy D. Figueroa
Médico Especialista
Medicina del Deporte
y Salud Ocupacional

LILIANA BOLIVAR **FREDDY DAVID FIGUEROA CAICEDO**

Freddy David Figueroa Caicedo
Médico Especialista en Salud Ocupacional

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: He autorizado al Dr. Freddy Figueroa Caicedo a realizar en mí el examen médico y/o paraclínico (s) ocupacional (es) en este documento. El Dr. Figueroa ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico (s) ocupacional (es). He comprendido y he tenido oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico (s) ocupacional (es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de muestras. He sido informado de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí copia del concepto de aptitud laboral. Certifico que no he omitido información acerca de mi estado de salud. Todo es verídico y puede ser confirmado. Autorizo al Dr. Figueroa para que suministre a las personas o entidades contempladas en las legislaciones vigentes, la información registrada en el documento, para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional.

CC 31405612 **REG.MEDICO 830993 LPSST 612-14 DHS 22243**

Cendiatra

HISTORIA CLINICA EVALUACION DE VOZ

Fecha Atención : 2021-12-17

Fecha impresión : 2021-12-17

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	LILIANA BOLIVAR		
Identificación	CC	**Nro**	31405612
Fecha de Nacimiento	1962-05-05	**Edad**	59
Genero	F	**RH**	O +
Estado civil	Soltero	**Escolaridad**	Tecnologico
Estrato	3	**Ciudad**	Pereira
Direccion	direccion	**Telefono**	3125712088
Acompañante		**Tel_Acompañante**	
Empresa	PARTICULAR/PEREIRA	**Cargo**	INSTRUCTORA
Ciudad - Sede	Pereira	**Sede**	CENDIATRA PEREIRA

TIPO EXAMEN: OTROS

DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	
ACTIVIDAD ECONOMICA	INSTRUCTORA
CARGO	
TIEMPO EN LA EMPRESA	3 AÑOS

ANTECEDENTES

HIPOACUSIA	NO
REFLUJO GASTRO ESOFAGICO	NO
ALERGIAS	NO
DISFUSION TIROIDEA	NO
DIABETES	NO
USO DE FARMACOS	NO
CIRUGIA DE LARINGE	NO
OTROS	NO

SINTOMAS VOCALES

RONQUERA	SI Observaciones: OCACIONAL
AFONIA	NO
FATIGA VOCAL	NO
CARRASPERA	SI Observaciones: POR USO PROLONGADO DE VOZ
SEQUEDAD	SI

TOS

TOS	NO
SECA	SI
PRODUCTIVA	NO

HABITOS

GRITA	SI Observaciones: HABLAR FUERTE EN CLASE
CON QUE FRECUENCIA LO HACE	
FUMA	NO
ALCOHOL	NO
CAFE	SI Observaciones: DIARIO
ALIMENTOS CONDIMENTADOS	NO
REALIZA ACTIVIDAD FISICA	NO

EVALUACION OROFACIAL

ASPECTO ANATOMICO

ORGANOS FONOARTICULADORES	NORMAL
ORGANO FONOARTICULADORES	NORMAL
NARIZ	NORMAL
LABIOS	NORMAL
LENGUA	NORMAL
PALADAR	NORMAL

ASPECTO FUNCIONAL

ORGANOS FONOARTICULADORES	NORMAL

Cendiatra

HISTORIA CLINICA EVALUACION DE VOZ

Fecha Atención : 2021-12-17 **Fecha impresión : 2021-12-17**

ORGANO FONOARTICULADORES	NORMAL
NARIZ	NORMAL
LABIOS	NORMAL
LENGUA	NORMAL
PALADAR	NORMAL

RESPIRACION

TIPO RESPIRATORIO	COSTO DIAFRAGMATICO
MODO RESPIRATORIO	NASAL
COORDINACION FONORESPIRATORIA	ADECUADA

CUALIDADES FONOAUCUSTICAS

TONO	NORMAL
INTENSIDAD	NORMAL
TIMBRE	NORMAL

PARAMETROS VOCALES

EMISION	NORMAL
VELOCIDAD DE HABLA	ADECUADA
RESONANCIA	ADECUADA
FLUIDEZ	ADECUADA

CALIFICACION DE LA VOZ

CALIFICACION DE LA VOZ	Normal (Aceptación acústica de la voz agradable)

OBSERVACIONES

OBSERVACIONES	SIN ANTECEDENTES FONATORIOS, PARAMETROS FONATORIOS NORMALES, SE RECOMIENDA REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, PAUSAS FONATORIAS E HIDRATACION

CONDUCTA RECOMEDACIONES A SEGUIR

SE SUGIERE NUEVA VALORACION POR:	NO
INGERIR DIARIAMENTE LIQUIDO ANTES DE UN ESFUERZO VOCAL PROLONGADO	SI
USAR UN TONO E INTENSIDAD DE VOZ ADUCUADA, SIN GRITAR, MURMURAR NI CARRASPEAR	SI
EVITAR LAS COMIDAS PICANTES Y EL EXCESO DE ALCOHOL	SI
VALORACION TERAPIA REPIRATORIA	NO
MEDICO / ORL	NO

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:
Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud.

Jairo Andrés Cerón Z.
Fonoaudiólogo Esp. S.O
Lic. 25-0743

JAIRO ANDRES CERON ZUÑIGA
RM: 1061721272
Firma y sello del médico evaluador

Liliana Bolivar

LILIANA BOLIVAR
Documento: CC 31405612
Firma del trabajador

Cendiatra
centro de diagnóstico y tratamiento S.A.S.
NIT. 800.180.176 - 0

Clínica y Boutique de la Audición

Clínica Risaralda Calle 19 Nº 5-13 Consultorio 814
Telfax: 3335886 Pereira, Colombia E-mail: clinicayboutique@gmail.com



PEREIRA - 2021-12-17

INFORMACION PERSONAL

Nombre del paciente
LILIANA BOLIVAR

Tipo documento	Numero documento	Celular
CEDULA DE CIUDADANIA	31405612	3125722088
Genero	**Edad**	**Entidad**
FEMENINO	59 Años 7 Meses 12 Dias	FREDDY DAVID FIGUEROA

EQUIPO

MA 41

CALIBRACION
2021-06-04

ESCALA
AMERICANA

EXPOSICION A RUIDO NO INDUSTRIAL

RUIDO AMBIENTAL

ANTECEDENTES PERSONALES

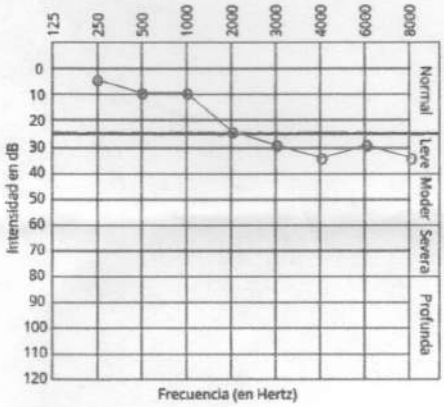
SARAMPION: NO	PAPERAS: NO	SIFILIS: NO
T.B.C.: NO	POLIO: NO	TRAUMA DE CRANEO: NO
HIPERTENSION ART: NO	DIABETES : NO	DROGAS OTOTOXICAS : NO
MAREO: SI	AMIGDALITIS : NO	OTITIS : NO
OTALGIA: NO	ALERGIAS : NO	OTORREA: NO
ACUFENOS: NO	VERTIGO: SI	HIPOACUSIA : NO
SORDERA FAMILIAR: SI	CIRUGIA DE OIDOS : NO	

HISTORIA OCUPACIONAL (RUIDO)

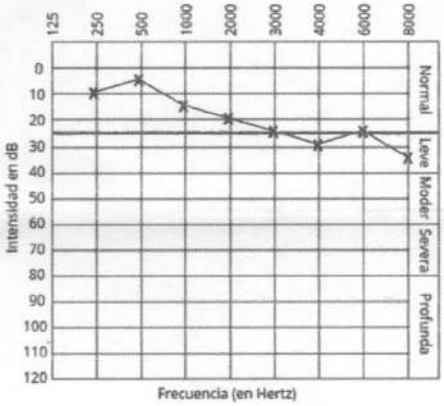
EMPRESA	OCUPACION	TIEMPO LABORAL	PROTECCION
SENA	INSTRUCTORA	3 AÑOS	NO

AUDIOMETRIA

OTOSCOPIA OIDO DERECHO
M.T OPACA



OTOSCOPIA OIDO IZQUIERDO
M.T OPACA



P.T.A. PROMEDIO TONO AUDIBLE	
OIDO DERECHO	18.8
OIDO IZQUIERDO	16.3
BINATURAL	17.0

PRESBIACUSIA		
ELI	E	E
LARSEN	-----	-----
SAL	-----	
CAOCH-GATISO	-----	

OBSERVACIONES / DIAGNOSTICO
SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFÉRICA NORMAL BILATERAL PARA FRECUENCIAS CONVERSACIONALES, CON DESCENSO GRADO LEVE PARA FRECUENCIAS AGUDAS.

RECOMENDACIONES
- CONTROL ANUAL.

FIRMAS

Liliana Bolivar

LILIANA BOLIVAR
CC 31405612

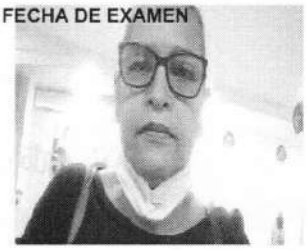
JOHN ENAIN PINO MATURANA
766275-10

Cendiatra

EXAMEN OPTOMETRICO

Fecha de impresión: 2021/12/17
www.cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA PEREIRA	**DIRECCIÓN**	Carrera 5 # 18 - 33 Consultorio 205 Piso 2
TELÉFONO	(6) 3400689	**EMAIL**	citas.pereira@cendiatra
FECHA DE EXAMEN	2021-12-17	**TIPO DE EXAMEN**	OTROS



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	LILIANA BOLIVAR			Identificación CC	Nro 31405612
Fecha de Nacimiento	1962-05-05	**Edad**	59	**Sexo**	F
Empresa	PARTICULAR/PEREIRA				
Cargo	INSTRUCTORA				
Fecha Ingreso	2021-12-17 11:11:16	**Fecha Salida**	2021-12-17 11:11:24		

DATOS EMPRESA

ANTECEDENTES PERSONALES

DIABETES	NO
CIRUGIA OCULAR	NO
GLAUCOMA	NO
HIPERTENSION ARTERIAL	NO
ALERGIAS	NO
PRESENTA CORRECCION OPTICA DURANTE EL EXAMEN?	SI

MOTIVO DE CONSULTA

VISION BORROSA	NO
ARDOR	NO
LAGRIMEO	NO
ENROJECIMIENTO	NO
PRURITO	NO
CEFALEA	NO
ASTENOPIA	NO
SALTO DE RENGLON	NO
FOTOFOBIA	NO
SECRECION	NO
DOLOR OCULAR	NO
VISION DOBLE	NO
INVERSION DE NUMEROS O LETRAS	NO
MAREO	NO
VERTIGO	NO
MIODESOPSIAS	NO

AGUDEZA VISUAL

VISION LEJANA		
CON CORRECCION OD	20/25	
CON CORRECCION OI	20/25	
CON CORRECCION AO	20/25	
VISION PROXIMA		
CON CORRECCION OD	0.50 cm	0.50M
CON CORRECCION OI	0.50 cm	0.50M
CON CORRECCION AO	0.50 cm	0.50M
ESTENOPEICO		

EXAMEN EXTERNO Y MOTOR

OD	NORMAL
OI	NORMAL

COVER TEST

LEJOS	ORTO
CERCA	ORTO
HIRSCHBERG	CENTRADO
MOTILIDAD OCULAR	NORMAL

QUERATOMETRIA

OFTALMOSCOPIA

OD	MEDIOS TRANSPARENTES
OI	MEDIOS TRANSPARENTES

REFRACCION

OJO DERECHO	
ESTATICA	+2.75-0..25X90
OJO IZQUIERDO	
ESTATICA	+2.75-0.25X90

TEST ADICIONALES

VISION CROMATICA	NORMAL
ESTERIOPSIS	NORMAL
TITMUS	NO

RX EN USO

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	H520: Hipermetropía
OBSERVACIONES	SE REQUIERE RX OPTICA PARA LABORAR CONTROL 1 AÑO

RECOMENDACIONES

REQUIERE FORMULA	SI
CONTROL ANUAL	SI
VALORACION OFTALMOLOGICA	NO
VALORACION OPTOMETRICA	NO

FORMULA OPTOMETRIA

GENERAR FORMULA	NO

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO

FORMULA OPTOMETRIA

OD
OI
ADICION

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:
Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve

la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Johana Sánchez Y.
Optometra
T.P. 1.126.589.974

JOHANA SANCHEZ YATE
RM: 1126589974

LILIANA BOLIVAR
CC 31405612

Cendiatra
centro de diagnóstico y tratamiento S.A.S.
NIT. 800.180.176 - 0

Laboratorio Clínico
CONTROLAB

Fecha: 17/12/2021 4:33 p.m. Página: 1

Paciente: LILIANA BOLIVAR
Edad: 59 A **Sexo:** F **Identificación:** 31405612
Teléfonos: 3125722088
Empresa: DRA. BEATRIZ ELENA MESA

Recepción: 112177 **Sala:** N/A
Fecha rcp: 17/12/2021 9:25:11 a.m.
Médico : No Asignado

		Resultado	Valores de referencia
Quimica			
1	GLICEMIA BASAL	94 mg/dl	70 a 105 mg/dl
	Tec: Colorimetrico		
2	**PERFIL LIPIDICO**		
	COLESTEROL TOTAL	256 mg/dl	Menor de 200 mg/dl
	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD-HDL	40 mg/dl	50 a 75 mg/dl
	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD-LDL	91 mg/dl	hasta 130 mg/dl
	COLESTEROL DE MUY BAJA DENSIDAD-VLDL	125 mg/dl	Hasta 42 mg/dl
	TRIGLICERIDOS:	623 mg/dl	Menor de 200 mg/dl
	FACTOR COLESTEROL TOTAL/HDL	6.4	Hasta 4.0
	ASPECTO DEL SUERO :	Lipémico	
	**datos confirmados		

Mónica Villareal G.
Monica Villareal
Bact: Reg 326-02

Carrera 5a. No. 18-33 Local 4 - Tels: 606 3140594 - 606 3359884 Ext. 170 - Cel: 310 471 6574 Pereira - Risaralda - Colombia
E-mail: laboratorioclinicocontrolab@gmail.com

EVALUACION PSICOLOGICA OCUPACIONAL

NOMBRE: LILIANA BOLIVAR
FECHA: SEPTIEMBRE 10 DEL 2020

AREAS EVALUADAS	ASPECTOS EVALUADOS	E	B	R	M	OBSERVACIONES
AREA COGNITIVA	Capacidad para prever-planear (juicio)		X			Se anticipa a corto plazo en la formulación de proyectos. Puede existir en ella tendencia a ser soñadora en la formulación de proyectos. Denota dinamismo.
	Percepción viso-motora	X				integración visomotora
ÁREA AFECTIVA-EMOCIONAL	Control de emociones (impulsividad-agresividad)		X			Soluciona problemas pero en ocasiones oscila entre emociones positivas y negativas
	Manejo del conflicto		X			Denota medianamente estrategias de afrontamiento del conflicto
	Relaciones interpersonales	X				Es sociable en la relación con los demás.
	Trabajo en equipo	X				Valora el trabajo en equipo.
ÁREA CONATIVA-MOTIVACIONAL	Responsabilidad	X				
	Respeto por reglas (puntualidad, seguimiento de instrucciones, honradez)		X			Se ajusta a las normas sociales y las comparte con su grupo de referencia pero en ocasiones las cuestiona

APTO: Cumple con todos los criterios	X	OBSERVACIONES: Se halla en adecuadas condiciones de salud mental, posee funciones mentales superiores de juicio conservadas. Con habilidad media para solucionar conflictos. No presenta trastornos de las relaciones sociales interpersonales ni de personalidad.
APTO CON LIMITACIONES: propenso al peligro, deficiencia en más de un área evaluada. Representa Riesgo moderado.		
NO APTO: riesgo alto, deficiencia en diversas áreas. Alto riesgo.		



NORMAL

_____
FIRMA PSICOLOGO (A)
 # DE LICENCIA: __1173 DEL 2013_____

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 22/01/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	899999034	**Cédula Usuario:**	CC 1097722981
Nombre:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA				
Dirección:	CLL 57 8-64				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	accidentalidadsst@sena.edu.co				
Teléfono:	5978250		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1855101 FORMACION ACADEMICA NO FORMAL, INCLUYE LA EDUCACION QUE SE OFRECE CON EL OBJETO DE COMPLEMENTAR, ACTUALIZAR, SUPLIR CONOCIMIENTOS Y FORMAR ACADEMICAMENTE A TRAVES DE CURSOS CON PROGRAMAS QUE TIENEN UN CARACTER ORGANIZADO Y CONTINUO, AUNQUE NO ESTEN SUJETOS AL SISTEMA DE NIVELES Y GRADOS ESTABLECIDOS EN LA EDUCACION FORMAL				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1097722981	JOSE LUIS YEPES QUINTERO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	65	23/01/2023	CC 31405612	BOLIVAR LILIANA	3	2.436	**Independiente**

OBSERVACIONES

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

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

8329ED025C1C7E61ABD09EF2DB411B1F

Certificado impreso el día 1/22/2023 2:51:35 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 941 541**, en Bogotá (**601**) **6000 811.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

LILIANA
BOLIVAR
31405612

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
899999034

Este carné es personal e intransferible.

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

LILIANA BOLIVAR Identificado con CC 31405612

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina PEREIRA, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24061153640
Fecha de apertura:	18 de Marzo de 2016
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día , 15 de Enero de 2023.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

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

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN:	SUCURSAL:	COD. SUC:	NO. PÓLIZA:	ANEXO:
ARMENIA	ARMENIA	60	60-46-101002226	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
20	01	2023	23	01	2023	00:00	16	04	2024	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	BOLIVAR LILIANA	IDENTIFICACIÓN:	C.C. :31,405,612
DIRECCIÓN:	MZ 12 CS 41 PARAISO LOTES PEREIRA	CIUDAD: ARMENIA - QUINDIO	TELÉFONO: 3125722088

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:	SENA REGIONAL QUINDIO	IDENTIFICACIÓN:	NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN:	AVENIDA CENTENARIO 47N-15	CIUDAD: ARMENIA - QUINDIO	TELÉFONO: 7494999
ADICIONAL:			

OBJETO DEL SEGURO

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

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.4445810 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA EN LA MODALIDAD PRESENCIAL Y/O VIRTUAL CONFORME A LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS EN EL CENTRO PARA EL DESARROLLO TECNOLOGICO DE LA CONSTRUCCIÓN Y LA INDUSTRIA DEL SENA REGIONAL QUINDÍO PARA LOS PROGRAMAS QUE ATIENDEN A POBLACIÓN VÍCTIMA Y/O VULNERABLE ATENDIENDO LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	23/01/2023	16/04/2024	$ 4,348,360.00

ACLARACIONES:

VALOR PRIMA NETA:	GATOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
$ 21,396.31	$ 8,000.00	$ 5,585.30	$ 34,981.61	$ 4,348,360.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
MAGNOLIA LORA MARIN	195190	100,00			

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

PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CRA. 14 NO. 14 N - 30 PISO 1 - TELÉFONO: 7358800 - ARMENIA

60-46-101002226
FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

Liliana Bolivar
FIRMA TOMADOR

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

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

Hacemos constar, que la póliza No. 60-46-101002226, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

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

Dado en ARMENIA, a los 20 días del mes de Enero de 2023



FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: RECIBO DE PAGO N°: 60461010022260

FECHA	
CONTADO	
RECIBIMOS DE:	BOLIVAR LILIANA — C.C. C.C. :31,405,612
LA SUMA DE:	TREINTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y UN CON SESENTA Y UN CENTAVOS PESOS M/CTE
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 60-46-101002226

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
ARMENIA - CU. ESTATAL - 101002226 - 0 - 0	$ 21,396.31	$ 8,000.00	$ 5,585.30	$ 34,981.61

FORMA DE PAGO

	EFECTIVO:	$ 34,981.61
	CHEQUE:	$ 0.00
	TARJETA:	$ 0.00
	BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO: MAGNOLIA LORA MARIN - 195190	OTROS:	$ 0.00
	TOTAL:	$ 34,981.61
	CAJERO: RAPIESTADO	

ORIGINAL

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: RECIBO DE PAGO N°: 60461010022260

FECHA	
CONTADO	
RECIBIMOS DE:	BOLIVAR LILIANA — C.C. C.C. :31,405,612
LA SUMA DE:	TREINTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y UN CON SESENTA Y UN CENTAVOS PESOS M/CTE
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 60-46-101002226

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
ARMENIA - CU. ESTATAL - 101002226 - 0 - 0	$ 21,396.31	$ 8,000.00	$ 5,585.30	$ 34,981.61

FORMA DE PAGO

	EFECTIVO:	$ 34,981.61
	CHEQUE:	$ 0.00
	TARJETA:	$ 0.00
	BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO: MAGNOLIA LORA MARIN - 195190	OTROS:	$ 0.00
	TOTAL:	$ 34,981.61
	CAJERO: RAPIESTADO	

COPIA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.60-46-101002226

1. AMPAROS.

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

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

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

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

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

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

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

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

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

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

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

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

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

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

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

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

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

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

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

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

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

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

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

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

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

2. EXCLUSIONES.

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

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

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

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

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

3. SUMA ASEGURADA.

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

4. VIGENCIA.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. COMPENSACIÓN.

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

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

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

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

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

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

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

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

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

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

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

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

13. COASEGURO

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

CUFE: e3517a93f3521945c297d0f8491a4623b475ccd4cdbcfcff9537c9128dddc71366df6f648a6d1b01042549cbe5487ec4

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578

Factura Electrónica
De Venta

N°. 60G-27132

Grandes Contribuyentes
RESPONSABLES DE IVA
Agente Retenedor de I.V.A.
Código CIIU 6511

Fecha: 20 01 2023

Hora: 00:00:00

Somos Gran Contribuyente de ICA para Bogotá según Resolución Número DDI-023769 29 de noviembre de 2021.
Resolución Dían No. 18764026603413. Fecha de vigencia desde 2022/03/14 hasta 2023/09/14 Con Prefijo 60G, Desde 17891 A 500000.
Autoriza DE 17891 AL 500000

Fecha validación Dian:2023/01/20 17:38:54

Razón Social:	BOLIVAR LILIANA
Cédula de ciudadanía:	31405612
Dirección:	MZ 12 CS 41 PARAISO LOTES PEREIRA
Teléfono:	3125722088
E-mail:	SANGREYSILENCIO64@HOTMAIL.COM

No.	Cód Ramo Comercial	Descripción	Unidad	Cantidad	Valor Uni	Valor
1	46	POLIZA DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL ONLINE - 60 - 101002226	unidad	1	29.396	29.396

Total
1

Observaciones:

Valor en letras: SON: TREINTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y UN PESOS

Subtotal	29.396,00
Impoconsumo	0.00
IVA	5.585,00
Total	34.981,00

Forma de Pago: Contado

Medio de Pago: Efectivo

Firma Autorizada

IFactura Transfiriendo
Proveedor Tecnológico Autorizado DIAN Nit: 900.032.159-4

Referencia pago
1100020107693-6

(415)7709998021167(8020)1100020107693(3900)000000034981(96)20240123

La factura no es constancia del recaudo o pago de la póliza

¡Transferencia exitosa!

Comprobante No. 0000048600

20 Ene 2023 - 08:25 p.m.

Producto origen

Cuenta de Ahorro

Ahorros

***2581**

Producto destino

SEGUROS DEL ESTADO SA
Ahorros / Bancolombia A la mano

207-121781-94

Valor enviado

$ 34.981,00

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14887830889

(415)7707212489984(8020) 000001488783088 9

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	3 1 4 0 5 6 1 2	1 9 8 1 0 8 2 5

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Cartago 1 4 7

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

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Risaralda 6 6	Pereira 0 0 1

41. Dirección principal
BRR PARAISO SEC DOS MIL QUINIENTOS LOTES MZ 12 CA 41 NORTE BRR

42. Correo electrónico sangreysilencio64@hotmail.com

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

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
8 5 2 3	2 0 1 8 0 9 1 1					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros	Exportadores
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20	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 2023 - 01 - 12 / 14 : 41: 46

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 BOLIVAR LILIANA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Liliana Bolivar

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 12-01-2023 02:55:29PM

RADICADO 2020_001

GERENCIA DE DETERMINACIÓN DE DERECHOS

DIRECCIÓN DE NÓMINA DE PENSIONADOS

CERTIFICACIÓN INDEMNIZACIÓN Y/O PAGO ÚNICO

Que revisada la Nómina de Pensionados de la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**, al señor(a) **LILIANA BOLIVAR** identificado(a) con **Cédula de Ciudadanía** No. **31405612**, esta Administradora mediante resolución No. **336988** de **2019** le concedió **INDEMNIZACIÓN SUSTITUTIVA VEJEZ**, como **pago único** por valor de **$ 9,910,999.00.**

Que para la NOMINA de **Enero** de **2020** en la Entidad **15-BBVA C. P. 1ERA QUINCENA - 773-PEREIRA CR 7 18 70 L 101 OF** No. de Cuenta **31405612** se giraron los siguientes valores:

DEVENGADOS		DEDUCIDOS	
VALOR PENSION	$ 9,910,999.00		
TOTAL DEVENGADOS	**$ 9,910,999.00**	**TOTAL DEDUCIDOS**	**$ 0.00**
		NETO GIRADO	**$ 9,910,999.00**

Se expide a solicitud del interesado en Bogotá , el día 01 de octubre de 2021.

DORIS PATARROYO PATARROYO
Director(a) de Nómina de Pensionados

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

BOGOTÁ D.C, 9 de diciembre de 2019 BZ2019_16493124-3635464

Señor (a)
LILIANA BOLIVAR
MZ 12 CS 41 B PARAISO 2500 LOTES
PEREIRA - RISARALDA

Referencia: Notificación Correo Electrónico 2019_16493124 de 12 de noviembre de 2019
Ciudadano: **LILIANA BOLIVAR**
Identificación: Cédula de ciudadanía 31405612
Tipo de Trámite: Notificación

Respetado(a) señor(a):

Reciba un cordial saludo de la Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES. Como resultado de la solicitud de la referencia y con previa autorización para ser notificado por medio de correo electrónico, le informamos que anexo a esta comunicación se hace entrega de la copia íntegra del Acto Administrativo **SUB 336988 del 9 de diciembre de 2019**, mediante el cual se resuelve su solicitud.

En virtud del artículo 56 de la ley 1437 de 2011 y el concepto No. 2316 de 2017 emitido por la Sala de Consulta y Servicio Civil, se advierte que la notificación electrónica queda surtida a partir de la fecha y hora en la cual la administración certifica el acuse de recibo del mensaje electrónico y, por ende, el interesado tuvo acceso al acto administrativo.

En la parte resolutiva del acto administrativo se informa si proceden o no los recursos de reposición y/o subsidio de apelación, los cuales deberán interponerse dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación, lo anterior en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 76 de la Ley 1437 del 2011. Los recursos de reposición serán estudiados por la dirección o subdirección que expidió el acto administrativo y los de apelación por su superior jerárquico.

Al presente documento se adjunta acto administrativo y la documentación necesaria para efectos del pago de la prestación y afiliación a la EPS, la cual debe ser firmada y presentada ante la entidad correspondiente, en caso que la prestación fuese reconocida. Si el reconocimiento se efectúa en cumplimiento de una orden judicial y además se hubiere iniciado proceso ejecutivo para hacer efectivo el cumplimiento de dicha orden o recibido pago alguno por este concepto (Cobro de Titulo Judicial), deberá informar de inmediato a la Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones a través de la radicación de una petición en cualquiera de los puntos de atención.

Así mismo, en el caso en que usted devengue o haya devengado otra pensión o prestación de tipo pensional, deberá informarlo de inmediato a la Administradora Colombiana de Pensiones -

Continuación Respuesta 2019_16493124 de 12 de noviembre de 2019

Colpensiones a través de la radicación de una petición en cualquiera de los puntos de atención. Lo anterior so pena de iniciar las acciones administrativas y penales que se originen con la omisión de reportar esta información.

Finalmente, cabe reiterar que con el recibo de este correo electrónico la notificación se entiende practicada y, en consecuencia, que conoce de la decisión así como los derechos y deberes de los cuales es titular.

Si requiere información adicional, por favor comuníquese con la línea de servicio al ciudadano en Bogotá al 4890909, en Medellín al 2836090, con la línea nacional al 018000 41 0909, en donde estaremos dispuestos a brindarle el mejor servicio.

Agradecemos su confianza y le recordamos que estamos para servirle

Atentamente,

Paola Andrea Rivera P.

PAOLA ANDREA RIVERA PENAGOS
Directora de Atención y Servicio (A)
Anexo: Copia acto administrativo SUB 336988 9 de diciembre de 2019