

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL ATLÁNTICO		Código Regional		8
			Código Centro		930210
	CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO -SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION		Fecha Elaboración		28 de Febrero de 2023
			Versión		ENERO 2023 - 1,23
				ID de Proceso	79464-049982
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos contratista:		HILDA SOFIA COLLANTE CASTILLA		C.C.	32.720.951
Correo electrónico contratista:		hcollantec@misena.edu.co		IP/N° de contacto	3167325434
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación?	NO
				Es declarante de renta?	NO
				Es Pensionado?	NO
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
				N° Cuenta	24026385437
				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					
N° del contrato:		4474780/2023		N° Compromiso SIIF	37223
Valor Total del Contrato		\$ 14.250.000	N ° Pago	Periodo objeto de pago	
Saldo Anterior del Contrato		\$ 14.250.000	1	Del 01/02/2023 Al 28/02/2023	
Nuevo Saldo del Contrato		\$ 11.400.000		Legalización comisiones del periodo \$ 0,00	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: SERVICIOS PARA LA FPI, EN FORMACION REGULAR TITULADA Y COMPLEMENTARIAPARA EL PROGRAMA FORMACIÓN ATENCION INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA.RADICADO 8-09-2023-001802...PZO 30-06-2023.			
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios		\$ 2.850.000	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		0,00%
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 2.850.000	Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 1.884.975	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		Febrero	Enero	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.160.000	\$ 0	Base retención en la fuente a titulo de ICA	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 145.000	\$ 0	Valor base IVA	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 185.600	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	
ARL		\$ 6.100	\$ 0	Menos Retencion IVA	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ 8.835.833	\$ -	Reteica - 8299	
\$ 712.500		\$ -	\$ -	25.194,00	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ 13.430.466	\$ -	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ 13.430.466	\$ -	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ 4.241.200	\$ -	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -	\$ -	Otras Retenciones	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -	\$ -	Otras Retenciones	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -	\$ -	Otras Retenciones	
Dependientes hasta		\$ 1.357.184	\$ -	Otras Retenciones	
Salud hasta		\$ 678.592	\$ -	Descuentos de Libranza	
Renta Exenta 25%		\$ 2.792.123	\$ 628.325	Descuentos de embargo (Si tiene)	
Retención en la Fuente Contingente		\$ -	\$ -	VALOR A PAGAR	
				\$2.824.806,00	
SON: DOS MILLONES OCHOCIENTOS VEINTICUATRO MIL OCHOCIENTOS SEIS PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
PRESTAR SERVICIOS PERSONALES CARÁCTER TEMPORAL PARA LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN FORMACION REGULAR TITULADA Y COMPLEMENTARIA PARA EL PROGRAMA FORMACIÓN ATENCION INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA.PROGRAMA FORTALECIMIENTO PEDAGOGICO COMUNITARIO.ALCALDÍA DE BARRANQUILLA.JARDÍN INFANTIL LAS NIEVES.IGLESIA CUADRANGULAR EL BOSQUE.					
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:				HILDA SOFIA COLLANTE CASTILLA EL CONTRATISTA	
1. Cumplo 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.				Autorizo el presente pago. El Supervisor,	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				GABIS DE JESUS AMAYA TORRES INSTRUCTOR	
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:				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	
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.					
ELIZABETH TUBERQUIA VANEGAS SUBDIRECTORA DE CENTRO G02					

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 32720951
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	HILDA SOFIA COLLANTE CASTILLA	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA	DEPARTAMENTO: ATLANTICO
DIRECCIÓN:	CALE 52 D NO 10 B 50	TELÉFONO: 3623392
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:	4483873167	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: enero	PERIODO COTIZACIÓN MES: enero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2023	SALUD: AÑO: 2023
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2023/02/03	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9993174061

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 185.600
SUBTOTAL:			1	\$ 185.600
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	\$ 145.000
SUBTOTAL:			1	\$ 145.000
TOTAL PAGADO:				\$ 330.600

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	32720951
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			HILDA SOFIA COLLANTE CASTILLA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA	DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
DIRECCIÓN:	CALE 52 D NO 10 B 50	TELÉFONO:	3623392
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:	4483873167		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES	
PERÍODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero AÑO	2023	PERÍODO COTIZACIÓN SALUD:	MES
DÍAS DE MORA:			0	enero AÑO	2023
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/02/03	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9993174061	

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 185.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 185.600	\$ 0	\$ 185.600
SUBTOTALES:										\$ 185.600	\$ 0	\$ 185.600

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
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 145.000		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 145.000	\$ 0	\$ 0
SUBTOTALES:													\$ 145.000	\$ 0	\$ 0	\$ 145.000

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																						
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL															PARAFISCALES																			
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				APORTES VOLUNTARIOS				INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD				ARP				DÍAS COT	IBC	CCF					SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		EMPLOYADOR				ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT			IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	ADMIN	TOTAL APORTE				
1	CC 32720951	COLLANTE CASTILLA HILDA SOFIA	INDEPEND		\$ 1.160.000			NO																		25-14 COLPENSIONES	30	\$ 1.160.000	\$ 185.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 185.600	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	\$ 1.160.000	\$ 145.000	\$ 0	\$ 145.000			\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0		

TOTAL	\$ 330.600
--------------	-------------------

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT. 830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogotá

ORDEN DE SERVICIO

o OS: 9332912885 DU: 465677

ajero: LOYAPEES

liente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

echa: 03/02/2023 09:03:13

S Recaudador:
998783 OLIMPICA SAO MACARENA

antidad cupones: 1

dentificación: 32720951

ombre: HILDA

pellido 1: COLLANTE OCC

pellido 2: CCCC

ipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA

ELEFONO: 3012552623

odigo Planilla: 4483873167

eriodo Pago: 2023/01

valor Comision: 0

valor Iva Comision: 0

Referencia Valor

2720951 \$330.600,00

valor recibido: \$330.600,00

orma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el

cliente beneficiario

Conserve este recibo, es el unico

soporte valido para atender cualquier

reclamacion.

Con la solicitud y aceptacion de mi

parte, de la prestacion de este

servicio, entienda que manifiesto

verbalmente mi autorizacion para el

tratamiento de los datos personales que

voluntariamente he entregado a Efectivo

tda., Estos datos pueden ser utilizados

unica y exclusivamente para la

prestacion del servicio convenido.

Línea de servicio al cliente: (1)

6510101

servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	32720951	NÚMERO PLANILLA:	4486464411	TIPO DE PLANILLA:	N-CORRECCIONES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			HILDA SOFIA COLLANTE CASTILLA	PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	2023
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA	DEPARTAMENTO:	ATLANTICO		enero AÑO		enero AÑO
DIRECCIÓN:	CALE 52 D NO 10 B 50	TELÉFONO:	3623392	DÍAS DE MORA:	4		
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2023/02/17	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9993338940
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	I-INDEPENDIENTE	NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	4483873167	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA	2023/02/03
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		Actividades reguladoras y facilitadoras de la act				
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	
SUBTOTALES:										\$ 0	\$ 0	\$ 0

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
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 0
SUBTOTALES:												\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 6.100	\$ 6.100	\$ 100	\$ 0	\$ 6.200
SUBTOTALES:									\$ 6.100	\$ 100	\$ 0	\$ 6.200

[illegible]

TOTAL	\$ 6.200
--------------	-----------------

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT. 830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 9338362576 DU: 378378

Cajero: LOYAPEES

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 17/02/2023 11:28:54

PS Recaudador:
998783 OLIMPICA SAG MACARENA

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 32720951

Nombre: HILDA

Apellido 1: CCC

Apellido 2: XXXX

TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA

TELEFONO: 3012526233

Codigo Planilla: 4486464411

Periodo Pago: 2023/01

Valor Comision: 0

Valor Iva Comision: 0

Referencia Valor

32720951 \$6.200,00

Valor recibido: \$6.200,00

Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el
cliente beneficiario

Conserve este recibo, es el unico
soporte valido para atender cualquier
reclamacion



Fecha: 17/01/2023

SEDE: Principal

Página: 1

Paciente: HILDA COLLANTE CASTILLA

Edad: 53 A **Sexo:** F **Identificación:** 32720951

Teléfonos:

Empresa: salud ocupacional - salubrista ocupacional

Recepción: 16335

Sala: N/A

Fecha rcp: 17/01/2023 10:08:22

Médico : No Asignado

Resultado

Valores de referencia

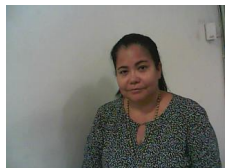
Quimica

1 PERFIL DE LIPIDOS

Colesterol Total	162 mg/dl	100 a 200 mg/dl
Nivel de H.D.L.	40.5 mg/dl	45 a 65 mg/dl
Alto riesgo menor de 45 gr/dl		
Colesterol L.D.L	94.3 mg/dl	80 a 130 mg/dl
Colesterol V.L.D.L.	27.2 mg/dL	20 a 70 mg/dL
Nivel serico de Trigliceridos	136 mg/dl	50 a 160 mg/dl

LABORATORIO CLINICO
NEWTON
REGISTRO. BACTERIOLOGO N° 1047

**Certificado de
Aptitud Laboral
Ingreso**



Fecha: 17/Ene/2023, **Hora:** 09:06:31 a.m.

Apellido: Collante Castilla

Tipo Doc: CC

Empresa: Particular

Cargo: Instructor Sena

Direccion: Calle 52d#10b-50/la Sierra/bquilla

Nombre: Hilda Sofia

Nro Identidad: 32720951

HC: # 16632

Edad: 53 años

Sexo: Femenino ♀

Nacim: 22/Abr/1969

Rh: O+

Telefono: 3623392 **Celular:** 3167925434 **Email:** Hicoca69@hotmail.com **Estado Civil:** Soltero

Ciudad: :: No Aplica ::

Exámenes Realizados

Audiometria Tamiz, Electrocardiograma, Examen Medico Con Enfoque Osteomuscular, Optometria, Perfil Lipidico(colesterol Total Ldl,hdl, Vldl Y Trigliceridos), Valoración Mental Y Social

Concepto

Apto Con Recomendaciones Para El Cargo.

Recomendaciones

Estilo De Vida Saludable

Reducir De Peso

Seguimiento Y Control De Tensión Arterial En Su Eps.

Realizar Pausas Activas En Su Jornada Laboral.

Uso De Lentes Con Corrección. Seguimiento Por Optometria.

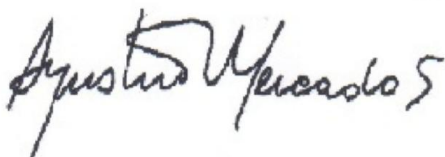
Observaciones

IMPORTANTE:

1 - El trabajador recibió orientación médica sobre las recomendaciones necesarias para prevenir probables efectos en la salud relacionados o asociados con los riesgos ocupacionales propios en su cargo.

2 - Señor(a) trabajador: a partir de la fecha, usted cuenta con 30 días para seguir y realizar las indicaciones del médico especialista en salud ocupacional registradas en este documento.

DECLARACION DEL ASPIRANTE: Manifiesto con mi firma o huella que no omiti datos relevantes en mis antecedentes que pudieran influir sobre la evaluación de mi estado actual de salud



Agustin Abad Mercado Santiago
Medico Esp. En Salud Ocupacional
Lic. de S.O #: 5895 de 18 OCT 2019
Registro #: 12174/89



Hilda Sofia Collante Castilla
CC 32720951

Huella
Digital

Valoración mental y Social

ipo Doc: CC - Cedula de Ciudadania

Nro Identidad: 32720951

Sexo: Femenino



Apellido: Collante Castilla

Nombre: Hilda Sofia

Edad: 53 años

Empresa: Particular

Fecha: 17/Ene/2023 09:06:31 a.m.

Cargo: Instructor Sena

Recepcion: # 16632

HABILIDADES SOCIALES (HH.SS)

A continuación te presentamos una tabla con diferentes aspectos de las "habilidades sociales básicas". A través de ella podrás determinar el grado de desarrollo de tu "competencia social" (conjunto de HH.SS necesarias para desenvolverte eficazmente en el contexto social). Señala el grado en que te ocurre lo que indican cada una de las cuestiones, teniendo para ello en cuenta:

1 → Me sucede **MUY POCAS** veces
3 → Me sucede **BASTANTES** veces

2 → Me sucede **ALGUNAS** veces
4 → Me sucede **MUCHAS** veces

HABILIDADES SOCIALES	1	2	3	4
1 Prestas atención a la persona que te está hablando y haces un esfuerzo para comprender lo que está diciendo				X
2 Hablas con los demás de temas poco importantes para pasar luego a los más importantes	X			
3 Hablas con otras personas sobre cosas que interesan a ambos			X	
4 Clarificas la información que necesitas y se la pides a la persona adecuada				X
5 Permites que los demás sepan que les agradeces los favores				X
6 Te das a conocer a los demás por tu propia iniciativa		X		
7 Ayudas a que los demás se conozcan entre sí		X		
8 Dices que te gusta algún aspecto de la otra persona o alguna de las actividades que realiza			X	
9 Pides que te ayuden cuando tienes alguna dificultad				X
10 Eliges la mejor forma para integrarte en un grupo o para participar en una determinada actividad				X
11 Explicas con claridad a los demás como hacer una tarea específica				X
12 Prestas atención a las instrucciones, pides explicaciones y llevas adelante las instrucciones correctamente				X
13 Pides disculpas a los demás por haber hecho algo mal				X
14 Intentas persuadir a los demás de que tus ideas son mejores y que serán de mayor utilidad que las de otra persona	X			
15 Intentas reconocer las emociones que experimentas				X
16 Permites que los demás conozcan lo que sientes				X
17 Intentas Comprender lo que sienten los demás				X
18 Intentas comprender el enfado de la otra persona				X
19 Permites que los demás sepan que te interesas o preocupas por ello			X	
20 Piensas porque estás asustado y haces algo disminuir tu miedo	X			
21 Te dices a ti mismo o haces cosas agradables cuando te mereces una recompensa				X
22 Reconoces cuando es necesario pedir permiso para hacer algo y luego lo pides a la persona indicada				X

FIRMA:

Hilda Sofia Collante

Dr. AGUSTIN ABAB MERCADO SANTIAGO,
Médico especialista en Salud Ocupacional.



Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)

¿En qué año estamos? 0-1	ORIENTACIÓN TEMPORAL (Máx.5)	5
¿En qué estación? 0-1		
¿En qué día (fecha)? 0-1		
¿En qué mes? 0-1		
¿En qué día de la semana? 0-1		
¿En qué hospital (o lugar) estamos? 0-1	ORIENTACIÓN ESPACIAL (Máx.5)	5
¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1		
¿En qué pueblo (ciudad)? 0-1		
¿En qué provincia estamos? 0-1		
¿En qué país (o nación, autonomía)? 0-1		
Nombre tres palabras Peseta-Caballo-Manzana (o Balón-Bandera-Árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces.	Nº de repeticiones necesarias	3
Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)	FIJACIÓN-Recuerdo Inmediato (Máx.3)	
Si tiene 30 pesetas y me va dando de tres en tres, ¿Cuántas le van quedando?. Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que detee la palabra MUNDO al revés.	ATENCIÓN-CÁLCULO (Máx.5)	3
30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 (O 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M0-1)		
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente.	RECUERDO diferido (Máx.3)	3
Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)		
.DENOMINACIÓN. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera. Lápiz 0-1 Reloj 0-1	LENGUAJE (Máx.9)	9
.REPETICIÓN. Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "En un trigal había 5 perros") 0-1		
.ÓRDENES. Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo".		
Coje con mano d. 0-1 dobla por mitad 0-1 pone en suelo 0-1		
.LECTURA. Escriba legiblemente en un papel "Cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1		
.ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1		
.COPIA. Dibuje 2 pentágonos interseccionados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección. 0-1		
Puntuaciones de referencia 27 6 más: normal 24 6 menos: sospecha patológica	Puntuación Total (Máx.: 30 puntos)	30

a.e.g. (1999)

Agustillo

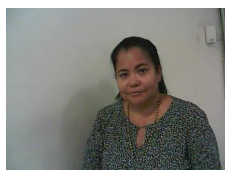


SALUBRISTAS

a.e.g. (1999)

1140887289

Audiometria Tamiz



Fecha: 17/Ene/2023, **Hora:** 09:06:31 a.m.

HC: # 16632

Apellido: Collante Castilla

Nombre: Hilda Sofia

Edad: 53 años

Tipo Doc: CC

Nro Identidad: 32720951

Sexo: Femenino ♀

Direccion: Calle 52d#10b-50/la Sierra/bquilla

Telefono: 3623392 **Celular:** 3167925434 **Email:** Hicoca69@hotmail.com **Estado Civil:** Soltero

Ciudad: :: No Aplica ::

Antecedentes

Personales	Si/No	OI/OD	Personales	Si/No	Tiempo	Uso EPP
Cirugia	No	Ninguno	Practica de tiro	No		No
Otalgia	No	Ninguno	Presto el servicio militar	No		No
Otorrea	No	Ninguno	Musica a alto volumen	No		No
Plurito	No	Ninguno	Usa mp3	No		No
Ascufeno	No	Ninguno	Uso de motocicleta	No		No
Vertigo	No	Ninguno	Actividades Acuaticas	No		No
Consumo medicinas Ototoxicas	No	Ninguno	Frecuencia sitios ruidosos	No		No
Consumo del cigarrillo	No	Ninguno				

Antecedentes Laborales

Empresa	Puesto de Trabajo	Duracion en la Empresa	Exposicion a Ruido	Jornada Laboral	Medidas de Control
---------	-------------------	------------------------	--------------------	-----------------	--------------------

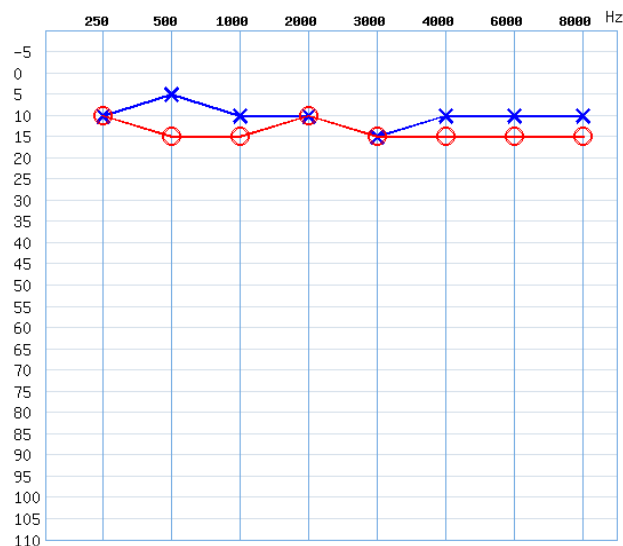
OTOSCOPIA

Oido Derecho

Normal

Oido Izquierdo

Normal



PTA Oido Izquierdo 10

13.75

PTA Oido Derecho

Oido Izquierdo:

Oido Derecho:

	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
Oido Izquierdo:	10	5	10	10	15	10	10	10
Oido Derecho:	10	15	15	10	15	15	15	15



Diagnostico Audiologico:

Audición Bilateral Normal

Recomendaciones:

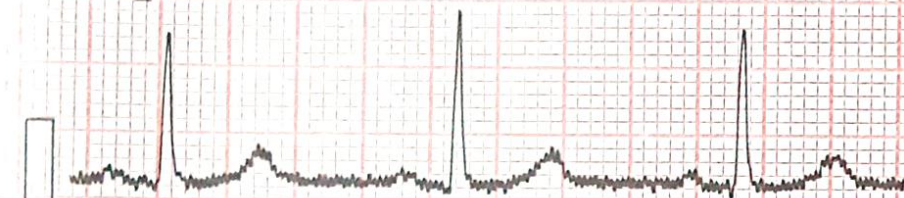
Agustin Abad Mercado Santiago
Medico Esp. En Salud Ocupacional
Lic. de S.O #: 5895 de 18 OCT 2019
Registro #: 12174/89

Hilda Sofia Collante Castilla
CC 32720951

Huella
Digital

10mm/mV 0.67~25Hz

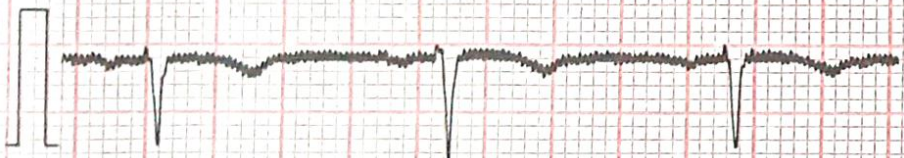
I



II



III



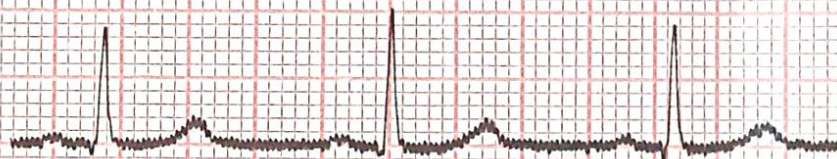
25mm/s

06-08-2005 07:46:00

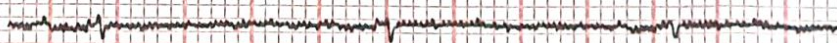
aVR



aVL



aVF

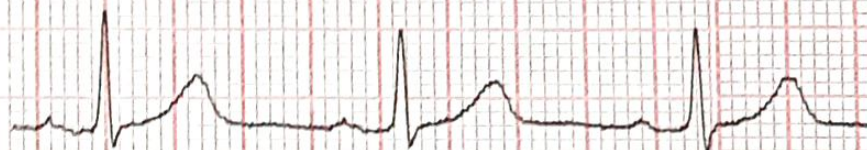


V2.44

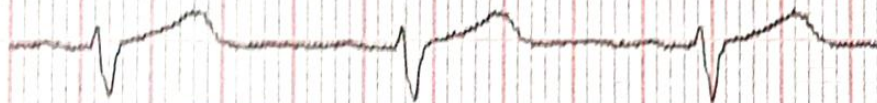
V1



V4



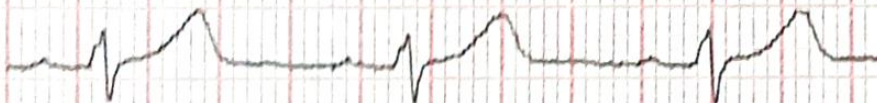
V2



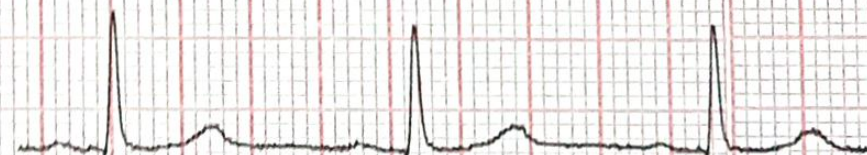
V5



V3

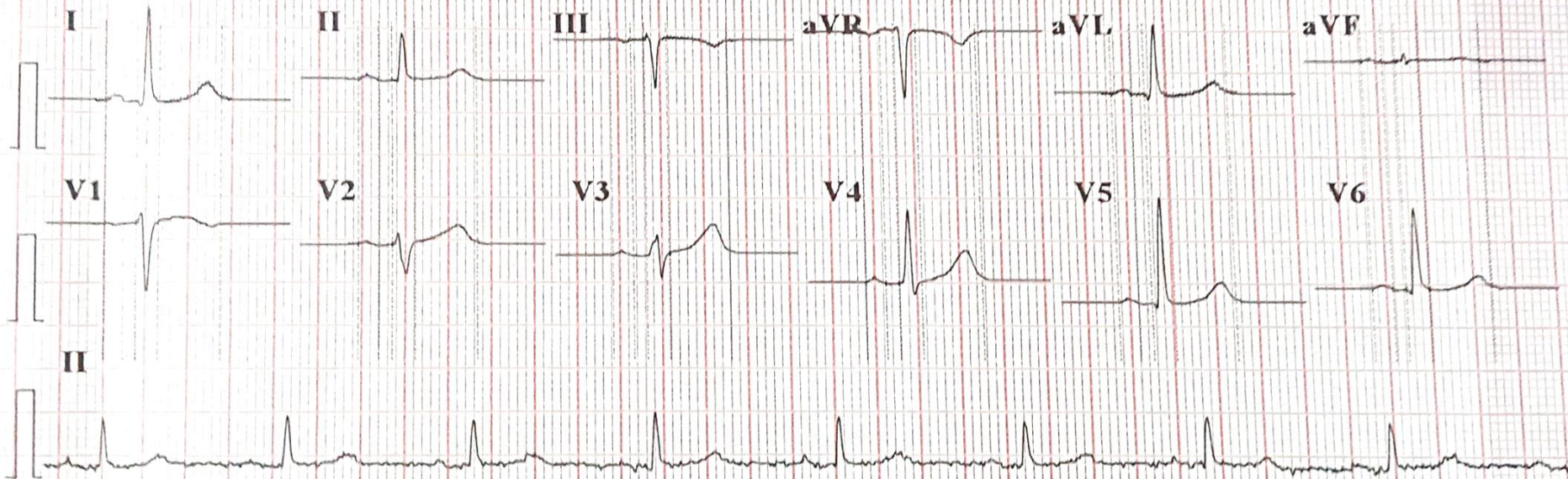


V6



Plant Promedio:

06-08-2005 07:46:00



10mm/mV

25mm/s

V2.44

ID : 050608-0748

Nomb

:

Hilda Collauro

Código Minnesota:

9-4-1(V3)

Edad

:

53 A

Sexo

:

Femeni

PA

:

mmHg

Altura

:

cm

Peso

:

kg

FC

:

69 bpm

Dur P

:

98 ms

Int PR

:

163 ms

Dur QRS

:

103 ms

Int QT/QTc

:

387/416 ms

Eje P/QRS/T

:

24/7/17 °

Amp RV5/SV1

:

1.336/0.833 mV

Amp RV5+SV1

:

2.169 mV

Amp RV6/SV2

:

1.009/0.357 mV

Información de Diagnóstico:

800: Ritmo del seno

ECG Normal

17/Enero/2023

Reporte confirmado por:

Sena

32720951

BPO VISION IPS
HISTORIA CLINICA

Salubrista.

FECHA DE ELABORACION:	17/01/2023	HORA DE ELABORACION:	
-----------------------	------------	----------------------	--

DATOS PERSONALES

NUMERO DE HISTORIA:	32720931	Tipo de Documento	CC	☒	TI		RC		CE	
---------------------	----------	-------------------	----	-------------------------------------	----	--	----	--	----	--

1 ^{er} Apellido	2 ^o Apellido	Nombres	Sexo	M		F	☒
Colonte	Castilla	Hilda					

FECHA DE NACIMIENTO	22	04	1969	EDAD	33	ESTADO CIVIL	☒			
	DIA	MES	AÑO		AÑOS		S	V	C	UL

DIRECCIÓN DOMICILIO PACIENTE:			
CIUDAD	BARRIO	E-MAIL	TEL/CEL
Barranquilla	Sierra		3167925434

NOMBRE DE LA ASEGURADORA (EPS)	EMPRESA	TIPO DE VINCULACIÓN	OCUPACIÓN DEL PACIENTE
SURA	SENA		Instructor

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	TEL/CEL
NOMBRE DEL RESPONSABLE	
PARENTESCO DEL RESPONSABLE	TELEFONO DEL RESPONSABLE

MOTIVO DE CONSULTA
Examen ocupacional.

ANAMNESIS			
ANTECEDENTES	SI	NO	
FAMILIARES:		☒	
GENERALES:		☒	
OCULARES:	☒		Unas p. permanente
FARMACOLOGICOS:	☒		

OPTOMETRIA				
LENSOMETRIA				
	LEJOS		CERCA	A.V
O.D.	+2.00-0.00 x 90°		ADD +2.00	20/20
O.I.	+2.00-1.00 x 120°			20/20-
TIPO DE LENTE: Progresiva			TRATAMIENTO:	USO:
AGUDEZA VISUAL				
	LEJOS		CERCA	P.H
SIN RX	O.D.	20/200	20/200	/
	O.I.	20/200	20/200	
REFRACCION				
	ESFERA	CILINDRO	EJE	A.V
O.D.	+2.50	-0.50	90°	20/20
O.I.	+2.50	-1.00	90°	20/20
QUERATOMETRIA				
O.D		O.I		
BIOMICROSCOPIA				
 O.D. normal		 O.I. normal.		
OFTALMOSCOPIA				
O.D				
O.I				
MOTILIDAD OCULAR : normal.				
OTROS TEST				
VISION CROMOTICA :			ESTEREOPSIS:	
RX FINAL				
	ESFERA	CILINDRO	EJE	AV
OD	+2.50	-0.50	90°	20/20
OI	+2.50	-1.00	90°	20/20
ADD	+2.25			
DP			DNP	
TIPO DE LENTES : progresiva			FILTRO : AR	
DIAGNOSTICO: Astigmatismo presbicia.			CONDUCTA: uso de lentes permanentes	



Hace constar:

Que el Sr(a) HILDA SOFIA COLLANTE CASTILLA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 32720951 realizó el día 15/02/2023 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, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo HILDA SOFIA COLLANTE CASTILLA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 32720951 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) HILDA SOFIA COLLANTE CASTILLA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 32720951 realizó el día 15/02/2023 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la 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) HILDA SOFIA COLLANTE CASTILLA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 32720951 realizó el día 15/02/2023 la Capacitación Módulo 2 - Riesgos en el puesto de trabajo y medidas de prevención de la entidad y aprobó la

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) HILDA SOFIA COLLANTE CASTILLA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 32720951 realizó el día 15/02/2023 la Capacitación de protocolos de bioseguridad.

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

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

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



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública
DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) HILDA SOFIA COLLANTE CASTILLA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 32720951 el día 15/02/2023 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

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

**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN****POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.****HACE CONSTAR QUE:**

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**, se identificó que **HILDA SOFIA COLLANTE CASTILLA** con CC No. **32720951**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
Contratante: NI 8999999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	Fecha de última cobertura: 01/02/2023 Estado Afiliación: ACTIVO Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Fecha de inicio de Contrato: 01/02/2023 Fecha fin de Contrato: 30/06/2023 Clase de Riesgo: 1 Cargo : INSTRUCTOR Fecha fin de Retiro: SIN FECHA DE RETIRO

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 o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301012464727.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 16 días del mes de febrero de 2023.

Cordialmente

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



HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

HILDA SOFIA COLLANTE CASTILLA Identificado con CC 32720951

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

Cuenta de Ahorros

Número:	24026385437
Fecha de apertura:	11 de Julio de 2011
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 Miércoles, 11 de Enero de 2023.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

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

CERTIFICA

Que **HILDA SOFIA COLLANTE CASTILLA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **32720951** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 32720951
NOMBRES Y APELLIDOS	HILDA SOFIA COLLANTE CASTILLA
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/03/2017
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	242
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	47

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: 10/01/2023

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

EPS SURAMERICANA S.A

Medellín, Antioquia, Colombia. Líneas de atención: Barranquilla: 605 319 7901, **Cali:** 602 380 8941,

Medellín: 604 448 61 15, **Bogotá:** 601 448 7941

Línea Nacional: 01 8000 519 519

epssura.com

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **HILDA SOFIA COLLANTE CASTILLA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **32720951**, se encuentra afiliado/a desde **01/04/1991** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 11 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.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

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

CIUDAD DE EXPEDICIÓN: BARRANQUILLA			SUCURSAL: BARRANQUILLA			COD. SUC: 85		NO. PÓLIZA: 85-46-101033818		ANEXO: 0	
FECHA EXPEDICIÓN: DÍA: 25 MES: 01 AÑO: 2023			VIGENCIA DESDE: DÍA: 01 MES: 02 AÑO: 2023			A LAS: HORAS: 00:00 DÍA: 30 MES: 10 AÑO: 2023		A LAS: HORAS: 23:59		TIPO MOVIMIENTO: EMISIÓN ORIGINAL	

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: COLLANTE CASTILLA HILDA SOFIA			CIUDAD: BARRANQUILLA - ATLANTICO			IDENTIFICACIÓN: C.C. :32,720,951	
DIRECCIÓN: CL 52 D NRO. 10 B - 50						TELÉFONO: 3167925434	

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO: SENA REGIONAL ATLNTICO			CIUDAD: BARRANQUILLA - ATLANTICO			IDENTIFICACIÓN: NIT. :899,999,034-1	
DIRECCIÓN: CRA 43 42-40						TELÉFONO: 6053851285	
ADICIONAL:							

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECCIÓN 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.4474780 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: INSTRUCTOR PRESTAR SERVICIOS PERSONALES CARÁCTER TEMPORAL PARA LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN FORMACION REGULAR TITULADA Y COMPLEMENTARIA PARA EL PROGRAMA FORMACIÓN ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS				
AMPAROS:		VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO		01/02/2023	30/10/2023	\$ 1,425,000.00
ACLIARACIONES:				

VALOR PRIMA NETA:	GATOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
\$ 20,000.00	\$ 8,000.00	\$ 5,320.00	\$ 33,320.00	\$ 1,425,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
ZAMORA SCHETTINI JENNI	20358	100,00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE ÚNICAMENTE 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 CARRERA 58 NO. 70-136 - TELÉFONO: 3681078 - BARRANQUILLA


FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General



85-46-101033818

FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

FIRMA TOMADOR

USTED PUEDE CONSULTAR ESTAR PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

Oficina Principal: Calle 83 No 19-10 Bogotá D.C. Teléfono: 601-2186977,
601-6019330

32699895

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

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

Hacemos constar, que la póliza No. 85-46-101033818, 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 BARRANQUILLA, a los 25 días del mes de Enero de 2023


FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

Oficina Principal: Calle 83 No 19-10 Bogotá D.C. Teléfono: 601-2186977, 601-6019330
ASISTENCIA CELULAR #388 - FUERA DE BOGOTÁ 018000123010
www.segurosdeleestado.com

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que:

RECIBO DE PAGO N°:

85461010338180

FECHA				
CONTADO				
RECIBIMOS DE:	COLLANTE CASTILLA HILDA SOFIA		C.C. C.C. :32,720,951	
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE			
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 85-46-101033818			
SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
BARRANQUILLA - CU. ESTATAL - 101033818 - 0 - 0	\$ 20,000.00	\$ 8,000.00	\$ 5,320.00	\$ 33,320.00
FORMA DE PAGO				
INTERMEDIARIO: ZAMORA SCHETTINI JENNI - 20358			EFFECTIVO:	\$ 33,320.00
			CHEQUE:	\$ 0.00
			TARJETA:	\$ 0.00
			BD:	\$ 0.00
			OTROS:	\$ 0.00
			TOTAL:	\$ 33,320.00
			CAJERO: RAPIESTADO	

ORIGINAL

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que:

RECIBO DE PAGO N°:

85461010338180

FECHA				
CONTADO				
RECIBIMOS DE:	COLLANTE CASTILLA HILDA SOFIA		C.C. C.C. :32,720,951	
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE			
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 85-46-101033818			
SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
BARRANQUILLA - CU. ESTATAL - 101033818 - 0 - 0	\$ 20,000.00	\$ 8,000.00	\$ 5,320.00	\$ 33,320.00
FORMA DE PAGO				
INTERMEDIARIO: ZAMORA SCHETTINI JENNI - 20358			EFFECTIVO:	\$ 33,320.00
			CHEQUE:	\$ 0.00
			TARJETA:	\$ 0.00
			BD:	\$ 0.00
			OTROS:	\$ 0.00
			TOTAL:	\$ 33,320.00
			CAJERO: RAPIESTADO	

COPIA

**PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.85-46-101033818**

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 SUJECCIÓN A LA DEFINICIÓN DE LAS CONDICIONES ADELANTE INDICADAS, LLEGARE A CAUSAR EL GARANTIZADO POR EL INCUMPLIMIENTO QUE, ATRIBUIBLE A SU ACCIÓN U OMISIÓN, PRODUCIERE.

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 TÍTULO 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 OCACIONEN, 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 OCACIONEN 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.

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 CONSTARÁN 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, DEBERÁN 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 ÚLTIMO 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, PREVALECEERÁN 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.