SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE GESTION DE MERCADO, LOGIST Y TECNOL DE LA INFORMAC-BTA DC- SERVICIOS PRES

Código Regional	**11**
Código Centro	**930310**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**29363-869081**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JUDITH DEL CONSUELO UNIGARRO BRAVO	**C.C.**	41.673.993	**IP/Nº de contacto**	3105787259
Correo electrónico contratista:	jcunigarro@misena.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: DAVIVIENDA **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** 0570009270254171

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: 4510203/2023 **Nº Compromiso SIIF** **14423**

Valor Total del Contrato	$ 24.580.980	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 24.580.980	**1**	**Del**	**02/02/2023**	**Al**	**28/02/2023**	**$ 3.960.269,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 20.620.711		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

CI-PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA IMPARTIR FORMACIÓN SEGÚN PROGRAMACIÓN ESTABLECIDA POR EL CENTRO, EN LOS DIFERENTES NIVELES DE FORMACIÓN PARA EL ÁREA DE COMPLEMENTARIA VIRTUAL

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.960.269		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.960.269**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.815.402**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**7867935098**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.584.108	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 198.100	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 0	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.300	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 990.067	$ -	
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	$ 938.467	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.815.402,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.762.169,00	
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	36.343,00	0,966%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$3.923.926,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS VEINTITRES MIL NOVECIENTOS VEINTISEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Cumplir en los procesos de la FPI de las fichas: 2696966-2696970-2696974-2696977
Realizar acompañamiento permanente a través de foros y correos de mensajería interna y sesiones sincrónicas
Mantener permanente orientación en los procesos de aprendizaje a través de la interacción en los diferentes foros y evidencias
Retroalimentar cada intervención de los aprendices
Evaluar los procesos de aprendizaje
Incorporar las acciones de formación en las diferentes herramientas tecnológicas de las plataformas de formación
Rendir oportunamente el informe mensual

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.

JUDITH DEL CONSUELO UNIGARRO BRAVO
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 INES PINZON GAITAN
PROFESIONAL G01

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

ELVIA ZORAIDA MARTIN MORA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	41673993
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JUDITH DEL CONSUELO UNIGARRO BRAVO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 25 #69-51, INT 3, AP 903	TELÉFONO:	3105787
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:		**7867935098**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES enero	AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES enero	AÑO 2023
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/02/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1908817423

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
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 199.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 199.900	$ 0	$ 0	$ 199.900
SUBTOTALES:													**$ 199.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 199.900**

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	$ 8.400	$ 8.400	$ 0	$ 0	$ 8.400
SUBTOTALES:									**$ 8.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 8.400**

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 41673993	UNIGARRO BRAVO JUDITH DEL CONSUELO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PENS VEJ ACT	$ 1.599.000				NO																			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.599.000	$ 199.900	$ 0	$ 199.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.599.000	41673993	$ 8.400	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 208.300**

Planilla Pagada

SEGURO SOCIAL
Para Siempre

Resolución No. 118198 del 20120917

Por medio de la cual se resuelve una solicitud de prestaciones económicas en el Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida del Sistema General de Pensiones

El JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ATENCION AL PENSIONADO(E) de la Seccional CUNDINAMARCA del Seguro Social

En uso de sus facultades estatutarias y

CONSIDERANDO:

Que el **26 de Marzo de 2012**, se presentó a reclamar pensión de vejez el (la) señor(a) **JUDITH DEL CONSUELO UNIGARRO BRAVO**, identificado(a) con la **CEDULA DE CIUDADANIA** No. **41.673.993**, números de afiliación **941673993** de la Seccional CUNDINAMARCA, por considerar cumplidos los requisitos legales para acceder a ella, teniendo como último empleador a **UNIVERSIDAD MANUELA BELTRAN**, NIT No. **860517647**

Que en efecto de resolver la solicitud presentada, se procede a estudiar los documentos obrantes en el expediente y las normas aplicables, encontrando:

Que el artículo 36 de la Ley 100 de 1993, establece el Régimen de Transición para las personas que a la fecha de entrada en vigencia de la Ley en mención acrediten 35 o más años de edad en el caso de las mujeres y 40 o más años de edad en el caso de los hombres, o más de 15 años de servicio, permitiendo aplicar la edad para pensionarse, el número de semanas o tiempo cotizado y el monto pensional del régimen anterior al que venía afiliados, el cual para el caso en cuestión se trata del artículo 12 del Acuerdo 049 de 1990, aprobado por el Decreto 758 del mismo año, que exige para acceder a la pensión de vejez acreditar 55 o más años de edad en el caso de las mujeres o 60 o más años de edad en el caso de los hombres y un mínimo de 500 semanas cotizadas al Seguro Social en los 20 años anteriores al cumplimiento de la edad o un total de 1000 semanas cotizadas en cualquier tiempo.

Que según los documentos obrantes en el expediente, el (la) asegurado(a) nació el **09 de Noviembre de 1956**, concluyendo que acredita la edad necesaria para acceder a la prestación solicitada.

Que revisados los reportes de semanas cotizadas por el (la) asegurado(a) a través de los Sistemas de Facturación y Autoliquidación de Aportes, expedidos por las Gerencias Nacionales de Historia Laboral y Nómina de Pensionados de la Vicepresidencia de Pensiones y de Recaudo y Cartera de la Vicepresidencia Financiera del Instituto de Seguros Sociales, luego de efectuar la imputación de pagos prevista en el artículo 29 del Decreto 1818 de 1996, modificado por los artículos 53 del Decreto 1406 de 1999 y 9 del Decreto 510 de 2003, se establece que el (la) asegurado(a) cotizó a este Instituto en forma interrumpida un total de **1378** semanas, desde su ingreso el **22 de Junio de 1977** hasta el **01 de Julio de 2012**, de las cuales **696** semanas se cotizaron en los últimos 20 años anteriores al cumplimiento de la edad.

Que el Ingreso Base de Liquidación, según lo dispuesto por la Dirección Jurídica Nacional y la Vicepresidencia de Pensiones del Seguro Social, mediante Circular Nº 588 del 26 de febrero de 2004, para las personas que les faltare más de 10 años, será calculado de conformidad con lo establecido en el artículo 21 de la Ley 100 de 1993, es decir, el promedio de lo devengado durante los últimos 10 años o el de toda la vida si tuviere 1250 semanas o más cotizadas, actualizado anualmente con base en la variacion del Indice de Precios al Consumidor, según certificación que expida el DANE.

Que de conformidad con lo anteriormente expuesto, se procederá a conceder pensión de vejez al (la) señor(a) **JUDITH DEL CONSUELO UNIGARRO BRAVO**, toda vez que acredita los requisitos para acceder a ella, a partir del **02 de Julio de 2012**, de conformidad con lo dispuesto en los 13 y 35 de Acuerdo 049 de 1990, aprobado por el Decreto 758 del mismo año, en aplicación por remisión que hace el artículo 31 de la Ley 100 de 1993, según los cuales la pensión se comienza a cancelar, previo el cumplimiento de los requisitos para a cceder a ella, a partir del día siguiente a la fecha en que se acredite el retiro del servicio o la fecha de desafiliación del Sistema de Pensiones.

Que en consecuencia,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Conceder pension de vejez al (la) señor(a) **JUDITH DEL CONSUELO UNIGARRO BRAVO**, identificado(a) con **CEDULA DE CIUDADANIA Nº 41.673.993**, en los siguientes términos y cuantías:

DETALLE VALOR DEL RETROACTIVO

A Partir de	Valor Pension	Retroactivo	Primas
20120702	1,620,518	3,187,019	0
		TOTAL A PAGAR	3,187,019

La liquidación se realizó con **1378** semanas, sobre un Ingreso Base de Liquidación de **$1,800,575** al cual se le aplicó el **90%**.

PARAGRAFO: El valor de la mesada pensional a favor del (la)asegurado(a) junto con el retroactivo será incluido en la nómina del mes **Septiembre de 2012**, que será pagada en el siguiente mes, a través de **BOGOTA CP 2a Quincena Carrera.8 N°. 15 - 45-Banistmo Segunda Quincena**.

ARTICULO SEGUNDO: El descuento de salud equivalente al 12% del valor de la pensión se realizarán a partir del ingreso a nómina, de conformidad con lo establecido en la Ley 1250 de 2008, por medio de la cual se adiciona el artículo 204 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 10 de la Ley 1122 de 2007.

ARTICULO TERCERO: Notificar el contenido de la presente resolución al (la) señor(a) **JUDITH DEL CONSUELO UNIGARRO BRAVO**, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 44 y siguientes del Código Contencioso Administrativo, haciéndole saber que contra la misma proceden los recursos de reposición, ante el mismo funcionario que la expide, y subsidiario de apelación, ante su superior, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de la notificación.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en **Bogota D.C.** EL 20120917



JAIRO FRANCO SANCHEZ

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ATENCION AL PENSIONADO(E)

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14890716403

(415)7707212489984(8020) 000001489071640 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4 1 6 7 3 9 9 3	5	Impuestos de Cali 5	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	4 1 6 7 3 9 9 3	1 9 7 6 1 1 1 7

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
UNIGARRO	BRAVO	JUDITH	DEL CONSUELO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1

41. Dirección principal: CR 85 11 74 UN 12 TO 10 AP 419

42. Correo electrónico: cunigarrobravo@yahoo.com

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

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 4 1	2 0 0 8 0 2 0 1	8 5 4 2	2 0 0 8 0 8 1 1			0

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI ☐ NO ☐ 60. No. de Folios: 61. Fecha

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 d

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre

985. Cargo

EN TRAMITE DOCUMENTO SIN COSTO

Santa Clara
I.P.S Ocupacional

NIT. 900.207.684-2
REPS:7600107047-01
Calle 23AN # 2N 75 - Cali, Colombia
Cel. 3183482110 - 3183482110 - 3146301564 - 3152788102
Tel. (602) 6682828 - E-mail. pqrs@santaclara.com.co
www.ipsocupacionalsantaclara.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 102.930

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
25 DÍA	01 MES	2023 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULAR 2022 - CONV2 - ASESC - CONTADO - INTRA	PARTICULARES
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

UNIGARRO BRAVO JUDITH DEL CONSUELO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	66 AÑOS 2 MESES 22 DÍAS	CC	41673993
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INSTRUCTORA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Observaciones: *EL EXAMEN SE REALIZÓ CON ÉNFASIS CARDIOVASCULAR Y OSTEOMUSCULAR*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

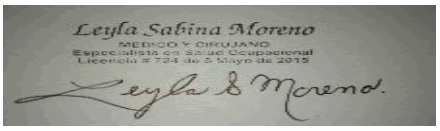
AUDIOMETRIA	✓	OPTOMETRIA	✓
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	PERFIL LIPIDICO	✓
GLUCOSA PRE	✓	EVALUACIÓN PSICOLÓGICA OCUPACIONAL (TEST 16PF)	✓
HEMOGRAMA TIPO IV	✓	- - - - - - - - - - - - - - - - - - - -	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : SE RECOMIENDA	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MEDICO POR PATOLOGIA ENDOCRINA		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		HACER DEPORTE
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICION		DIETA BALANCEADA : DIETA HIPOGRASA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma: 

Nombre: MORENO ARBOLEDA LEYLA SABINA

R. M.: 76-0109 DE 2005 **L.S.O.:** 724-5 DE 2015

Código de Seguridad

Y703E1K102930

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: UNIGARRO BRAVO JUDITH DEL CONSUELO

CC: 41673993

Santa Clara
I.P.S Ocupacional

INFORME DE RESULTADOS

PRUEBA PSICOTECNICA DE PERSONALIDAD

Fecha	25 ENERO DE 2023	**Documento**	41673993
Nombre	UNIGARRO BRAVO JUDITH DEL CONSUELO	**Edad**	66 años
Escolaridad	PREGRADO	**Cargo**	INSTRUCTOR

ANALISIS RESULTADOS

La candidata **UNIGARRO BRAVO JUDITH DEL CONSUELO** se presenta para evaluación por psicología ocupacional. Se aplica una prueba de personalidad denominada 16 PF. En la prueba se personalidad obtiene un grado de alta sinceridad, indicando un alto grado de confiabilidad en sus respuestas. Al concatenar ambos procesos se obtiene lo siguiente:

Se inicia con el análisis de sus rasgos primarios de personalidad los cuales revelan un **tipo de personalidad Autosuficiente y con alto nivel de Aislamiento.** En donde la candidata prefiere de trabajos de tipo individual, en donde no requiera mayor interacción social; sin que esto pueda significar dificultad para poder intervenir en los grupos; esta posición esta mas orientada a la modalidad preferente de la candidata; en donde los resultados bajo este aislamiento pueden resultar ser mas favorables.

La **autoeficiencia** está relacionada con su alta necesidad de control de las situaciones y/o tarea; es común este comportamiento en personalidades perfeccionistas; por lo que puede manifestar signos de tensión por su autoexigencia; cabe anotar que la candidata cuenta en la fecha con herramientas que le permitan hacer frente a esta tensión. Percibiéndose como una persona serena, controlada y con una postura receptiva. Cabe anotar que en la prueba resulta alto la variable desinhibición lo cual puede mostrar tendencia a la sencilles de sus relaciones y espontaneidad.

Esta autoeficiencia en Judith, le confieren en la actualidad signos de tensión y de dominancia; en donde requiere minimizar su actitud restrictiva, mentalidad dura y baja flexibilidad con el fin de bajar los niveles de tensión, que en el tiempo le pueden configurar signos o síntomas de estrés.

Se perciben altos niveles de creatividad; sugiriendo así su capacidad de crear, diseñar y generar propuestas novedosas dentro de las actividades

que realiza. Esta creatividad está relacionada con su espontaneidad otra variable que resulta predominante dentro de sus resultados.

Los resultados indican adecuados procesos de relacionamiento, si embrago prefiere la individualidad; resultando dominante. Logra ser reconocida como una persona confiada; que esta en pro del bienestar general; proyectándose como líder dentro de los grupos.

A nivel normativo se muestra receptiva y congruente su comportamiento con pensamientos; reconociendo de manera activa a la autoridad.

La comunicación presentada es adecuada dentro de un marco de coherencia y receptividad; evidenciando empatía y respeto por el interlocutor. Logar en los grupos ser fácilmente aceptada; aunque no figure como líder.

Como parte de la observación se deja a consideración:

1. Capacidad en el seguimiento de instrucciones; resultando ser Autosuficiente.
2. Se adapta mejor en trabajos de tipo autónomo e individual
3. Preferencia por respuestas Objetivas
4. Alto nivel de aislamiento social
5. Alta Dominancia

Informe realizado por:



Caterine Álvarez Sánchez
Psicólogo
TP: 150207

Santa Clara
I.P.S Ocupacional

Santa Clara
I.P.S Ocupacional

NIT : 900207684-2
REPS:7600107047-01
Calle 23 AN # 2N 75 - Cali , Colombia
Cel. 318 348 2110 - 314 630 156 - 315 278 8102
Tel. (602) 6682828 - Email pqrs@santaclara.com.co
www.ipsocupacionalsantaclara.com

FECHA INGRESO: 25/01/2023 FECHA MUESTRA 25/01/2023 MATRICULA : 171461

PACIENTE : 41673993 JUDITH DEL CONSUELO UNIGARRO BRAVO EDAD: 66 AÑOS SEXO: FEMENINO

ENTIDAD : PARTICULAR 2022 - CONV2 - ASESC - CONTADO - FECHA REPORTE: 25/01/2023 HORA REPORTE : 09:33:13

EXAMEN SOLICITADO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
GLUCOSA PRE	**90.**	**mg/dL**	**70-110 mg/dL**
		TECNICA:	**GLUCOSA OXIDASA**
COLESTEROL TOTAL	**209.**	**mg/dL**	**Hasta 200 mg/dl**
		TECNICA:	**QUIMICA SECA**
TRIGLICERIDOS	**214.**	**mg/dl**	**Hasta 150 mg/dl**
		TECNICA:	**QUIMICA SECA**
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]	**37.**	**mg/dL**	**Mayor de 35 mg/dl**
		TECNICA:	**QUIMICA SECA**
LDL	**128.**		
VLDL	**43.**		
INDICE ARTERIAL	**5.58**		

Dra. ALBA LUCIA GONZALEZ
Bacteriólogo
Reg. **761198 / CC 29112815**

Santa Clara
I.P.S Ocupacional

NIT : 900207684-2
REPS:7600107047-01
Calle 23 AN # 2N 75 - Cali , Colombia
Cel. 318 348 2110 - 314 630 156 - 315 278 8102
Tel. (602) 6682828 - Email pqrs@santaclara.com.co
www.ipsocupacionalsantaclara.com

FECHA INGRESO : 25/01/2023 FECHA MUESTRA 25/01/2023 MATRICULA : 171461

PACIENTE : 41673993 JUDITH DEL CONSUELO UNIGARRO BRAVO EDAD : 66 AÑOS SEXO : FEMENINO

ENTIDAD : PARTICULAR 2022 - CONV2 - ASESC - CONTADO - FECHA REPORTE : 25/01/2023 HORA REPORTE : 08:43:09

*** HEMOGRAMA TIPO IV ***

WBC	RECUENTO DE BLANCOS	***6.28***	x10³/uL	5.00 - 10.00
LYM %	LINFOCITOS %	***44.1***	%	20.0 - 50.0
MID %	MONOCITOS-EOSINOFILOS-BASOFILOS %	***7.8***	%	3.0 - 10.0
GRA %	NEUTROFILOS %	***48.1***	%	40.0 - 70.0
LYM #	LINFOCITOS #	***2.77***	x10³/uL	0.60 - 4.10
MID #	MONOCITOS-EOSINOFILOS-BASOFILOS #	***0.49***	x10³/uL	0.10 - 0.90
GRA #	NEUTROFILOS #	***3.02***	x10³/uL	2.00 - 7.80
RBC	RECUENTO DE ROJOS	***4.03***	x 10⁶/uL	3.80 - 5.80
HGB	HEMOGLOBINA	***12.9***	g / dl	12.0 - 17.0
HCT	HEMATOCRITO	***38.4***	%	36.0 - 51.0
MCV	VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	***95.1***	fL	80.0 - 99.0
MCH	CONCENTRACION DE HEMOGLOBINA	***32.0***	pg	80.0 - 99.0
MCHC	CONCENTRACION DE HEMOGLOBINA MEDIA	***33.6***	g/dl	26.5 - 33.5
RDW_SD	AMPLITUD DE DISTRIBUCION ERITROCITARIA BAJO	***49.6***	fL	35.0 - 56.0
RDW_CV	AMPLITUD DE DISTRIBUCION ERITROCITARIA ALTO	***12.0***	%	10.0 - 15.0
PLT	RECUENTO DE PLAQUETAS	***223***	x10³/uL	150 - 450
MPV	VOLUMEN MEDIO DE PLAQUETAS	***7.6***	fl	7.0 - 11.0
PDW	DISTRIBUCIÓN DE VOLUMEN PLAQUETARIO	***13.7***	%	10.0 - 18.0
PCT	PLAQUETOCRITO	***0.170***	%	0.100 - 0.500
P-LCR	PORCENTAJE DE PLAQUETAS	***12.4***	%	13.0 - 43.0

Dra. ALBA LUCIA GONZALEZ
Bacteriólogo
Reg. **761198 / CC 29112815**

Santa Clara
I.P.S Ocupacional

NIT. 900.207.684-2
REPS:7600107047-01
Calle 23AN # 2N 75 - Cali, Colombia
Cel. 3183482110 - 3183482110 - 3146301564 - 3152788102
Tel. (602) 6682828 - E-mail. pqrs@santaclara.com.co
www.ipsocupacionalsantaclara.com



EXAMEN DE OPTOMETRIA

DATOS PERSONALES

Atención Nº: 46,460

Fecha: 25/01/2023 **Municipio:** CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) **CC:** 41673993 **Nombre:** UNIGARRO BRAVO JUDITH DEL CONSU **Edad:** 66 AÑOS 2
Genero: FEMENINO **Profesión o Cargo:** INSTRUCTORA **Empresa:** PARTICULARES
Eps: NUEVA EPS **Tipo Evaluación Medica:** INGRESO **F. Último Examen:** 1 AÑO
Lugar del Último Examen: IPS **Motivo Consulta:** EXAMEN INGRESO

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	SI
TIPO DE USO	PERMANENTE
TRAE RX	NO
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	
USA ANTEOJOS	SI USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/20-	2	N/A	-0.25-0.25X65	20/20	0.50
O.I:	NO APLICA	20/20-	2	N/A	N-0.25X150	20/20	0.50
A.O:	NO APLICA	20/20-	2	N/A	ADD+2.75	20/20	0.50

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: **NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

REFLEJOS

OBSERVACIÓN: **PRESENTES Y NORMALES**

COVER TEST

VISIÓN LEJANA: **NORMAL**

VISIÓN PROXIMA: **NORMAL**

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

OFTALMOSCOPÍA

OJO DERECHO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**

QUERATROMETRÍA

OJO IZQUIERDO: **K´ =**

OJO DERECHO: **K´ =**

REFRACCIÓN

OJO DERECHO	AV VL 20/
OJO IZQUIERDO	AV VL 20/

RX FINAL

OJO IZQUIERDO	AV VL 20/	AV VP 20/	ADD
OJO DERECHO	AV VL 20/	AV VP 20/	ADD

VISIÓN COLOR

OJO DERECHO: **NORMAL 14/14**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL 14/14**

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H521	MIOPIA	DERECHO	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
H522	ASTIGMATISMO	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
H524	PRESBICIA	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE

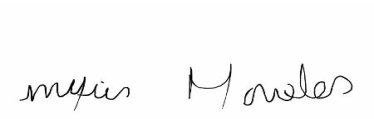
USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN PRÓXIMA

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN LEJANA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

SI CORRIGE CON LENTES

OPTOMETRA



Firma:

Nombre: MORALES RODRIGUEZ ELASMIRIS LAUDITH

R. M.: 00495 **L.S.O.:**

Código de Seguridad

H703N3T46460

PACIENTE



Firma:

Nombre: UNIGARRO BRAVO JUDITH DEL CONSUELO

CC: 41673993

Santa Clara
I.P.S Ocupacional
NIT. 900.207.684-2
REPS:7600107047-01
Calle 23AN # 2N 75 - Cali, Colombia
Cel. 3183482110 - 3183482110 - 3146301564 - 3152788102
Tel. (602) 6682828 - E-mail. pqrs@santaclara.com.co
www.ipsocupacionalsantaclara.com



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES — **Atención N°: 38801**

Fecha: 25/01/2023 **Ciudad:** CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)
Tipo Exámen: INGRESO **Eps:** NUEVA EPS
CC: 41673993 **Nombre:** UNIGARRO BRAVO JUDITH DEL CONSUELO **Edad:** 66 AÑOS 2 MESES 15 DÍAS **Genero:** FEMENINO
Fecha Nacimiento: 09/11/1956 **Empresa:** PARTICULARES **Ocupacion:** INSTRUCTORA

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
NO REPORTA	NO REPORTA	NINGUNA	NO APLICA	0	0

ANTECEDENTES FAMILIARES

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
OTITIS	NO REFIERE	HIPOACUSIA SUBJETIVA	NO REFIERE
TRAUMA	NO REFIERE	ACÚFENOS	NO REFIERE
CIRUGÍA	NO REFIERE	OTROS	
INGESTA OTOTÓXICOS	NO REFIERE		

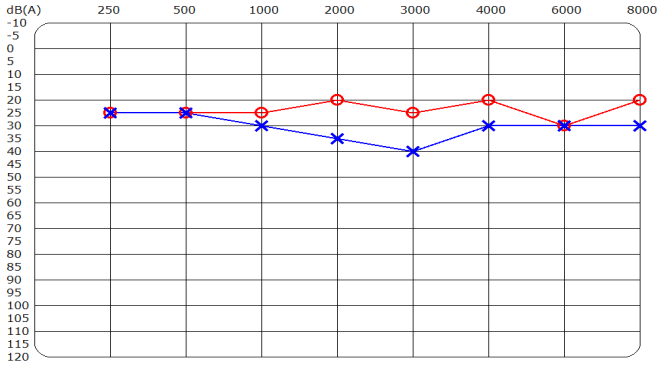
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	NO REFIERE
MOTO	NO REFIERE	AUDÍFONOS	NO REFIERE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas) : 0 Hora(s) **Realizó re test:** NO **Uso Cabina Sonoamortiguada:** SI
Marca y Referencia audiometró utilizado: AUDIOMETRO INVENTIS **F. Ultima Calibración:** 2021-11-17

O : Vía aérea del OD
X : Vía aérea del OI
< : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI)
> : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)



OTOSCOPIA

Oído derecho: NORMAL
Oído izquierdo: NORMAL

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD	25	25	25	20	25	20	30	20
VAOI	25	25	30	35	40	30	30	30

SEVERIDAD - CAOHC

Oído derecho: <25 dB Audición normal **Oído izquierdo:** 26-40 dB Hipoacusia leve

Código	Nombre del Diagnóstico	Oido	Origen	Tipo
H918	OTRAS HIPOACUSIAS ESPECIFICADAS	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN SEIS MESES	
EXAMENES AUDIOLÓGICOS COMPLEMENTARIOS	

Observaciones

AUDICIÓN FUNCIONAL EN OD CON DESCENSO LEVE EN LA FRECUENCIA 6000HZ E HIPOACUSIA DE GRADO LEVE EN OI

FONOAUDIÓLOGO

Firma:
Nombre: CABRERA CAICEDO DIANA MARCELA
R. M.: 1143869407 **L.S.O.:**

Código de Seguridad
D703J2P38801

TRABAJADOR

Firma:
Nombre: UNIGARRO BRAVO JUDITH DEL CONSUELO
CC 41673993

Hace constar:

Que el Sr(a) JUDITH DEL CONSUELO UNIGARRO BRAVO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 41673993 realizó el día 17/02/2023 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, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo JUDITH DEL CONSUELO UNIGARRO BRAVO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 41673993 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 -

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora JUDITH DEL CONSUELO UNIGARRO BRAVO, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 41673993, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 04/02/2023 y fecha fin de contrato 26/12/2023 con riesgo 1.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301012128259.

Esta certificación se expide a los 05 días del mes de Febrero de 2023.

Cordialmente

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

MIS 4_1_3_FR15 v_04

Impreso por Internet el 05/02/2023 10:49:22 a. m.
ISCDC: 05/02/2023 10:49:22 a. m.

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **24/01/2023**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora JUDITH DEL CONSUELO UNIGARRO BRAVO** con **Cédula de Ciudadanía** número **41673993**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**009270254171**
Fecha de apertura	**28/02/2001**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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:
CALI	CALI	45	45-46-101017524	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
30	01	2023	01	02	2023	00:00	30	11	2023	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		IDENTIFICACIÓN:	
UNIGARRO BRAVO JUDITH DEL CONSUELO		C.C. :41,673,993	
DIRECCIÓN:	CIUDAD:		TELÉFONO:
CR 85 11 74 UN 12 TO 10 AP 419	BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL		3105787259

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN:	
SENA REGIONAL DISTRITO CAPITAL CENTRO GESTION DE MERCADOS LOGISTICA Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION		NIT. :899,999,034-1	
DIRECCIÓN:	CIUDAD:		TELÉFONO:
CALLE 52 NO. 13-65	BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL		6015941301
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.4510203 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA IMPARTIRFORMACIÓN SEGÚN PROGRAMACIÓN ESTABLECIDA POR EL CENTRO, EN LOSDIFERENTES NIVELES DE FORMACIÓN PARA EL ÁREA DE COMPLEMENTARIAVIRTUAL.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	01/02/2023	30/11/2023	$ 2,458,098.00

ACLARACIONES:

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	$ 2,458,098.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
JC ASESORES DE SEGUROS LTDA	164219	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 CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45 - TELÉFONO: 6672954 - CALI

45-46-101017524
FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

FIRMA TOMADOR

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. 45-46-101017524, 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 CALI, a los 30 días del mes de Enero de 2023



FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

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