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 SERVICIOS FINANCIEROS- BTÁ D.C

Código Regional	**11**
Código Centro	**940510**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**80642-539957**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: HERY ORLANDO CUBILLOS CARVAJAL
Correo electrónico contratista: hery990@hotmail.com
C.C. 19.448.132 **IP/Nº de contacto** 7528619
Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** SI **Es Pensionado?** NO
Banco al cual consignar: DAVIVIENDA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO
Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** CORRIENTE **Nº Cuenta** 0560455960004675
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: 4571898/2023 **Nº Compromiso SIIF** 28523

Valor Total del Contrato	$ 42.315.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 42.315.000	**1**	**Del**	**08/02/2023**	**Al**	**28/02/2023**	**$ 4.095.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 38.220.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)
INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES CON PLENA AUTONOMÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA, PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN DE COMPETENCIAS TÉCNICAS EN EL PROGRAMA DE ARTICULACION CON LA EDUCACION MEDIA, MODALIDAD PRESENCIAL, EN LA RED DE CONOCI

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.095.000		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.095.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.714.625**		**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	----------	**N/A**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.638.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 204.800	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 262.100	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.600	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 1.023.750	$ -	
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	$ 904.875	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.714.625,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.628.100,00	
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	35.047,00	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	**$4.059.953,00**	

SON: CUATRO MILLONES CINCUENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Generacion de las pruebas de Induccion: Seguridad y Salud En el Trabajo y Manual de Discapacidad y su política en el SENA,
Verificación de docuentos e inscripción de aspirantes nuevos en la plataforma Sofia Plus de acuerdo con la programación de la coordina ción de articulación con la media (80 horas), de acompañamiento y (80 horas de procesos administrativos para un total de (160 horas).
Aplicar y velar por el cumplimiento adecuado del manual de articulación con la media en las IE asignadas por la coordinación.
Afiliación y pago a la seguridad social EPS, (Compensar), Pensión (Colpensiones) y ARL (Positiva).

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.

HERY ORLANDO CUBILLOS CARVAJAL
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,

HECTOR GONZALO ROMERO REY
INSTRUCTOR

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

MIREYA PARRA PINTO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) HERY ORLANDO CUBILLOS CARVAJAL identificado(a) con Cedula Ciudadania 19448132, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20210512	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 17 días del mes de Febrero de 2.023

Observaciones:

Con destino a:
SENA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
21191607

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14744801212

(415)7707212489984(8020) 000001474480121 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 9 4 4 8 1 3 2	7	Impuestos de Bogotá 3 2	

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	19448132	1 9 7 9 1 1 0 5

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
CUBILLOS	CARVAJAL	HERY	ORLANDO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 6 B 80 B 85 BL 16 AP 562

42. Correo electrónico: HERY990@HOTMAIL.COM

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 4 1	2 0 2 1 0 1 0 1	8 5 4 2	2 0 2 1 0 1 0 1		4 7 6 1			

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 03 - 01 / 22 : 16: 31

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre CUBILLOS CARVAJAL HERY ORLANDO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Salud Ocupacional Los Andes

SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LTDA.
Código Prestador: 11001653703
Nit: 830029102-0
Dirección: Carrera 62 N° 12-58 Int. 5
Telefono: 4320260
Email: conceptos@soandes.co

Fecha de Impresión: 2021-12-31
Hora de Impresión: 11:09:30

Datos del Paciente

Identificación: 19448132
Paciente: CUBILLOS CARVAJAL HERY ORLANDO
Fecha Nac: 1961-02-03
Sede: ZONA INDUSTRIAL
Edad: 60 años
Teléfono:
Nombre del Cargo:INSTRUCTOR

Nro de Ingreso: 800630
Fecha de Ingreso: 2021-12-31
Fecha toma: 2021-12-31
Fecha Res: 2021-12-31
Origen:PARTICULARES
Destino:

Dirección:130 12 69 CLL 6 B 80 B 85 BLOQUE 16 APTO 562



HEMOGRAMA III	Resultado	Referencia	Unidad	Observaciones	Profesional
RECUENTO GLOBULOS ROJOS	6.0	4,00-5,50	x10^6/mm^3		JULIETH MARCELA
HEMOGLOBINA	16.9	12-17,4	g/dl		
HEMATOCRITO	52.33	36-52	%		
V.C.M	87	76-96	fl		
H.C.M	28.1	27-32	pg		
C.C.M.H	32.3	30-35	g/dl		
RDW	15.4	12-14,5	%		
RECUENTO DE LEUCOCITOS	6250	5000-10000	/mm^3		
NEUTROFILOS	69.0	50-75	%		
LINFOCITOS	27.4	25-40	%		
CELULAS MEDIAS (Monicitos, Eosinofilos, Basofilos)	3.6	3,0-10	%		
RECUENTO DE PLAQUETAS	272000	150000-450000	/mm^3		
TÉCNICA	.	IMPEDANCIA			

GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA-GLICEMIA	Resultado	Referencia	Unidad	Observaciones	Profesional
GLUCOSA EN SUERO	97	70 a 100	mg/dl		JULIETH MARCELA
TÉCNICA: ESPECTROFOTOMETRIA	.	.			

PERFIL LIPIDICO	Resultado	Referencia	Unidad	Observaciones	Profesional
COLESTEROL TOTAL	167	Optimo: Menor de 200 Límite alto: 200-239 Alto: Mayor a 240	mg/dl		JULIETH MARCELA
TRIGLICERIDOS	78	Normal: Menor de 150 Levemente elevado: 150-199 Elevado: 200-499	mg/dl		
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL] INMUNOLÓGICO DIRECTO	49	Bajo: Menor de 40 Normal: 40 a 59 Alto: Mayor o igual 60	mg/dl		
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] INMUNOLÓGICO DIRECTO	102	Optimo: Menor de 100 Cercano al óptimo: 100-129 Limite alto: 130-159 Alto: 160-189 Muy alto: Mayor o igual a 190	mg/dl		
COLESTEROL MUY BAJA DENSIDAD VLDL	15	2,0-30,0	mg/dl		
TÉCNICA	.	ESPECTROFOTOMETRIA			

Profesional: JULIETH MARCELA MAYORGA RODRIGUEZ

C.C : 52108941 REGISTRO PROFESIONAL: N/A

LICENCIA PROFESIONAL: N/A

FIRMA DEL TRABAJADOR

C.C : 19448132

Optometria

SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LTDA.
Código Prestador: 11001653703
Nit: 830029102-0
Dirección: Carrera 62 N° 12-58 Int. 5
Telefono: 4320260
Email: conceptos@soandes.co SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

Información General

No. ingreso 800630	**Fecha Impresión** 2021-12-31	**Empresa Contratante**	PARTICULARES-BOGOTÁ, D.C.
Nombre	HERY ORLANDO CUBILLOS CARVAJAL	**Empresa a Laborar**	
Cargo	INSTRUCTOR	**Tipo de Examen**	PRE - INGRESO
CC	19448132	**Sede**	ZONA INDUSTRIAL
Fecha Ingreso	2021-12-31 07:48:13	**Fecha Salida**	2021-12-31 09:56:00
Fecha Nac.	1961-02-03	**Edad**	60 años
Estado civil	Union Libre	**Escolaridad**	Universitario
Genero	Masculino	**N° hijos**	1
Raza	Blanco	**Estrato**	3



Examen

OPTOMETRIA 890207

Antecedentes Quirúrgicos

☐ Refractiva ☐ Catarata ☐ Pterigion Otra: Observación: NIEGA

Corrección Visual

Corrección Visual: SI ☑ Permanente ☐ Lejos ☐ Cerca
☐ Descanso ☐ Lente de contacto Último Examen: De 0 a 6 meses Observaciones:

Antecedentes Personales

Glaucoma: NO	Descripción: NO REFIERE	Cataratas: NO	Descripción: NO REFIERE
Rinitis: NO	Descripción: NO REFIERE	Trauma Ocular: NO	Descripción: NO REFIERE
Patología Visual: NO	Descripción: NO REFIERE	Hipertension: NO	Descripción: NO
Diabetes: NO	Descripción: NO REFIERE	Alteración Tiroides: NO	Descripción: NO REFIERE

Antecedentes Laborales

☐ Iluminación Inadecuada ☐ Cambios Temperatura ☑ Usuario Computador ☐ Mala ventilación
☐ Radiación Ultravioleta ☐ Gases o Humos Toxicos Otros Antecedentes:

Sintomas

☐ Fotofobia ☐ Lagrimeo ☐ Ardor ☐ Cansancio
☐ Dolor ☐ Secreción ☐ Ojo Rojo ☐ Visión Borrosa
☐ Visión Doble ☑ Mala Visión Cercana ☑ Mala Visión Lejana ☐ Cefalea
☐ Caspa en pestañas Otros Sintomas:

Examen Externo

Parpados: NORMAL	Descripción: SIN HALLAZGOS	Conjuntivas: NORMAL	Descripción: SIN HALLAZGOS
Escleras: NORMAL	Descripción: SIN HALLAZGOS	Pupilas: NORMAL	Descripción: SIN HALLAZGOS
Cómea: NORMAL	Descripción: SIN HALLAZGOS	Observaciones:	

Lensometría

Ojo Derecho : +0.50-1.00*0 ADD 2.75

Ojo Izquierdo : +0.50-1.00*0 ADD 2.75

Agudeza Visual

VISIÓN LEJANA			
	Sin Corrección	Con Corrección	PH
Ojo Derecho	20/20		
Ojo Izquierdo	20/20		
Ambos Ojos	20/20		

Observaciones :

VISIÓN CERCANA		
	Sin Corrección	Con Corrección
Ojo Derecho	20/200	20/20
Ojo Izquierdo	20/200	20/20
Ambos Ojos	20/200	20/20

Observaciones :

Visión Cromática Estereopsis

Normal

Cromática (Test Ishihara) : NORMAL

Profundidad (Test de Fly) : 25 seg arco

Observaciones : NO REFIERE

Anormal

Cromática (Test Ishihara) :

Profundidad (Test de Fly) : Seleccione

Motilidad Ocular

Punto Próximo Convergencia (cm) : 9

Cover Test Lejos : EXOFORIA

Cover Test Cerca : EXOFORIA

Ofalmoscopia

Ojo Derecho : Fondo de ojo aparentemente normal,Examen sin dilatación

Ojo Izquierdo : Fondo de ojo aparentemente normal,Examen sin dilatación

Retinoscopia

Ojo Derecho : N-0.50*0

Ojo Izquierdo : N-0.50*0

Queratometría

Ojo Derecho : NO

Ojo Izquierdo : NO

Estado de Corrección

Anormal_corregido

Diagnóstico

Diagnóstico Principal : ASTIGMATISMO	H522	Diagnóstico Relacionado 1 : PRESBICIA	H524
Diagnóstico Relacionado 2 :		Diagnóstico Relacionado 3 :	
Diagnóstico Relacionado 4 :		Observaciones Diagnóstico :	

Corrección Óptica Final

O.D : N-0.50*0	ADD+ : 3.00	AV : 20/20	Distancia Pupilar : 60/62
O.I : N-0.50*0	ADD+ : 3.00	AV : 20/20	Corrección Óptica Final : Cerca

Recomendaciones

☐ Usar corrección visual para trabajar	☑ Uso de filtro antirreflejo para video terminales	☑ Uso de lentes de protección solar	☐ Elementos de Protección individual Visual
☑ Pausas Activas Visuales	☑ Uso de corrección óptica para visión proxima	☐ Uso de corrección óptica de descanso	☐ Uso permanente de corrección óptica
☑ Lubricante Ocular	Observaciones : - USO DE CORRECCION VISION PROXIMA - USO DE FILTRO ULTRAVIOLETA Y/O		

ANTIRREFLEJO - REALIZAR DESCANSOS O PAUSAS ACTIVAS VISUALES - USO DE LUBRICANTE OCULAR (LAGRIMAS ARTIFICIALES) - CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA

Remisiones

☐ Valoración Oftalmologica ☐ Topografía Corneal ☐ Tratamiento Ortoptica ☐ Test de Farnsworth

☐ Realizar Prueba Ambulatoria Otras Remisiones : Observación : NO REFIERE

Controles

Anual

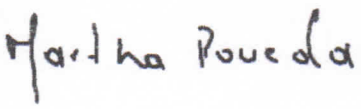
Resultado

Resultado : Normal

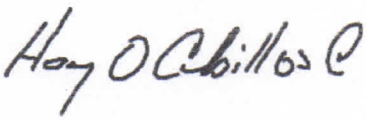
Descripción de la observación general : - USO DE CORRECCION VISION PROXIMA - USO DE FILTRO ULTRAVIOLETA Y/O ANTIRREFLEJO - REALIZAR DESCANSOS O PAUSAS ACTIVAS VISUALES - USO DE LUBRICANTE OCULAR (LAGRIMAS ARTIFICIALES) - CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA

Consentimiento informado del trabajador

En calidad de paciente previamente informado (a) de forma libre y voluntaria autorizo al profesional de la salud quien firma abajo a realizar los exámenes ocupacionales. Y acepto que estos datos sean empleados para fines estrictamente citados en materia de salud ocupacional mediante la recolección, recaudo, almacenamiento, uso, circulación, procesamiento, actualización y disposición de los datos suministrados e incorporados en las bases de datos de Salud Ocupacional de los Andes Ltda. Además certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de los mismos es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.



Profesional ocupacional: MARTHA FABIOLA POVEDA FARFAN
CC: 52307009
Registro médico: 52307009
Licencia N°: 12517 DE 16-10-13



Firma del trabajador: HERY ORLANDO CUBILLOS CARVAJAL
CC: 19448132

Audiometría

SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LTDA.
Código Prestador: 11001653703
Nit: 830029102-0
Dirección: Carrera 62 N° 12-58 Int. 5
Telefono: 4320260
Email: conceptos@soandes.co SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

Información General

No. ingreso 800630	**Fecha Impresión** 2021-12-31	**Empresa Contratante**	PARTICULARES-BOGOTÁ, D.C.
Nombre	HERY ORLANDO CUBILLOS CARVAJAL	**Empresa a Laborar**	
Cargo	INSTRUCTOR	**Tipo de Examen**	PRE - INGRESO
CC	19448132	**Sede**	ZONA INDUSTRIAL
Fecha Ingreso	2021-12-31 07:48:13	**Fecha Salida**	2021-12-31 09:56:00
Fecha Nac.	1961-02-03	**Edad**	60 años
Estado civil	Union Libre	**Escolaridad**	Universitario
Genero	Masculino	**N° hijos**	1
Raza	Blanco	**Estrato**	3



Examen

AUDIOMETRIA DE TONOS PUROS AEREOS Y OSEOS CON ENMASCARAMIENTO [AUDIOMETRIA TONAL]	954107

Otologicos

Otitis: NO	Descripción: NO REFIERE	Otalgia: NO	Descripción: NO REFIERE
Vértigo: NO	Descripción: NO REFIERE	Acúfenos: NO	Descripción: NO REFIERE
Otorrea: NO	Descripción: NO REFIERE	Otorragia: NO	Descripción: NO REFIERE
Prurito: NO	Descripción: NO REFIERE	Sensación de Oido Tapado: NO	Descripción: NO REFIERE
Tinnitus: NO	Descripción: NO REFIERE	Trastorno Auditivo: NO	Descripción: NO REFIERE
Reposo Auditivo: SI	Descripción: NO REFIERE	¿Usa ayuda auditiva?: NO	Descripción: NO REFIERE
Otros Otologicos: NIEGA			

Patológicos

Sinusitis: NO	Descripción: NO REFIERE	Rinitis: NO	Descripción: NO REFIERE
Hipertension Arterial: NO	Descripción: NO REFIERE	Diabetes: NO	Descripción: NO REFIERE
Parotiditis: NO	Descripción: NO REFIERE	Sarampión: SI	Descripción: DE NIÑO
Rubeola: NO	Descripción: NO REFIERE	Alteración de Tiroides: NO	Descripción: NO REFIERE
Varicela: NO	Descripción: NO REFIERE	Otros Patológicos: NO REFIERE	

Traumáticos

Trauma Craneoencefálico: NO	Descripción: NO REFIERE	Trauma Directo: NO	Descripción: NO REFIERE
Trauma Acústico: NO	Descripción: NO REFIERE	Otros Traumáticos: NO	Descripción: NO REFIERE

Quirúrgicos

Cirugía Oído: NO	Descripción: NO REFIERE	Cirugía Garganta: NO	Descripción: NO REFIERE
Cirugía Nariz: NO	Descripción: NO REFIERE	Cirugía Cabeza y Cuello: NO	Descripción: NO REFIERE
Timpanoplastia: NO	Descripción: NO REFIERE	Otros Quirúrgicos: NIEGA	

Tóxicos y Fármacos

Medicamentos Ototoxicos: NO	Descripción: NO REFIERE	Fármacos: NO	Descripción: NO REFIERE
Tóxicos Industriales: NO	Descripción: NO REFIERE	Observaciones: N IEGA	

Antecedentes Laborales

Última Audiometria Realizada: De 6 meses a 1 año

Resultado: Normal

Exposición a Ruido: NO

Elementos de Protección Auditiva: NO

Observaciones: SIN EXPOSICION A RUIDO LABORAL REFIERE

Antecedentes Extralaborales

Tejo: No Practica
Descripción: NO REFIERE
Polígono: No Practica
Descripción: NO REFIERE
Musica Alto Volumen: NO
Descripción: NO REFIERE
¿Usa Audífonos?: NO
Descripción: NO REFIERE
Conduce moto: NO
Servicio Militar: NO
Exposición Ruido: NO
¿Cual?: NO REFIERE
Otros Extralaborales: NO REFIERE

Examen Fisico

OIDO DERECHO

Pabellon Auricular: Normal
Descripción: SIN HALLAZGOS
Conductos Auditivos: Normal
Descripción: SIN HALLAZGOS
Membrana Timpánica: Normal
Descripción: SIN HALLAZGOS
Otro: SIN HALLAZGOS

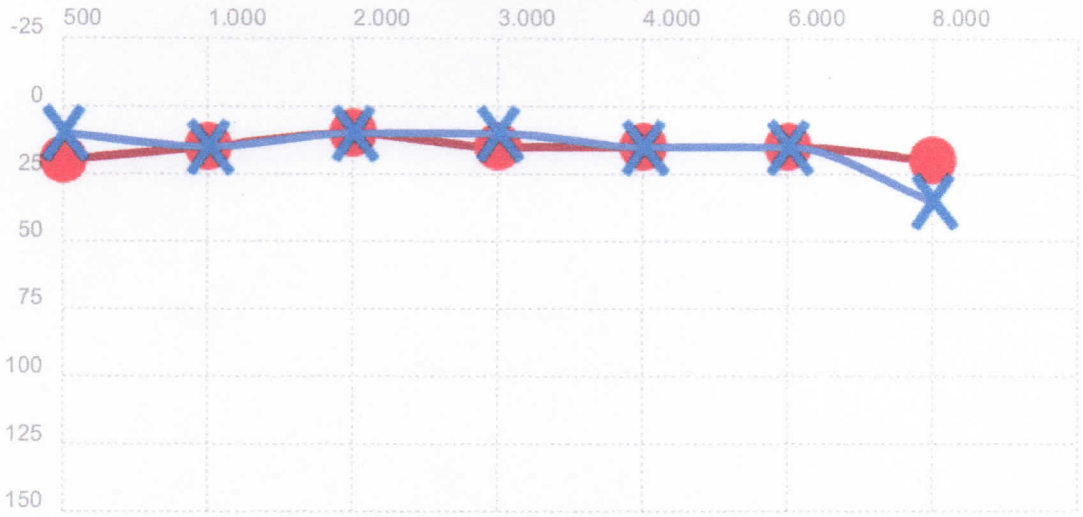
OIDO IZQUIERDO

Pabellon Auricular: Normal
Descripción: SIN HALLAZGOS
Conductos Auditivos: Normal
Descripción: SIN HALLAZGOS
Membrana Timpánica: Normal
Descripción: SIN HALLAZGOS
Otro: SIN HALLAZGOS

Gráfica Aérea

Frecuencias

OD	OI
500	500
20	10
1000	1000
15	15
2000	2000
10	10
3000	3000
15	10
4000	4000
15	15
6000	6000
15	15
8000	8000
20	35
PTA OD	**PTA OI**
15	11.25



Audiograma

Audiograma anterior

500: 1000: 2000: 3000: 4000: 6000: 8000:
OD
OI

Audiograma diferencia

500: 1000: 2000: 3000: 4000: 6000: 8000:
OD
OI

Audiograma Externa

Audiograma Externa

500: 1000: 2000: 3000: 4000: 6000: 8000:
OD
OI

Audiograma diferencia Externa

500: 1000: 2000: 3000: 4000: 6000: 8000:
OD
OI

Audiograma Diferencia

Audiometria Previa:

Cambio Significativo: NO

Observaciones: NO REQUIERE

Impresión Diagnostica

Diagnóstico Principal: OTRAS PERCEPCIONES AUDITIVAS ANORMALES
CIE-10: H932
Diagnóstico Interno: Disminución Leve Unilateral
Descripción del GATI-SO: O.D AUDICION NORMAL O.I DESCENSO LEVE F, 8000HZ
Diagnóstico Oido Izquierdo: O.I DESCENSO LEVE F, 8000HZ
Diagnóstico Oido Derecho: O.D AUDICION NORMAL

Recomendaciones

- [ ] Remisión ORL
- [ ] Rotar Diadema Telefónica
- [x] Control Según PVE
- [x] Pausa Auditiva
- [ ] Conducir con Ventanas Cerradas
- [ ] Certificado de ganancia auditiva
- [ ] Limpieza Oido Derecho
- [ ] Limpieza Oido Izquierdo
- [ ] Pruebas Complementarias
- [ ] Uso de Protección Auditivo
- [ ] Limpieza de Oido Bilateral
- [x] Reposo Auditivo Extralaboral
- [ ] Audiometria Confirmatoria

Recomendaciones: NO REFIERE
Observaciones: NINGUNA

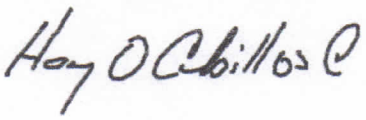
Equipo Calibración

Equipo Calibración:
Serie Equipo:
Fecha Calibración:
Resultado: Anormal
Descripcion por confirmatoria:
NINGUNA

Consentimiento informado del trabajador

En calidad de paciente previamente informado (a) de forma libre y voluntaria autorizo al profesional de la salud quien firma abajo a realizar los exámenes ocupacionales. Y acepto que estos datos sean empleados para fines estrictamente citados en materia de salud ocupacional mediante la recolección, recaudo, almacenamiento, uso, circulación, procesamiento, actualización y disposición de los datos suministrados e incorporados en las bases de datos de Salud Ocupacional de los Andes Ltda. Además certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de los mismos es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.





Profesional ocupacional: GLADYS MILLAN HERRERA
CC: 51951045
Registro médico: 51951045
Licencia N°: 10011 de 07/07/2021

Firma del trabajador: HERY ORLANDO CUBILLOS CARVAJAL
CC: 19448132

Salud Ocupacional
Los Andes

Certificado Médico Ocupacional

Código Prestador: 110010653703
NIT: 830029102
Dirección: CARRERA 62 N. 12-58 BODEGA 1,2,3,4 Y 5
Telefono: 4320260
Correo Electrónico: conceptos@soandes.co

SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

INFORMACIÓN GENERAL

Ciudad: BOGOTA
No. Ingreso: 85449
Nombre: HERY ORLANDO CUBILLOS CARVAJAL
Cargo: INSTRUCTOR
CC: 19448132
Sede: Zona Industrial

Fecha y hora de ingreso: 2023-01-24 10:59
Fecha y hora de salida: 2023-01-24 12:16
Empresa Convenio: Particular
Empresa Contratante: Particular
Tipo de Examen: Pre Ingreso
Empresa en misión: Particular



El presente CONCEPTO DE APTITUD LABORAL se definió a partir de la evaluación médica ocupacional y/o los siguientes exámenes practicados:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Paraclínicos	Resultado
Consulta De Primera Vez Por Especialista En Medicina Del Trabajo - Pre Ingreso	Realizado

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Apto para desempeñar el cargo

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL REALIZADA CON ENFASIS ESPECÍFICO EN

Osteomuscular: Realizado

CONCLUSIÓN OCUPACIONAL

De acuerdo al examen médico realizado a la fecha:
EXAMEN MEDICO LABORAL
SE REALIZA EXAMEN CON TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD.

RECOMENDACIONES MÉDICAS

NINGUNA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

- Auditiva - Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido y reposo auditivo extralaboral.
- Osteomuscular - pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- Control periódico ocupacional.
- Uso de elementos de protección personal de acuerdo al cargo.

RECOMENDACIONES DE HABITOS SALUDABLES

- Actividad física regular de 150 minutos semanales, repartidos en 3 sesiones a la semana.
- Control médico integral en programas de promoción y prevención en su EPS/ARL según grupo etáreo y de riesgo a través de la EPS / ARL.
- Adoptar y mantener hábitos nutricionales saludables y de control de peso.
- Solicitar en su EPS valoración integral y control nutricional.
- Uso de EPP según exposición a factores de riesgo específicos.

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

USO DE CORRECCION OPTICA VISION CERCANA

RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES ESPECÍFICAS

NINGUNA

OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS EMPRESA

Salud Ocupacional
Los Andes

Certificado Médico Ocupacional

Código Prestador: 110010653703
NIT: 830029102
Dirección: CARRERA 62 N. 12-58 BODEGA 1,2,3,4 Y 5
Telefono: 4320260
Correo Electrónico: conceptos@soandes.co

SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

INCLUIR EN PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE ACUERDO A LOS RIESGOS LABORALES PRIORITARIOS PARA EL CARGO DEFINIDOS EN LA MATRIZ DE RIESGOS DE LA EMPRESA. EL TRABAJADOR ACTUALMENTE CON CONDICION DE SALUD QUE SE CATALOGUE COMO DE ALTO RIESGO PARA COMPLICACIONES POR COVID-19 Y SE CLASIFICA COMO PERSONA VULNERABLE DE ACUERDO A LA CIRCULAR 030 DEL 8 DE MAYO DE 2020, Y CIRCULAR 016 DEL 1 DE ABRIL DE 2022.

SE EMITEN LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA RES. 350 DE 01 DE MARZO 2022: SEGUIR MEDIDAS DE DISTANCIAMIENTO SOCIAL,LAVADO DE MANOS CADA 3 HORAS POR 20 SEG. COMO MINIMO. INCLUIR SVE CARDIOVASCULAR

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS AL TRABAJADOR

- Continuar o adoptar hábitos y estilos de vida saludable.
- Control de promoción y prevención en su EPS/ARL.

EL MÉDICO EVALUADOR CERTIFICA QUE COMUNICÓ AL ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR INSCRITO LAS RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES ANOTADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO Y VERIFICÓ QUE EL MISMO ENTIENDE Y ACEPTA LAS MISMAS

CERTIFICO QUE EN MI CALIDAD DE ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR HE RECIBIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI CONDICIÓN ACTUAL DE SALUD BASADO EN LA EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL QUE ME FUE PRACTICADA A LA FECHA, ASÍ MISMO DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO AL MEDICO EVALUADOR ES VERIDICA Y PUEDE SER CONFIRMADA. ENTIENDO Y ACEPTO EL PRESENTE CONCEPTO



Profesional: EDWIN SUAREZ FERNANDEZ
CC: 88250572
Reg. Médico: 955 27/03/2009
Licencia Ocupacional: 023541-04122015

Paciente: HERY ORLANDO CUBILLOS CARVAJAL
CC: 19448132

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) HERY ORLANDO CUBILLOS CARVAJAL Identificado(a) con cédula de ciudadanía 19448132 realizó el día 21/02/2023 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 HERY ORLANDO CUBILLOS CARVAJAL Identificado(a) con cédula de ciudadanía 19448132 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

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) HERY ORLANDO CUBILLOS CARVAJAL Identificado(a) con cédula de ciudadanía 19448132 el día 21/02/2023 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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

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 **HERY ORLANDO CUBILLOS CARVAJAL** con **CC** No. **19448132**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
Contratante: NI 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	**Fecha de última cobertura:** 02/02/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 01/02/2023 **Fecha fin de Contrato:** 10/12/2023 **Clase de Riesgo:** 1 **Cargo :** CONTRATISTA **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): 202301012517870.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 17 días del mes de febrero de 2023.

Cordialmente

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_06

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **17/02/2023**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
SENA

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor HERY ORLANDO CUBILLOS CARVAJAL** con **Cédula de Ciudadanía** número **19448132**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA CORRIENTE

Número	**455960004675**
Fecha de apertura	**27/10/2009**

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:
BOGOTA, D.C.	NORTE	15	15-46-101031409	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
07	02	2023	07	02	2023	00:00	12	04	2024	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	CUBILLOS CARVAJAL HERY ORLANDO			IDENTIFICACIÓN:	C.C. :19,448,132
DIRECCIÓN:	CALLE 6 B 80 B 85 BLOQUE 16 APTO 562	CIUDAD:	BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO:	3174349190

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS			IDENTIFICACION:	NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN:	KR 13 N. 65-10	CIUDAD:	BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO:	6015461600
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.4571898 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES CON PLENA AUTONOMIA TECNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA, PARA ORIENTAR LA FORMACION DE COMPETENCIAS TECNICAS EN EL PROGRAMA DE ARTICULACION CON LA EDUCACION MEDIA, MODALIDAD PRESENCIAL, EN LA RED DE CONOCIMIENTO DEGESTION ADMINISTRATIVA Y SERVICIOS FINANCIEROS EN EL AREA TEMATICA DE SERVICIOS COMERCIALES Y FINANCIEROS GARANTIZANDO EL CUMPLIMIENTO DEL PROCESO FORMATIVO DE LOS APRENDICES DEL CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS ATENDIENDO LOS LINEAMIENTOS DE LA FORMACION INTEGRAL.ASEGURADO/BENEFICIARIO SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS KR 13 N. 65-10.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	07/02/2023	12/04/2024	$ 4,231,500.00

ACLARACIONES:

VALOR PRIMA NETA:	GATOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
$ 22,931.25	$ 8,000.00	$ 5,876.94	$ 36,808.19	$ 4,231,500.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
MV ASESORES DE SEGUROS LTDA	143784	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 CARRERA 7 80-28 - TELÉFONO: 2121808 - BOGOTA, D.C.

15-46-101031409

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

DLF143784C

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

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

Hacemos constar, que la póliza No. 15-46-101031409, 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 BOGOTA, D.C., a los 7 días del mes de febrero de 2023



FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: **RECIBO DE PAGO N°:** 15461010314090

FECHA	
CONTADO	
RECIBIMOS DE:	CUBILLOS CARVAJAL HERY ORLANDO — C.C. C.C. :19,448,132
LA SUMA DE:	TREINTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS OCHO CON DIECINUEVE CENTAVOS PESOS M/CTE
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 15-46-101031409

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
NORTE - CU. ESTATAL - 101031409 - 0 - 0	$ 22,931.25	$ 8,000.00	$ 5,876.94	$ 36,808.19

FORMA DE PAGO

EFECTIVO:	$ 36,808.19
CHEQUE:	$ 0.00
TARJETA:	$ 0.00
BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO: MV ASESORES DE SEGUROS LTDA - 143784 — **OTROS:**	$ 0.00
TOTAL:	$ 36,808.19
CAJERO: RAPIESTADO	

ORIGINAL

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: **RECIBO DE PAGO N°:** 15461010314090

FECHA	
CONTADO	
RECIBIMOS DE:	CUBILLOS CARVAJAL HERY ORLANDO — C.C. C.C. :19,448,132
LA SUMA DE:	TREINTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS OCHO CON DIECINUEVE CENTAVOS PESOS M/CTE
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 15-46-101031409

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
NORTE - CU. ESTATAL - 101031409 - 0 - 0	$ 22,931.25	$ 8,000.00	$ 5,876.94	$ 36,808.19

FORMA DE PAGO

EFECTIVO:	$ 36,808.19
CHEQUE:	$ 0.00
TARJETA:	$ 0.00
BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO: MV ASESORES DE SEGUROS LTDA - 143784 — **OTROS:**	$ 0.00
TOTAL:	$ 36,808.19
CAJERO: RAPIESTADO	

COPIA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.15-46-101031409

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 OCASIONENCON POSTERIORIDAD A LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, Y QUE SE DERIVEN DE LA DEFICIENTE CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO.

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

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

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

2. EXCLUSIONES.

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

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

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

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

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

3. SUMA ASEGURADA.

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

4. VIGENCIA.

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

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

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

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

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

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

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

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

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

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

6. COMPENSACIÓN.

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

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

8. PLAZO PARA EL PAGO.

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

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

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

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

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

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

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

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

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

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

13. COASEGURO

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **HERY ORLANDO CUBILLOS CARVAJAL** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **19448132,** se encuentra afiliado/a desde **12/05/1981** 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 25 de febrero de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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.