SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL CAQUETÁ**
**CENTRO TECNOLÓGICO DE LA AMAZONÍA-CAQUETÁ**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **18** |
| **Código Centro** | **951610** |
| **Fecha Elaboración** | **Mayo de 2023** |
| **Versión** | **ENERO 2023 - 1,23** |
| **ID de Proceso** | **60350-905899** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | DIOSELINA CHAVARRO VALLEJO | **C.C.** | 1.117.515.166 | **IP/Nº de contacto** | 83030 |
| **Correo electrónico contratista:** | dchavarro66@misena.edu.co | | | | |

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

**Banco al cual consignar:** BANCOLOMBIA **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** 46600023144

**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:** 4959399/2023 **Nº Compromiso SIIF** **72123**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 28.735.000 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 28.735.000 | **1** | **Del** | **16/05/2023** | **Al** | **31/05/2023** | **$ 2.052.500,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 26.682.500 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:**
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar los servicios profesionales de carácter temporal, en actividades de Instructor del área de Institucional de Pedagogía - Comunicación, impartiendo Formación Profesional Integral, la administración educativa y el seguimiento en la etapa productiva; en las diferentes áreas del conocimiento de la formación Titulada Presencial, y Complementaria y a Distancia en los programas regular que

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 2.052.500 | | 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** | **$ 2.052.500** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 1.132.913** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | Mayo | Abril |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **4498187197** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.160.000 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 145.000 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 185.600 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 6.100 | $ 0 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 513.125 | $ - | |
| 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 | $ 205.250 | |
| Salud hasta $ 678.592 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 2.792.123 | $ 377.638 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 1.132.913,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 1.721.900,00 | |
| 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 | 10.331,00 | 0,600% |
| - | 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** | **$2.042.169,00** | |

**SON: DOS MILLONES CUARENTA Y DOS MIL CIENTO SESENTA Y NUEVE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartí formación profesional desarrollando la competencia definida en los programas de formación titulada ficha:2560961, 2613992 2696477,2498759,2754662.
Participe activamente en los equipos de Desarrollo curricular interdisciplinarios por programas o conjunto de programas .
Preste mis servicios como instructor, de acuerdo con las normas legales y reglamentarias y de conformidad con la exigencia.
Presente los documentos, los informes, los formatos que le fueran necesarios , requeridos o exigidos.
Realice el proceso de certificación de seguiridad y salud en el trabajo.
Coloque todo mi talento y capacidad intelectual para el efectivo cumplimiento de mis obligaciones como contratista.
NACIÓN ANEXO INFORME MENSUAL DE LAS ACTIVIDADES DEL MES DE_mayo: 16 al 31 de mayo 2023
MUNICIPIO DONDE PRESTE LOS SERVICIOS FLORENCIA Y DONCELLO

**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.

**DIOSELINA CHAVARRO VALLEJO**
**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,

**ALBA LUZ MENDEZ ROJAS**
**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**

**DANNY LÓPEZ SEGURA**
**DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO**

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **DIOSELINA CHAVARRO VALLEJO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1117515166,** se encuentra afiliado/a desde **02/06/2009** 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 09 de mayo de 2023.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**Rosa Mercedes Nino Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

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

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14893797215

(415)7707212489984(8020) 000001489379721 5

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 1 1 7 5 1 5 1 6 6 | 0 | Impuestos y Aduanas de Florencia 2 8 | |

## 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 | 1 1 1 7 5 1 5 1 6 6 | 2 0 0 8 1 1 0 7 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Caquetá 1 8 | Florencia 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CHAVARRO | VALLEJO | DIOSELINA | |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Caquetá 1 8 | Florencia 0 0 1 |

41. Dirección principal: BRR CABAÑAS MG 17

42. Correo electrónico: diositachavarrov22@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 4 3 7 4 7 7 6 | |

## 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 3 0 2 1 4 | 8 5 4 2 | 2 0 2 3 0 2 1 4 | | | | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

### Obligados aduaneros

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

### 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 2023 - 02 - 14 / 16 : 21: 04

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 CHAVARRO VALLEJO DIOSELINA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1117515166 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | DIOSELINA CHAVARRO VALLEJO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | FLORENCIA | DEPARTAMENTO: | CAQUETA |
| DIRECCIÓN: | KRR 14 11-38 B/ LAS TORRES | TELÉFONO: | 4444444 |
| 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: | | **4498187197** | | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | mayo AÑO | 2023 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES mayo AÑO 2023 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2023/05/09 | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9994253504 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 262.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 262.400 | $ 0 | $ 262.400 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 262.400** | **$ 0** | **$ 262.400** |

**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 |
| ESSC62 | ESSC62-ASMET SALUD EPS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 205.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 205.000 | $ 0 | $ 0 | $ 205.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 205.000** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 205.000** |

**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 | $ 8.600 | $ 8.600 | $ 0 | $ 0 | $ 8.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 8.600** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 8.600** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | CCF | | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1117515166 | CHAVARRO VALLEJO DIOSELINA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.640.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.640.000 | $ 262.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 262.400 | ESSC62-ASMET SALUD EPS | 30 | $ 1.640.000 | $ 205.000 | $ 0 | $ 205.000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.640.000 | 111751516 | $ 8.600 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 476.000** |

Florencia,08 de mayo de 2023

Señor
Danny López Segura
Director Regional con funciones de subdirector de centro
SENA- Regional Caquetá

**Asunto:** Presentación Oferta de Servicios Personales

De manera atenta me permito presentar a su consideración la oferta de prestación de servicios personales en los siguientes términos:

**Objeto**: *Prestar los servicios profesionales de carácter temporal, en actividades de Instructor del área de* ***Institucional de Pedagogía - Comunicación****, impartiendo Formación Profesional Integral, la administración educativa y el seguimiento en la etapa productiva; en las diferentes áreas del conocimiento de la formación Titulada Presencial, y Complementaria y a Distancia en los programas regular que imparte el Centro Tecnológico de la Amazonia.*

**Valor y forma de pago:** *Se fija como valor total para el contrato la suma de* ***VEINTIOCHO MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y CINCO MIL PESOS ($28.735.000).*** *Esta suma será pagada por el SENA al contratista de la siguiente manera: a) Un primer pago en el mes de mayo de 2023 por valor de* ***DOS MILLONES CINCUENTA Y DOS MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE. ($2.052.500) M/CTE,*** *b) Seis pagos iguales por los meses de junio a noviembre de 2023 por valor de* ***CUATRO MILLONES CIENTO CINCO MIL PESOS M/CTE. ($4.105.000) M/CTE.*** *cada uno, c) Un último pago en el mes de diciembre de 2023 por valor de* ***DOS MILLONES CINCUENTA Y DOS MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE. ($2.052.000) M/CTE.***

Obrando en nombre propio, expreso mi voluntad de prestar el servicio en el plazo, forma y términos requeridos y bajo la **gravedad de juramento** manifiesto que no estoy incurso en ninguna de las inhabilidades e incompatibilidades contenidas en la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007 y disposiciones complementarias. De igual manera manifiesto, que la información registrada y entregada para el futuro proceso de contratación, es auténtica y corresponde a mi experiencia laboral, profesional y académica, así mismo autorizo a la entidad para procesar, solicitar, divulgar, corroborar y obtener de cualquier fuente que realice las consultas, toda la información y referencias relativas a mi persona ante las entidades correspondientes y a cualquier otra entidad que maneje base de datos, conforme a la Ley 1581 de 2012.

Manifiesto que he leído los documentos que soportan la futura contratación (estudios previos y análisis del sector), encontrándome habilitado(a) conforme al perfil que se requiere y hago la siguiente declaración:

**DECLARACIÓN BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO**

**RÉGIMEN DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES**

Marque con una equis (X) la opción que corresponda:

# CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

(No válido para traslado de EPS, uso de servicios médicos, ni para pago de prestaciones económicas)

Asmet Salud EPS SAS se permite informar que a la fecha, el (la) afiliado(a) DIOSELINA CHAVARRO VALLEJO identificado(a) con CC 1117515166 se encuentra vinculado(a) al Sistema General de Seguridad Social en Salud por intermedio de Asmet Salud EPS SAS con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| **Régimen de afiliación actual:** | CONTRIBUTIVO |
| **Tipo de afiliación:** | COTIZANTE |
| **Rango salarial:** | 1 |
| **Municipio afiliación:** | FLORENCIA, CAQUETA |
| **Zona:** | URBANA |
| **Estado:** | ACTIVO |

Reiteramos nuestra entera disposición para colaborar frente a cualquier inquietud que pueda presentarse en la línea gratuita: 01 8000 913 876 o en el chat virtual de nuestra página WEB www.asmetsalud.org.co. Se firma y se expide en la ciudad de Popayán a los 11 días del mes de mayo de 2023, a solicitud del interesado.

Cordialmente,

Operaciones Nacional

ASMET SALUD EPS SAS

Toda certificación generada es almacenada en base de datos para su verificación, la modificación parcial o total de este documento puede incurrir en un delito.

**Fecha:**11/05/2023 20:44:11 **IP:**167.0.1.18 - EB0C6FEFC42A928FA5FA518148AE38FC4DD2708E

# Certificado de Aptitud Laboral
## Ingreso



**Fecha:** 05/Ene/2022, **Hora:** 07:50:00 a.m.
**Apellido:** CHAVARRO VALLEJO **Nombre:** DIOSELINA
**Tipo Doc:** CC **Nro Identidad:** 1117515166
**Empresa:** Particular
**Emp. Usuaria:** SENA
**Cargo:** INSTRUCTORA
**Lugar:**
**Direccion:** MZ G CASA 17 BARRIO CABAÑAS VIA SENA
**Telefono:** **Celular:** 3222279406 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
**Ciudad:** .:: No Aplica ::.
**Peso:** 50 Kg **Estatura:** 161 Cm **IMC:** 19.2 **Escolaridad:** Especialista **Jornada Laboral:** DIURNA
**EPS:** ASMET SALUD **ARL:** POSITIVA **AFP:** COLPENSIONES

**HC:** # 29034
**Edad:** 31 años
**Sexo:** Femenino ♀
**Nacim:** 22/Oct/1990

**Rh:** O-

.

### Examenes Realizados

Audiometria Clinica, Colesterol Total, Examen medico ocupacional con enfasis cardiovascular, Examen medico ocupacional con enfasis musculo esqueletico, Examen medico ocupacional con enfasis psicometrico, Glicemia, Trigliceridos, Valoracion Psicologica, Visiometria

### Recomendaciones Especificas

Uso de Elementos de Proteccion Personal, Estilo De Vida Saludable, Osteomusculares: Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas., Incluir en el sistema de vigilancia Epidemiologico Riesgo Cardiovascular

### Concepto

Apto sin restricciones, Apto Con Patologia Que No Impide Su Capacidad Laboral

### Recomendaciones Personalizadas

Se recomienda realizar actividad física como ejercicio cardiovascular (trotar, correr, nadar, montar bicicleta o asistir al gimnasio) 3 veces a la semana por espacio de 30 minutos como mínimo, realizar estiramiento y higiene postural en su lugar de trabajo al iniciar y terminar su labor.Se recomienda toma de laboratorios con ayuno adecuado y descartar hiperglicemia.

### Observaciones

Se realiza encuesta previamente al paciente, valoración médica ocupacional con elementos de bioseguridad, acorde a protocolo de Covid 19 del ministerio de salud. No cursa con ninguna comorbilidad para Covid 19.

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud labora, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa

Jorge Andres Bolivar G.
Med. Especialista Medicina de Trabajo
Universidad del Rosario
Reg. Med. Esp. 123

**Jorge Andres Bolívar Gomez Medico**
Médico Esp. en Medicina del Trabajo
**Registro #:** Reg. Med. Esp. 123

DIOSELINA CHAVARRO VALLEJO
CC 1117515166

Huella Digital

# Resultados
# Laboratorios



**Fecha:** 05/Ene/2022, **Hora:** 07:50:00 a.m.
**Apellido:** CHAVARRO VALLEJO **Nombre:** DIOSELINA **HC:** # 29034
**Tipo Doc:** CC **Nro Identidad:** 1117515166 **Edad:** 31 años
**Empresa:** Particular **Sexo:** Femenino ♀
**Emp. Usuaria:** SENA **Nacim:** 22/Oct/1990
**Cargo:** INSTRUCTORA **Rh:** O-
**Lugar:**
**Direccion:** MZ G CASA 17 BARRIO CABAÑAS VIA SENA
**Telefono:** **Celular:** 3222279406 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
**Ciudad:** .:: No Aplica ::.
**Peso:** 50 Kg **Estatura:** 161 Cm **IMC:** 19.2 **Escolaridad:** Especialista **Jornada Laboral:** DIURNA
**EPS:** ASMET SALUD **ARL:** POSITIVA **AFP:** COLPENSIONES

.

| EXAMEN | RESULTADO | VALORES DE REFERENCIA |
|---|---|---|
| **Valoracion Psicologica** | | |
| Valoracion Psicologica | **Apto** | |
| **Colesterol Total** | | |
| Colesterol Total | **218** mg/dl | Valores de Referencia:<br>Óptimo: Hasta 200 mg/dl<br>Moderado: 200 - 239 mg/dl<br>Elevado: > 240 mg/dl |
| **Glicemia** | | |
| Glicemia Basal | **130** mg/dl | 70 a 110 mg/dl |
| **Trigliceridos** | | |
| Trigliceridos Serico | **155.3** mg/dl | Valores de Referencia:<br>Hombres: 40 - 160 mg/dl<br>Mujeres: 35 - 135 mg/dl |

Melissa Acevedo S.
BACTERIÓLOGA
C.C. 1103098919

**MELISSA KAROLINA ACEVEDO SOLARZANO**
BACTERIOLOGA
**Registro #:** 1103098919

DIOSELINA CHAVARRO VALLEJO
CC 1117515166

Huella Digital

# Audiometria Clinica



**Fecha:** 05/Ene/2022, **Hora:** 07:50:00 a.m. **HC:** # 29034
**Apellido:** CHAVARRO VALLEJO **Nombre:** DIOSELINA **Edad:** 31 años
**Tipo Doc:** CC **Nro Identidad:** 1117515166 **Sexo:** Femenino ♀
**Lugar:**
**Direccion:** MZ G CASA 17 BARRIO CABAÑAS VIA SENA
**Telefono:** **Celular:** 3222279406 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
**Ciudad:** .:: No Aplica ::.
**Peso:** 50 Kg **Estatura:** 161 Cm **IMC:** 19.2 **Escolaridad:** Especialista **Jornada Laboral:** DIURNA
**EPS:** ASMET SALUD **ARL:** POSITIVA **AFP:** COLPENSIONES

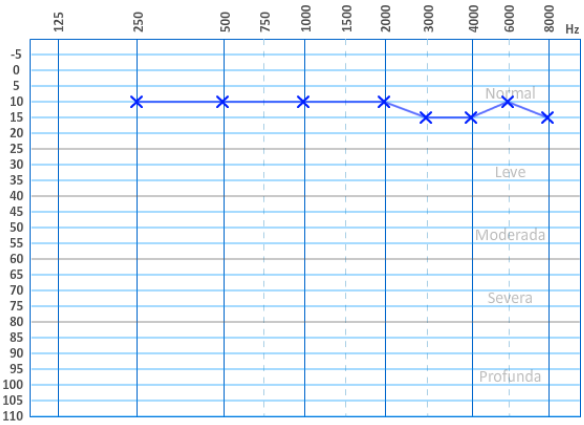
.

| Antecedentes | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Personales** | **Si/No** | **OI/OD** | **Personales** | **Si/No** | **Tiempo** | **Uso EPP** |
| Cirugia | No | Ninguno | Practica de tiro | No | | No |
| Otalgia | No | Ninguno | Presto el servicio militar | No | | No |
| Otorrea | No | Ninguno | Musica a alto volumen | No | | No |
| Prurito | No | Ninguno | Audífonos / Diademas | No | | No |
| Acufeno | No | Ninguno | Uso de motocicleta | No | | No |
| Vertigo | No | Ninguno | Actividades Acuaticas | No | | No |
| Consumo medicinas Ototoxicas | No | Ninguno | Frecuencia sitios ruidosos | No | | No |
| Consumo del cigarrillo | No | Ninguno | | | | |
| Trabajo con Exposicion | No | Ninguno | | | | |

**OTOSCOPIA**

**Oido Derecho** Normal **Oido Izquierdo** Normal

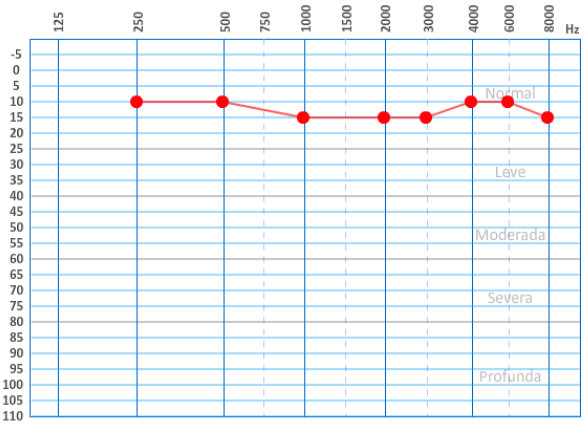
**OIDO IZQUIERDO**




Via Aerea **11.88** Via Osea **0**
Via Aerea **11.25** Via Osea **0**

| | 250 Hz | 500 Hz | 1000 Hz | 2000 Hz | 3000 Hz | 4000 Hz | 6000 Hz | 8000 Hz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Via Aerea | 10 | 10 | 10 | 10 | 15 | 15 | 10 | 15 |
| Via Osea | | | | | | | | |

**OIDO DERECHO**




Via Aerea **12.5** Via Osea **0**
Via Aerea **13.75** Via Osea **0**

| | 250 Hz | 500 Hz | 1000 Hz | 2000 Hz | 3000 Hz | 4000 Hz | 6000 Hz | 8000 Hz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Via Aerea | 10 | 10 | 15 | 15 | 15 | 10 | 10 | 15 |
| Via Osea | | | | | | | | |

**Diagnostico Audiologico:**

umbral auditivo en parámetros de normalidad a nivel bilateral.

**Recomendaciones:**

Control auditivo periódicamente.

correos: laboremos1431@yahoo.com - recepcionlaboremos@gmail.com
telefonos: 3118891942 - 3053828732

**JORGE ENRIQUE HURTADO MORENO**
FONOAUDILOGO

DIOSELINA CHAVARRO VALLEJO
CC 1117515166

Huella
Digital

# Visiometria



**Fecha:** 05/Ene/2022, **Hora:** 07:50:00 a.m. **HC:** # 29034
**Apellido:** CHAVARRO VALLEJO **Nombre:** DIOSELINA **Edad:** 31 años
**Tipo Doc:** CC **Nro Identidad:** 1117515166 **Sexo:** Femenino ♀
**Lugar:**
**Direccion:** MZ G CASA 17 BARRIO CABAÑAS VIA SENA
**Telefono:** **Celular:** 3222279406 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
**Ciudad:** .:: No Aplica ::.
**Peso:** 50 Kg **Estatura:** 161 Cm **IMC:** 19.2 **Escolaridad:** Especialista **Jornada Laboral:** DIURNA
**EPS:** ASMET SALUD **ARL:** POSITIVA **AFP:** COLPENSIONES

.

Antiguedad en la Empresa Antiguedad en el Cargo

| Antecedentes | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Personales** | | **Familiares** | | **Laborales** | |
| Hipertension Arterial | No | Hipertension Arterial | No | | No |
| Diabetes | No | Diabetes | No | | No |
| Hipercolesterolemia | No | Glaucoma | No | | No |
| Glaucoma | No | Cataratas | No | | No |
| Migraña | No | Miopía | No | | No |
| Cataratas | No | Astigmatismo | No | | No |
| Cirugías Oculares | No | Hipermetropía | No | | No |
| Traumas Oculares | No | | | | |
| Cuerpos Extraños | No | | | | |
| Hipermetropía | No | | | | |
| Astigmatismo | No | | | | |
| Miopía | No | | | | |

| Correccion | |
|---|---|
| Usa Lentes | No |
| Cerca | No |
| De Contacto | No |
| Lejos | No |
| Bifocales | No |

| Evaluacion | | | |
|---|---|---|---|
| **Agudeza Visual** | **Cerca** | **Lejos** | **Con Correccion** |
| O.D. | 20/20 | 20/20 | |
| O.I. | 20/20 | 20/20 | |
| A.O. | 20/20 | 20/20 | |

| Examen Externo | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Percepcion del Color** | | | **Convergencia** | | |
| Percepcion Anormal | No | | Lejos | No | |
| | | | Cerca | No | |

| **Interpretacion** | **Lejos** | | **Cerca** | |
|---|---|---|---|---|
| | **Derecho** | **Izquierdo** | **Derecho** | **Izquierdo** |
| Agudeza Visual Normal | X | X | X | X |

**Patologia de Refraccion**

Adecuadamente Corregida

Inadecuadamente Corregida

No Corregida

| Interpretacion | Normal | Anormal |
|---|---|---|
| Vision de Profundidad | X | |
| Percepcion de Colores | X | |
| Forias | X | |
| Vision Periferica | X | |

**Concepto**

Cumple actualmente requerimiento ocupacional: Si X No

**Recomentaciones**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Debe usar correccion para laborar | Si<br>No X | Valoracion por Optometria | Si<br>No X | Valoracion por Oftalmologia | Si<br>No X | Se recomienda control de Visiometria | en 12 Meses |

**Conducta** Control visual anual

Jorge Andres Bolivar G.
Med. Especialista en Medicina de Trabajo
Universidad del Rosario
Reg. Med. Esp. 123

**Jorge Andres Bolívar Gomez Medico**
Médico Esp. en Medicina del Trabajo
**Registro #:** Reg. Med. Esp. 123

DIOSELINA CHAVARRO VALLEJO
CC 1117515166

Huella
Digital

Laboremos
Seguridad, salud y ambiente
Medicina Laboral y Salud Ocupacional

# CERTIFICADO PSICOSOCIAL

**Fecha:** **05/01/2022**

**Nombre del Paciente:** **DIOSELINA CHAVARRO VALLEJO**

**CC. 1.117.515.166** **Entidad:** Particular **Edad 31**

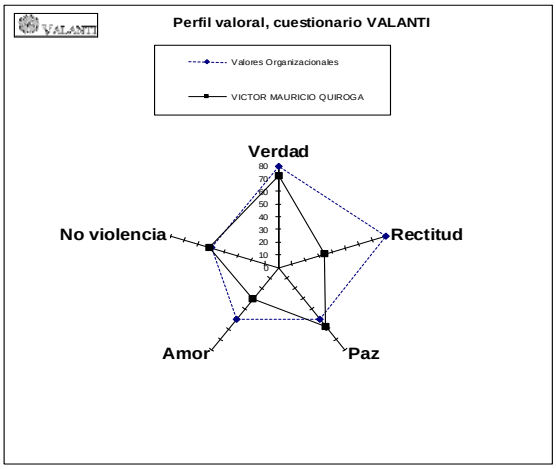
**Profesión:** INSTRUCTORA **Estado Civil:** SOLTERA

| | |
|---|---|
| Nombre: | DIOSELINA CHAVARRO |
| Edad: | 31 |
| Sexo: | F |
| Cargo: | INSTRUCTORA |
| Estudios | PROFESIONAL |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 0 | 3 | 6 | 3 | 0 |
| 2 | 0 | 3 | 7 | 3 | 0 |
| 3 | 3 | 0 | 8 | 0 | 3 |
| 4 | 1 | 2 | 9 | 3 | 0 |
| 5 | 3 | 0 | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 10 | 0 | 3 | 21 | 0 | 3 |
| 11 | 0 | 3 | 22 | 3 | 0 |
| 12 | 3 | 0 | 23 | 0 | 3 |
| 13 | 0 | 3 | 24 | 2 | 1 |
| 14 | 2 | 1 | 25 | 0 | 3 |
| 15 | 1 | 2 | 26 | 3 | 0 |
| 16 | 2 | 1 | 27 | 3 | 0 |
| 17 | 0 | 3 | 28 | 3 | 0 |
| 18 | 0 | 3 | 29 | 0 | 3 |
| 19 | 3 | 2 | 30 | 3 | 0 |
| 20 | 2 | 1 | | | |

| Valor | Verdad | Rectitud | Paz | Amor | No violencia |
|---|---|---|---|---|---|
| Promedio Normas nacionales, 1997 (n=730) | 15,65 | 21,05 | 17,35 | 16,68 | 21,22 |
| Desviación Standar Normas nacionales, 1997 (n=730) | 4,70 | 4,44 | 6,61 | 5,41 | 7,39 |
| Puntajes directos | 26 | 14 | 22 | 6 | 22 |
| Valores Organizacionales | 80 | 80 | 50 | 50 | 50 |
| DIOSELINA CHAVARRO VALLEJ | 72 | 34 | 57 | 30 | 51 |
| Interpretación del puntaje estándar | Alto | Promedio Bajo | Promedio Alto | Bajo | Promedio |
| | ****** | *** | ***** | ** | **** |
| Distancia con la Organización | -8 | -46 | 7 | -20 | 1 |




Resalta la parte intelectual de sus valores, dándole muy buena prioridad a cualidades como veracidad, raciocinio, curiosidad y honestidad intelectual.

La valoración de la paz es más alta que lo normal. Resalta la parte emocional de sus valores, dándole buena prioridad a cualidades como calma, concentración, paciencia, reflexión, satisfacción, y silencio interior.

Bajo impacto en su vida del valor amor. La parte intuitiva de sus valores es ignorada, importándole poco cualidades como amabilidad, amistad, ayuda, apoyo, compartir, compasión, cuidado, perdón, simpatía y tolerancia.

.

Consuelo Losada Cruz
PSICOLOGA
T.P. 132032 - REG. 2706

**Firma del Psicólogo**

**Reg. 132032**

# Laboratorio Clínico
# CEDIM IPS GLORIA PATRICIA PINZÓN
# Código Sede 180010760403

50006618



Orden No : 50006618
Paciente : DIOSELINA CHAVARRO VALLEJO
Identificación : 1117515166
Convenio : LABOREMOS
Servicio : CONSULTA EXTERNA

Fecha recepción Muestra : 20/01/2023 10:12:21
Fecha 1ra. Impresión :
Edad/Sexo : 32 / F
Telefono : 0

## HEMATOLOGIA

20/01/2023 11:34:03

HEMOGRAMA

| ANALISIS | RESULTADO | UNIDADES | VALORES DE REFERENCIA | FECHA VALIDACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| Recuento de Leucocitos | **7.66** | x10e3/uL | 4.0 - 11.0 | |
| % Neutrofilos | **65.6** | % | 55.0 - 70.0 | |
| % Linfocitos | **25.0** | % | 25.0 - 45.0 | |
| % Monocitos | **6.7** | % | 4.4 - 10.0 | |
| % Eosinofilos | **2.3** | % | 1.5 - 6.0 | |
| % Basofilos | **0.4** | % | 0.0 - 1.7 | |
| % LIC | **0.2** | % | - | |
| # Neutrofilos | **5.02** | x10e3/uL | 2.2 - 7.7 | |
| # Linfocitos | **1.92** | x10e3/uL | 1.00 - 4.95 | |
| # Monocitos | **0.51** | x10e3/uL | 0.18 - 1.1 | |
| # Eosinofilos | **0.18** | x10e3/uL | 0.06 - 0.66 | |
| # Basofilos | **0.03** | x10e3/uL | 0.0 - 0.19 | |
| # LIC | **0.01** | x10e3/uL | - | |
| Recuento de Eritrocitos | **4.36** | x10e6/uL | 4.06 - 4.69 | |
| Hemoglobina | **11.7** | g/dL | 12.0 - 15.0 | |
| Hematocrito | **36.4** | % | 36.0 - 45.0 | |
| Volumen Corpuscular Medio | **83.5** | fL | 81.1 - 96.0 | |
| HB Corpuscular Media | **26.9** | pg | 27.0 - 31.2 | |
| Concentración HB Corpuscular Media | **32.2** | g/dL | 31.8 - 35.4 | |
| Ancho Distribución Eritrocitaria (IDE-CV) | **14.7** | % | 11.5 15.5 | |
| Recuento de Plaquetas | **362** | x10e3/uL | 150 - 450 | |
| Volumen Plaquetario Medio | **9.8** | fL | 6.90 - 10.6 | |
| Indice de Distribución Plaquetario (IDP) | **14.3** | um3 | - | |
| Plaquetocrito (PCT) | **0.354** | % | 0.15 - 0.50 | |

ALEXON FERNANDEZ
BACTERIOLOGO
1117486378

*"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"*

**Laboratorio Clínico**
**CEDIM IPS GLORIA PATRICIA PINZÓN**
**Código Sede 180010760403**

50006618



| | | | |
|---|---|---|---|
| **PACIENTE** | : DIOSELINA CHAVARRO VALLEJO | **EDAD/SEXO** | : 32 A / F |
| **ORDEN** | : 50006618 | **FECHA INGRESO** | : 2023-01-20 10:10:09 |
| **HISTORIA** | : 1117515166 | **FECHA IMPRESIÓN** | : 2023-01-20 14:27:23. |
| **MEDICO** | : MEDICOS VARIOS | **CONVENIO** | : LABOREMOS |

| ANALISIS | RESULTADO | UNIDADES | VALORES DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| **QUIMICA** | | | |
| **GLICEMIA** | 80.2 | mg/dl | 60 - 110 |

Observaciones

ALEXON FERNANDEZ
BACTERIOLOGO
1117486378
20/01/2023 11:34:12

*"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"*

Jhonathan Orlando Barrera Arciniegas

lun, 8 may, 10:08 (hace 3 días)

para mi

Exámenes completos

Ingreso sin restricciones

Feliz día


**Jhonathan Orlando Barrera Arciniegas**
Médico, Medicina Preventiva
jobarrera@sena.edu.co
Cra 14 # 5b-60 barrio Juan XXIII
Florencia-Caquetá

@SENAcomunica www.sena.edu.co

## Hace constar:

Que el Sr(a) JUDITH MORENO CASTRO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 40757195 realizó el día 23/03/2019 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 MORENO CASTRO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 40757195 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 -

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

# COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 12/05/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

## DATOS DE LA EMPRESA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Tipo documento:** | NI | **Número de documento:** | 899999034 | **Cédula Usuario:** | CC 40777507 |
| **Nombre:** | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA | | | | |
| **Dirección:** | CLL 57 8-64 | | | | |
| **Departamento:** | BOGOTA D.C. | | **Municipio:** | BOGOTA D.C. | |
| **Correo electrónico:** | ACCIDENTALIDADSST@SENA.EDU.CO | | | | |
| **Teléfono:** | 5978250 | | **Tarifa:** | 0.522 | |
| **Actividad Económica:** | 1855101 FORMACION ACADEMICA NO FORMAL, INCLUYE LA EDUCACION QUE SE OFRECE CON EL OBJETO DE COMPLEMENTAR, ACTUALIZAR, SUPLIR CONOCIMIENTOS Y FORMAR ACADEMICAMENTE A TRAVES DE CURSOS CON PROGRAMAS QUE TIENEN UN CARACTER ORGANIZADO Y CONTINUO, AUNQUE NO ESTEN SUJETOS AL SISTEMA DE NIVELES Y GRADOS ESTABLECIDOS EN LA EDUCACION FORMAL | | | | |

## DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

| Cédula Usuario | Nombres y Apellidos del Usuario |
|---|---|
| CC 40777507 | MARLE QUINTANA CHILITO |

## DATOS AFILIADOS RADICADOS

| | Radicado | Cobertura | Documento | Nombre Trabajador | Riesgo | Tarifa | Tipo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 764 | 16/05/2023 | CC 1117515166 | CHAVARRO VALLEJO DIOSELINA | 1 | 0.522 | **Independiente** |

## OBSERVACIONES

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

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

FF1D23372F07EB858D988AB6F25C2288 Certificado impreso el día 5/12/2023 6:29:26 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

## EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

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

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

**DIOSELINA**
**CHAVARRO VALLEJO**
1117515166

**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**
899999034

Este carné es personal e intransferible.

# Certificación Bancaria

Bancolombia

Viernes, 5 de mayo de 2023

**Señores:**
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **DIOSELINA CHAVARRO VALLEJO** identificado(a) con cc. **1117515166** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| Cuenta de ahorro | 466-000231-44 | 2018/12/28 | Activa |

*Importante: Esta constancia sólo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto país 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario
VIGILADO Superintendencia Financiera de Colombia

Dorian Gutiérrez Correa
Gerente Corresponsales Bancarios y Autoservicios

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: |
|---|---|---|---|---|
| NEIVA | AGENCIA MANDATARIA - NEIVA | 61 | 61-46-101021549 | 0 |

| FECHA EXPEDICIÓN: | | | VIGENCIA DESDE: | | | A LAS: | VIGENCIA HASTA: | | | A LAS: | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DÍA: | MES: | AÑO: | DÍA: | MES: | AÑO: | HORAS: | DÍA: | MES: | AÑO: | HORAS: | TIPO MOVIMIENTO: |
| 15 | 05 | 2023 | 16 | 05 | 2023 | 00:00 | 15 | 04 | 2024 | 23:59 | EMISIÓN ORIGINAL |

### DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | | IDENTIFICACIÓN: | |
|---|---|---|---|
| CHAVARRO VALLEJO DIOSELINA | | | C.C. :1,117,515,166 |
| DIRECCIÓN: | CIUDAD: | | TELÉFONO: |
| CRA 14 N 11 38 BARRIO CABAÑAS | FLORENCIA - CAQUETA | | 3222279406 |

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

| ASEGURADO/BENEFICIARIO: | | IDENTIFICACIÓN: | |
|---|---|---|---|
| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE REGIONAL CAQUETA | | | NIT. :899,999,034-1 |
| DIRECCIÓN: | CIUDAD: | | TELÉFONO: |
| KM 3 VIA AEROPESTO | FLORENCIA - CAQUETA | | 4374787 |
| 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.4959399 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, EN ACTIVIDADES DE INSTRUCTORDEL ÁREA DE INSTITUCIONAL DE PEDAGOGÍA - COMUNICACIÓN, IMPARTIENDO FORMACIÓNPROFESIONAL INTEGRAL, LA ADMINISTRACIÓN EDUCATIVA Y EL SEGUIMIENTO EN LA ETAPAPRODUCTIVA EN LAS DIFERENTES ÁREAS DEL CONOCIMIENTO DE LA FORMACIÓN TITULADAPRESENCIAL, Y COMPLEMENTARIA Y A DISTANCIA EN LOS PROGRAMAS REGULAR QUE IMPARTE ELCENTRO TECNOLÓGICO DE LA AMAZONIA

### AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

| AMPAROS: | VIGENCIA DESDE: | VIGENCIA HASTA: | SUMA ASEG/ACTUAL: |
|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 16/05/2023 | 15/04/2024 | $ 2,873,500.00 |

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 | $ 2,873,500.00 | CONTADO |

| INTERMEDIARIO | | | DISTRIBUCIÓN COASEGURO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: | CLAVE: | % PART: | NOMBRE COMPAÑÍA: | % PART: | VALOR ASEGURADO: |
| LEALI SEGUROS ZOMAC LT | 194651 | 100,00 | | | |

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

PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CRA. 4 NO. 11 - 29 LOCAL 101 - TELÉFONO: 8721717 - NEIVA

61-46-101021549
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. 61-46-101021549, 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 NEIVA, a los 15 días del mes de Mayo 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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**

**RECIBO DE CAJA No.**
**13984510**

**Nit. 860009578-6**

| EXPEDIDO EN | SUCURSAL | CODIGO | FECHA | CLAVE | NOMBRE |
|---|---|---|---|---|---|
| BOGOTA, D.C. | OFICINA PRINCIPAL | 1 | 15/05/2023 | 0 | |

**RECIBIMOS DE:** **NIT.** 1117.515.166

**LA SUMA DE:** TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE.**********

**POR CONCEPTO DE:** PAGO BOLETA RECAUDO REF. NRO. 10000046977593

| SUC-RAMO-POLIZA-ENDOSO | PRIMA | GASTO | IVA | RUNT | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|
| AGENCIA MANDATARIA - NEIVA - CU. ENTIDAD.EST.ONL - 101021549 - 0 | 20,000.00 | 8,000.00 | 5,320.00 | 0.00 | 33,320.00 |

| OTROS CONCEPTOS DE PAGO | VALOR |
|---|---|
| CUENTA PUENTE INTERSUCURSALES | -33,320.00 |
| CUENTA PUENTE INTERSUCURSALES | 33,320.00 |

**FORMA DE PAGO**

BD 100000469 1-BANCO DE BOGOTA 33,320.00

| | |
|---|---|
| **EFECTIVO:** | 0.00 |
| **CHEQUE:** | 0.00 |
| **TARJETA:** | 0.00 |
| **BD:** | 33,320.00 |
| **OTROS:** | 0.00 |

**TRANSACCION** 15414521

**TOTAL:** **33,320.00**

**CAJERO:** PAGUESTADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**

**RECIBO DE CAJA No.**
**13984510**

**7**

| EXPEDIDO EN | SUCURSAL | CODIGO | FECHA | CLAVE | NOMBRE |
|---|---|---|---|---|---|
| BOGOTA, D.C. | OFICINA PRINCIPAL | 1 | 15/05/2023 | 0 | |

**RECIBIMOS DE:** **NIT.** 1117.515.166

**LA SUMA DE:** TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE.**********

**POR CONCEPTO DE:** PAGO BOLETA RECAUDO REF. NRO. 10000046977593

| SUC-RAMO-POLIZA-ENDOSO | PRIMA | GASTO | IVA | RUNT | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|
| AGENCIA MANDATARIA - NEIVA - CU. ENTIDAD.EST.ONL - 101021549 - 0 | 20,000.00 | 8,000.00 | 5,320.00 | 0.00 | 33,320.00 |

| OTROS CONCEPTOS DE PAGO | VALOR |
|---|---|
| CUENTA PUENTE INTERSUCURSALES | -33,320.00 |
| CUENTA PUENTE INTERSUCURSALES | 33,320.00 |

**FORMA DE PAGO**

BD 100000469 1-BANCO DE BOGOTA 33,320.00

| | |
|---|---|
| **EFECTIVO:** | 0.00 |
| **CHEQUE:** | 0.00 |
| **TARJETA:** | 0.00 |
| **BD:** | 33,320.00 |
| **OTROS:** | 0.00 |

**TRANSACCION** 15414521

**TOTAL:** **33,320.00**

**CAJERO:** PAGUESTADO