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** | **Agosto de 2023** |
| **Versión** | **ENERO 2023 - 1,23** |
| **ID de Proceso** | **87620-892955** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | LILIAN ANDREA CALDERON MONGUI | **C.C.** | 1.012.339.358 | **IP/Nº de contacto** | 0 |
| **Correo electrónico contratista:** | lacalderon85@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:** BANCO CAJA SOCIAL **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

**Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000:** NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 24074379051

**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:** 5264913/2023 **Nº Compromiso SIIF** **87323**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 17.335.500 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 17.335.500 | **1** | **Del** | **02/08/2023** | **Al** | **31/08/2023** | **$ 4.095.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 13.240.500 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

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

INSTRUCTOR: Prestar servicios profesionales con plena autonomía técnica,administrativayfinanciera,para orientar la formación de programas complementarios de modalidad virtual, en la red deconocimiento Institucional de la Enseñanza de Idiomas en el área temática de Inglés,segun demanda yoferta de lapoblación que atienda la coordinación académica,garantizando el

## 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

| | Agosto | Julio |
|---|---|---|
| **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 | $ - | |

| | | TARIFA |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.714.625,00 | |
| 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

Obligación 2: Cumplir los lineamientos establecidos en la Guía Orientación Formación ambientes virtuales de aprendizaje-GFPI-G-014 vs4
Obligación 4: Se realizò el debido alistamiento de los aprendices de las fichas: 2809122 (80ap-34hr) 2814051 (80ap-46hr) 2814054 (80ap-46hr) 2814055 (80ap-46hr)
Obligación 5: Se realizo la evaluación de las evidencias de las fichas: 2809122 (80ap-34hr) 2814051 (80ap-46hr) 2814054 (80ap-46hr) 2814055 (80ap-46hr)
Obligación 7: Se registró de manera oportuna en Sofia Plus los resultados de aprendizaje de los aprendices.
Obligación 9: Se realizo el seguimiento de los aprendices activos de las fichas asignadas: 2809122 (80ap-34hr) 2814051 (80ap-46hr) 2814054 (80ap-46hr) 2814055 (80ap-46hr)
Obligación 10: Se aplica y se hace cumplir el reglamento del aprendiz.

**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.

**LILIAN ANDREA CALDERON MONGUI**
**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,

**JUAN CAMILO PULGARIN VANEGAS**
**INSTRUCTOR G08**

**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**

**C E R T I F I C A**

Que el señor(a): **PULIDO ZAMORA HAROLD ARIEL** identificado(a) con **CC** No. **1022330026** Se encuentra en la actualidad **VIGENTE** EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (P.O.S.) con el contrato No. **5294724,** con vigencia desde **21/09/2017**, el cual a la fecha **NO ESTA EN MORA;** el último pago realizado fué el **01/07/2023** por valor de **$312,400.00.**

SE ENCUENTRA CON DERECHO AL SERVICIO DE:..

| NB | Nombre de los Usuarios | Tipo y Número ID | | SC | Fec. Afilia. | Estado | Fec.Venc. | Causal Retiro |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | CALDERON MONGUI LILIAN ANDREA | CC | 1012339358 | 305 | 21/09/2017 | VIGENTE | | |

OBSERVACIONES
USUARIA LILIAN ANDREA CALDERON MONGUI CON CC 1012339358 SE ENCUENTRA ACTIVA COMO COTIZANTE INDEPENDIENTE

Se expíde en **BOGOTA** a los 28 días del mes de Julio del 2023

Firma Autorizada

Responsable Oficina **OF CALLE 13**

Esta certificacion no es valida para traslado entre E.P.S., ni para definir la multiafiliacion en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14924472453

(415)7707212489984(8020) 000001492447245 3

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 1 2 3 3 9 3 5 8 | 2 | 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 | 1 0 1 2 3 3 9 3 5 8 | 2 0 0 6 0 2 2 2 |

| 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 |
|---|---|---|---|
| CALDERON | MONGUI | LILIAN | ANDREA |

35. Razón social

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

## 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: CR 94 83 SUR 50

42. Correo electrónico: andreitap7@hotmail.com

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

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 5 6 3 0 | 2 0 1 7 1 1 2 2 | 8 5 4 1 | 2 0 1 1 0 2 0 1 | 8 5 4 2 | | | 1 |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código 4 9 | 5 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

50 - No responsable de Consumo restauran

| Obligados aduaneros | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Exportadores | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | | | | | | | | 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
| 54. Código | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 57. Modo | | | |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | | | | | | | | | | | | | 58. CPC | | | |

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

**Para uso exclusivo de la DIAN**

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

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

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

984. Nombre
985. Cargo

DOCUMENTO SIN COSTO
TRAMITE

Fecha generación documento PDF: 06-07-2023 10:39:14AM

**UNIDAD MÉDICA BOSA NOVA IPS**
NIT 901458228-7
CÓDIGO DE HABILITACIÓN S.D.S: 1100137378-01
LIC. SALUD OCUPACIONAL: RESOLUCIÓN 9782 DEL 02/07/2021
Calle 62 Sur No 87B-22 Bosa Nova -Tropezon - Bogotá D.C.
Cel. 3102802760 - Tel. 7846348 - Email. unidadmedicabosanova@gmail.com




# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 3.472

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 24 DÍA | 01 MES | 2022 AÑO | BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO |

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

| PARTICULARES | PARTICULAR |
|---|---|
| Nombre de la empresa | Empresa en misión |

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

| CALDERON MONGUI LILIAN ANDRESA | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| | FEMENINO | 34 AÑOS 0 MESES 4 DÍAS | CC | 1012339358 |
| Apellidos y Nombres | | | Tipo | Número |

Cargo
**DOCENTE**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
**APTO PARA LABORAR. CON DEFECTO FÍSICO QUE NO AFECTA LA LABOR ASIGNADA.**

Observaciones: *ESCOLIOSIS VERTICE DERECHO*

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

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| HEMOGRAMA IV | ✓ | EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR | ✓ |
| AUDIOMETRÍA | ✓ | PERFIL LIPÍDICO | ✓ |
| OPTOMETRÍA | ✓ | EXAMEN PSICOMÉTRICO | ✓ |
| GLICEMIA | ✓ | ---------- | |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO | PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | CONTROL DE PESO |
| VALORACIÓN POR EPS : ORTOPEDIA DE COLUMNA | NO ALZAR PESO MAYOR DE : 30KG | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | | HACER DEPORTE |
| | | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

VACUNACION COVID 19- 2 DOSIS ASTRAZENICA.

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

**Médico**

Firma: Dra. Julieth Garay Urbina — Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo — Res. 987 de 27 / 04 2020

Nombre: GARAY URBINA JULIETH ANDREA

**Aspirante o Trabajador**

Firma: Andrea

Nombre: CALDERON MONGUI LILIAN ANDREA






Escaneado con CamScanner

**UNIDAD MÉDICA BOSA NOVA IPS**
NIT 901458228-7
CÓDIGO DE HABILITACIÓN S.D.S: 1100137378-01
LIC. SALUD OCUPACIONAL: RESOLUCIÓN 9782 DEL 02/07/2021
Calle 62 Sur No 87B-22 Bosa Nova - Tropezon - Bogotá D.C.
Cel. 3102802760 - Tel. 7846348 - Email. unidadmedicabosanova@gmail.com

Código de Seguridad
S895Y33E8981



## DATOS PERSONALES

Orden de Servicio N°: 8981

Municipio: BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Fecha y Hora: lunes, 24 de enero de 2022 08:03:08 a.m.

Nombres y Apellidos: CALDERON MONGUI LILIAN ANDREA CC: 1012339358 Género: FEMENINO

F. Nacimiento: 20/01/1988 Edad: 34 AÑOS 0 MESES 4 DÍAS Entidad: PARTICULARES

**PERFIL LIPÍDICO**

| | | |
|---|---|---|
| **COLESTEROL TOTAL:** | 103.0mg/dl | **VALOR DE REF NIÑOS:**<br>**ACONSEJABLE**: menor de 170.0mg/dl<br>**RIESGO MODERADO:** 170.0-199.0mg/dl<br>**RIESGO ALTO**: mayor o igual 200mg/dl<br>**VALOR DE REFERENCIA ADULTOS:**<br>**ACONSEJABLE:** menor de 200.0mg/dl<br>**RIESGO MODERADO**.200.0-239.0mg/dl<br>**RIESGO ALTO** :mayor o igual 240.0mg/dl |

*TÉCNICA COLORIMÉTRICA*

| | | |
|---|---|---|
| **COLESTEROL LDL:** | 65.0mg/dl | **VALOR DE REFERENCIA:**<br>**ÓPTIMO:** < 100.0 mg/dl<br>**CASI ÓPTIMO:** 100.0-129.0mg/dl<br>**MODERADO:** 130.0-159.0 mg/dl<br>**ELEVADO** :160.0189.0mg/dl<br>**MUY ELEVADO:** > 190.0mg/dl |

*TÉCNICA ENZIMÁTICA*

| | | |
|---|---|---|
| **COLESTEROL HDL:** | 48.0mg/dl | **VALOR DE REFERENCIA**: 40-60 mg/dl |

*TÉCNICA ENZIMÁTICA*

| | | |
|---|---|---|
| **TRIGLICERIDOS:** | 150.0mg/dl | **VALOR DE REFERENCIA:**<br>**NORMAL**: menor de 150.0mg/dl<br>**LIMITE ALTO** :150.0-199.0mg/dl<br>**ALTO** :200.0- 449.0mg/dl<br>**MUY ALTO** :mayor o igual 500mg/dl |

*TÉCNICA COLORIMÉTRICA*

**Nicolas Garay Urbina**
Bacteriólogo(a) RP: 1033800271

Lucy F. Urbina C
Bacterióloga y Lab. Clínico
TP Reg. 5212978

Escaneado con CamScanner

**UNIDAD MÉDICA BOSA NOVA IPS**
NIT 901458228-7
CÓDIGO DE HABILITACIÓN S.D.S: 1100137378-01
LIC. SALUD OCUPACIONAL: RESOLUCIÓN 9782 DEL 02/07/2021
Calle 62 Sur No 87B-22 Bosa Nova - Trapezon - Bogotá D.C.
Cel. 3102802760 Tel. 7846348 Email. unidadmedicabosanova@gmail.com

Código de Seguridad
S895Y33E8981



## DATOS PERSONALES

**Orden de Servicio N°: 8981**

Municipio: BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Fecha y Hora: lunes, 24 de enero de 2022 08:03:08 a.m.
Nombres y Apellidos: CALDERON MONGUI LILIAN ANDREA CC: 1012339358 Género: FEMENINO
F. Nacimiento: 20/01/1988 Edad: 34 AÑOS 0 MESES 4 DÍAS Entidad: PARTICULARES

## RESULTADOS DEL LABORATORIO

### HEMATOLOGÍA

**HEMOGRAMA IV**

**CUADRO HEMATICO**

| | | VALOR DE REF |
|---|---|---|
| LEUCOCITOS | 7600 mm/3 | 5000-10000mm/3 |
| NEUTROFILOS | 71.1% | 50-67% |
| LINFOCITOS | 20.1% | 27-40% |
| MONOCITOS | 4.8% | 3-8% |
| EOSINOFILOS | 3.0% | 1-4% |
| BASOFILOS | 1.0% | 0-1% |
| RECUENTO DE HEMATIES | 4.980.000/L | 3.500.000-5.0000.000/L |
| HEMOGLOBINA | 15.0 g/dl | 13-18g/dl |
| HEMATOCRITO | 46.4 % | 38-53% |
| VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO | 93.0fl | 80-100 fl |
| HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA | 30.1pg | 27-34pg |
| MCHC | 32.3 g/dl | 32.0-36.0 g/dl |
| RDW-CV | 12.7% | 11.0-16.0% |
| RDW-SD | 40.9 fl | 35.0-56.0 fl |
| PLAQUETAS | 228.000mm/3 | 150000-400000mm/3 |
| VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO (MPV) | 8.6fl | 6.5-12.0 fl |
| PDW | 15.8 | 9.0-17.0 |
| PCT | 0.197% | 0.108 -0.282% |

Nicolas Garay Urbina
Bacteriólogo(a) RP: 1033800271

### QUÍMICA

**GLICEMIA**

| | | |
|---|---|---|
| GLICEMIA PRE : | 102.0mg/dl | VALOR DE REFERENCIA: POBLACIÓN GENERAL:70.0-110.0mg/dl NEONATOS PRETERMINO :25.0-80.0mg/dl NEONATOS RECIEN NACIDOS A TERMINO: 30.0-90.0mg/dl |

TÉCNICA EXOQUIMASA

Nicolas Garay Urbina
Bacteriólogo(a) RP: 1033800271

Lucy F. Urbina C
Bacteriólogo y Lab. Clínico
T.P. M.P. 52129784



Escaneado con CamScanner

## Hace constar:

Que el Sr(a) LILIAN ANDREA CALDERON MONGUI Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1012339358 realizó el día 08/08/2023 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 LILIAN ANDREA CALDERON MONGUI Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1012339358 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) LILIAN ANDREA CALDERON MONGUI Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1012339358 el día 08/08/2023 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 **LILIAN ANDREA CALDERON MONGUI** con **CC** No. **1012339358**, 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:** 08/02/2023<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 01/08/2023<br>**Fecha fin de Contrato:** 07/12/2023<br>**Clase de Riesgo:** 1<br>**Cargo :** CONTRATISTA<br>**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): 202301018121724.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 8 días del mes de agosto 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

**HACE CONSTAR:**

Que el (los) cliente(s)

LILIAN ANDREA CALDERON MONGUI Identificado con CC 1012339358

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina PLAZOLETA PLAZA DE LAS AMERICA, con las siguientes características:

**Cuentamiga**

| | |
|---|---|
| **Número:** | 24074379051 |
| **Fecha de apertura:** | 14 de Junio de 2017 |
| **Condiciones de uso:** | Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector |

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Martes, 08 de Agosto de 2023.

Cordialmente,

**Vicepresidencia de Banca Masiva**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

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

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

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN: | SUCURSAL: | COD. SUC: | NO. PÓLIZA: | ANEXO: |
|---|---|---|---|---|
| BOGOTA, D.C. | ANTIGUO COUNTRY | 21 | 21-46-101073963 | 0 |

| FECHA EXPEDICIÓN: | | | VIGENCIA DESDE: | | | A LAS: | VIGENCIA HASTA: | | | A LAS: | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DÍA: | MES: | AÑO: | DÍA: | MES: | AÑO: | HORAS: | DÍA: | MES: | AÑO: | HORAS: | TIPO MOVIMIENTO: |
| 01 | 08 | 2023 | 01 | 08 | 2023 | 00:00 | 07 | 04 | 2024 | 23:59 | EMISIÓN ORIGINAL |

### DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | | IDENTIFICACIÓN: | |
|---|---|---|---|
| CALDERON MONGUI LILIAN ANDREA | | | C.C. :1,012,339,358 |
| DIRECCIÓN: | CIUDAD: | | TELÉFONO: |
| CRA 97B 62B 38 SU | BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL | | 3202258466 |

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

| ASEGURADO/BENEFICIARIO: | | IDENTIFICACIÓN: | |
|---|---|---|---|
| SENA CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS REGIONAL DISTRITO CAPITAL | | | NIT. :899,999,034-1 |
| DIRECCIÓN: | CIUDAD: | | TELÉFONO: |
| CRA 13 NO 65-10 | BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL | | 5950060 |
| 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.5264913 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES CON PLENA AUTONOMÍA TÉCNICA,ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA,PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN DE PROGRAMASCOMPLEMENTARIOS DE MODALIDAD VIRTUAL, EN LA RED DE CONOCIMIENTO INSTITUCIONAL DE LA ENSEÑANZA DE IDIOMAS EN EL ÁREA TEMÁTICA DEINGLÉS,SEGUN DEMANDA Y OFERTA DE LA POBLACIÓN QUE ATIENDA LA COORDINACIÓN ACADÉMICA,GARANTIZANDO EL CUMPLIMIENTO DEL PROCESO FORMATIVO DE LOS APRENDICES DEL CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS, ATENDIENDO LOS LINEAMIENTOS DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL

### AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

| AMPAROS: | VIGENCIA DESDE: | VIGENCIA HASTA: | SUMA ASEG/ACTUAL: |
|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 01/08/2023 | 07/04/2024 | $ 1,733,550.00 |

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 | $ 1,733,550.00 | CONTADO |

| INTERMEDIARIO | | | DISTRIBUCIÓN COASEGURO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: | CLAVE: | % PART: | NOMBRE COMPAÑÍA: | % PART: | VALOR ASEGURADO: |
| JUAN RAUL GUERRERO GUTIERREZ | 220531 | 100,00 | | | |

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

PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 83 NO 19-10 - TELÉFONO: 4590601 - BOGOTA, D.C.

21-46-101073963
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

79248751A

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. 21-46-101073963, 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 1 días del mes de Agosto 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°: 21461010739630

| | |
|---|---|
| FECHA | |
| CONTADO | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| RECIBIMOS DE: | CALDERON MONGUI LILIAN ANDREA | | | C.C. C.C. :1,012,339,358 | |
| LA SUMA DE: | TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE | | | | |
| POR CONCEPTO DE: | PAGO DE PÓLIZA NRO.: 21-46-101073963 | | | | |
| SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA | | PRIMA | GASTOS EXPEDICION | IVA | VALOR |
| ANTIGUO COUNTRY - CU. ESTATAL - 101073963 - 0 - 0 | | $ 20,000.00 | $ 8,000.00 | $ 5,320.00 | $ 33,320.00 |

FORMA DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | EFECTIVO: | $ 33,320.00 |
| | | CHEQUE: | $ 0.00 |
| | | TARJETA: | $ 0.00 |
| | | BD: | $ 0.00 |
| INTERMEDIARIO: | JUAN RAUL GUERRERO GUTIERREZ - 220531 | OTROS: | $ 0.00 |
| | | TOTAL: | $ 33,320.00 |
| | | 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°: 21461010739630

| | |
|---|---|
| FECHA | |
| CONTADO | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| RECIBIMOS DE: | CALDERON MONGUI LILIAN ANDREA | | | C.C. C.C. :1,012,339,358 | |
| LA SUMA DE: | TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE | | | | |
| POR CONCEPTO DE: | PAGO DE PÓLIZA NRO.: 21-46-101073963 | | | | |
| SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA | | PRIMA | GASTOS EXPEDICION | IVA | VALOR |
| ANTIGUO COUNTRY - CU. ESTATAL - 101073963 - 0 - 0 | | $ 20,000.00 | $ 8,000.00 | $ 5,320.00 | $ 33,320.00 |

FORMA DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | EFECTIVO: | $ 33,320.00 |
| | | CHEQUE: | $ 0.00 |
| | | TARJETA: | $ 0.00 |
| | | BD: | $ 0.00 |
| INTERMEDIARIO: | JUAN RAUL GUERRERO GUTIERREZ - 220531 | OTROS: | $ 0.00 |
| | | TOTAL: | $ 33,320.00 |
| | | 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.21-46-101073963

1. AMPAROS.

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

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

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

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

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

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

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

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

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

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

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

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

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

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

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

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

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

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

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

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

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

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

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

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

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

2. EXCLUSIONES.

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

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

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

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

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

3. SUMA ASEGURADA.

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

4. VIGENCIA.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. COMPENSACIÓN.

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

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

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

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

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

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

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

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

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

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

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

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

13. COASEGURO

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

77099980211670048980 59

Nit: 860009578-6

SEGUROS DEL ESTADO GENERALES

**RECIBO DE PAGO Nº:** 10000048980599

**CERTIFICAMOS QUE:**

| **FECHA** |
|---|
| 08/08/2023 09:40a.m. |

**RECIBIMOS DE:** LILIAN ANDREA CALDERON MONGUI — CC. 1.012.339.358

**LA SUMA DE:** Treinta y tres mil trescientos veinte pesos .**********

**POR CONCEPTO DE:** PAGO BOLETA RECAUDO REF. NRO.: 10000048980599

| SUC - RAMO - POLIZA - ENDOSO - CUOTA | PRIMA | GASTO | IVA | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| ANTIGUO COUNTRY-46-101073963-0-1 | $28,000.00 | | $5,320.00 | $33,320.00 |

**FORMA DE PAGO**

Pse - $ 33,320.00

**EFECTIVO:**
**CHEQUE:**
**TARJETA:**
**BD:** 33,320.00
**OTROS:** $33,320.00

**TRANSACCION:** 0004898059

**TOTAL:** $33,320.00

**CAJERO:** PAGUESTADO

8/8/2023 9:40:03AM

172.16.10.21