SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL ATLÁNTICO
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO -SERVICIOS PRESTADOS A

Código Regional	**8**
Código Centro	**930210**
Fecha Elaboración	**Abril de 2020**
Versión	**MARZO 2020 - 3,20**
ID de Proceso	**65307-150641**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	GIOVANA DEL CARMEN BARRAZA OSORIO	**C.C.**	32.825.442	**IP/Nº de contacto**	3013635038
Correo electrónico contratista:	gdbarraza@misena.edu.co				

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

Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000 NO **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

Banco al cual consignar: DAVIVIENDA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 26670238794

Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato? NO **Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los $ 117.503.000** NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 1503053/2020 **Nº Compromiso SIIF** **63820**

Valor Total del Contrato	$ 6.582.885	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 6.582.885	**1**	**Del**	**15/04/2020**	**Al**	**30/04/2020**	**$ 1.442.824,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 5.140.061		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.442.824		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 1.442.824**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 894.393**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Abril	**Marzo**			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9405048557**	Valor Base retención en la fuente	894.393,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 877.803	$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	1.192.524,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 109.800	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 140.500	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL I	$ 4.600	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	11.925,00	1,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -		-	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 298.131		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 1.430.899,00**	

SON: UN MILLÓN CUATROCIENTOS TREINTA MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación profesional en el área de salud- apoyo terapéutico y rehabilitación (enfermería) de los diversos programas de forma COMPLEMENTARIA EN LAS FICHAS 1804632 Y 1905788 EN EL MES DE ABRIL

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.

GIOVANA DEL CARMEN BARRAZA OSORIO
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,

PATRICIA ROSMARY SERRANO SANTIAGO
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

YIZY YELINE CORTES PADILLA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

No. De Radicación	Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRAMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliado		3. Régimen
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒	A. Universal	- Cotizante o Cabeza de Familia ☒ - Beneficiario o afiliado adicional ☐	A. Contributivo ☒
	B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐		B. Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ E. Pensionado ☐	(a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

B. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACION (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y Nombres			
Barroza	Osorio	Giovana	Del Carmen
Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	32827442	Femenino ☒ Masculino ☐	07 02 1968

IR. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
	Tipo I N M Condición T P		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
POSITIVA	Colpensiones	1.082.118

18. Residencia				
Cra 36 # 24-97	3921202	3013631238	giobarroza@Hotmail.com	
Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono celular	Correo electrónico	
Soledad	Zona Urbana ☒ Rural ☐	El triunfo	Atlántico	
Municipio/Distrito		Localidad/Corregimiento	Departamento	

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del conyugue o compañero (a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres

	Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo		28. Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo			Condición	
			F	N	M	I	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
Giovana Barroza Osorio	CC	32827442	

39. Ubicación				
Cra 36 # 24-97	3921202	giobarroza@Hotmail.com	Soledad	Atlco.
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
  Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculaciones de una entidad autorizada afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad: [X] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del Trámite de protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42 Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]		

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código [ ]	45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepcion.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no intervención del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiados o afiliados adicionales.
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y del Decreto 1377 de 2013
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad:	[ ]	[ ]	[ ]	[X]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	01

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBEN Numero de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 32825442		BARRAZA OSORIO GIOVANA DEL CARMEN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 36 No. 24-97	SOLEDAD-ATLANTICO	3751479	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-04	2020-04	604170952	9405048557	I	2020/05/12	2020/04/20	BANCOLOMBIA	0	$314,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
Nº.	Identificación	Nombre		ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							$1,082,118	$173,200				$1,082,118	$135,300				$0	$0				$1,082,118	$5,700				$0	$0		$314,200
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							$1,082,118	$173,200				$1,082,118	$135,300				$0	$0				$1,082,118	$5,700				$0	$0		$314,200
Ciudad: SOLEDAD Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)																							$1,082,118	$173,200				$1,082,118	$135,300				$0	$0				$1,082,118	$5,700				$0	$0		$314,200
1	CC	32825442	BARRAZA GIOVANA																		25-14	30	$1,082,118	$173,200	ESSC24	30	$1,082,118	$135,300		0	$0	$0	14-23	30	$1,082,118	$5,700	0	$0	$0	No	$314,200
Total Afiliados(1)																							$1,082,118	$173,200				$1,082,118	$135,300				$0	$0				$1,082,118	$5,700				$0	$0		$314,200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 32825442		BARRAZA OSORIO GIOVANA DEL CARMEN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 36 No. 24-97	SOLEDAD-ATLANTICO	3751479	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-04	2020-04	604170952	9405048557	I	2020/05/12	2020/04/20	BANCOLOMBIA	0	$314,200

RESUMEN DE PAGO

RESUMEN	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$173,200	$0	$0	$173,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$173,200	$0	$0	$173,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,700	$0	$0	$5,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$5,700	$0	$0	$5,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$135,300	$0	$0	$135,300
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	1	$135,300	$0	$0	$135,300
TOTAL				1	$314,200	$0	$0	$314,200

2020/04/21 05:08 PM

PAGO ELECTRONICO

Pago de la Planilla de aportes con clave: 9405048557

El pago electrónico de su autoliquidación se ha realizado exitosamente

Resumen del pago electrónico



Dirección IP:	190.84.118.103
Estado de la transacción:	**APROBADA**
Valor:	$314,200
Clave Planilla:	**9405048557**
Nº Transacción (CUS):	**604170952**
Fecha:	2020/04/20
Banco	BANCOLOMBIA
Descripcion	Pago de la Planilla de aportes con clave: 9405048557
Aportes en Línea	9999001472382

Imprimir

Aceptar

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14348236125

(415)7707212489984(8020) **000001434823612 5**

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

IDENTIFICACION

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	3 2 8 2 5 4 4 2	1 9 8 7 0 3 0 5

Lugar de expedición / 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Soledad 7 5 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BARRAZA	OSORIO	GIOVANA	DEL CARMEN

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:
TRANSPORTE BARRAZA	

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Soledad 7 5 8

41. Dirección principal: CR 35 24 112

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
giobarraza@hotmail.com		3 7 5 1 4 7 9	3 0 1 3 6 3 5 0 3 1

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2
8 5 4 1	2 0 1 4 0 1 0 1	8 6 1 0	2 0 1 4 0 1 0 1	4 9 2 3	

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos
2 2 2 4	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	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
	5																									

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 5 0 8 2 5

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: BARRAZA OSORIO GIOVANA DEL CARMEN
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14348236125

(415)7707212489984(8020) **000001434823612 5**

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

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	63. Formas asociativas	64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados
65. Fondos	66. Cooperativas	67. Sociedades y organismos extranjeros
68. Sin personería jurídica	69. Otras organizaciones no clasificadas	70. Beneficio

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase:	0 9	
72. Número:		
73. Fecha:	2 0 1 1 1 2 2 3 (Año Mes Día)	
74. Número de Notaría:		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro:	2 0 1 1 1 2 2 3 (Año Mes Día)	(Año Mes Día)
77. No. Matrícula mercantil:	5 3 4 1 5 5	
78. Departamento:	0 8	
79. Ciudad/Municipio:	3	
Vigencia:		
80. Desde:	(Año Mes Día)	(Año Mes Día)
81. Hasta:	(Año Mes Día)	(Año Mes Día)

Composición del Capital

82. Nacional:	%
83. Nacional público:	%
84. Nacional privado:	%
85. Extranjero:	%
86. Extranjero público:	%
87. Extranjero privado:	%

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control:

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual:	90. Fecha cambio de estado:	91. Número de Identificación Tributaria (NIT):
1		Año Mes Día	-
2		Año Mes Día	-
3		Año Mes Día	-
4		Año Mes Día	-
5		Año Mes Día	-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante:	96. DV.
			-

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País:	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14348236125

(415)7707212489984(8020) **000001434823612 5**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
	-	Impuestos de Barranquilla	2

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento:	161. Actividad económica:
Establecimiento de comerci 02	Transporte de carga por carretera 4923

162. Nombre del establecimiento: TRANSPORTES BARRAZA

163. Departamento:	164. Ciudad/Municipio:
Atlántico 08	Soledad 758

165. Dirección: CR 35 24 112

166. Número de matrícula mercantil:	167. Fecha de la matrícula mercantil;
5341556	20111223 (AAAA MM DD)
168. Teléfono:	**169. Fecha de cierre**
3751479	AAAA MM DD

2

160. Tipo de establecimiento:	161. Actividad económica:

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento:	164. Ciudad/Municipio:

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil:	167. Fecha de la matrícula mercantil;
	AAAA MM DD
168. Teléfono:	**169. Fecha de cierre**
	AAAA MM DD

3

160. Tipo de establecimiento:	161. Actividad económica:

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento:	164. Ciudad/Municipio:

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil:	167. Fecha de la matrícula mercantil;
	AAAA MM DD
168. Teléfono:	**169. Fecha de cierre**
	AAAA MM DD

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Colombia, un compromiso que no podemos evadir.

Nit. 900.292.306-5
Cra 58 No. 70 - 129 Consultorio 305
Tel. 3187626 Cel. 3114286052 - 3008003753
Centro Medico Chicago
Email. lpj-sas@hotmail.com
www.lpjsaludocupacional.com
Barranquilla - Colombia

SALUD OCUPACIONAL S.A.S

CONCEPTO DE APTITUD

Paciente: GIOVANA DEL CARMEN BARRAZA OSORIO
Identificación: CC 32825442



Sexo: F Fecha de Nacimiento: 1968-02-07 Edad: 51 A
Dirección CRA 36 No 24-97
Teléfono: 3013635038
Empresa: ENFERMERA ADMINISTRATIVA EN SALUD
Empresa en misión: PARTICULAR
Actividad económica

Talla (mts): 1.65 Peso (kg): 80.0 Grupo Sanguíneo: O +

EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA
Examen médico ocupacional de Ingreso
Orden No.: 00627
Fecha atención: 20203101 09:03:49
Fecha salida: 20203101 18:21:35

Cargo u Oficio
ENFERMERA ADMINISTRATIVA EN SALUD
Realizado en: Barranquilla-Atlántico

Hacemos constar que hemos realizado examen médico al trabajador y que de acuerdo a la Resolución 1918 de 2009, la custodia de la historia clínica será responsabilidad de nuestra institución y estará disponible para los fines legales pertinentes.

EXAMENES REALIZADOS

GLICEMIA, VISIOMETRIA, AUDIOMETRIA VIA AEREA, EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO, PERFIL LIPIDICO, ANTIGENO HEPATITIS B, HIV

RECOMENDACIONES LABORALES	MANEJO POR EPS/ARL	HABITOS Y ESTILOS DE VIDA	INCLUIR EN SVE
CONTROL OPTOMETRICO ANUAL. AUDIOMETRÍA CONTROL ANUAL PAUSA ACTIVAS REPOSO VISUAL. PAUSAS ACTIVAS PARA MUÑECAS. PAUSAS ACTIVAS CUELLO, REGIÓN LUMBOSACRA USO DE EPP CAPACITACION ERGONOMIA Y POSTURA CAPACITACION MANEJO DE ESTRES LABORAL CAPACITACION USO DE VIDEOTERMINALES CAPACITACION TRABAJO SEGURO	Valoración por nutrición y dietética de EPS.	Dieta baja en carbohidratos. Dieta baja en grasas. Dieta baja en sodio. Ejercicio físico 30 minutos de intensidad moderada diarios.	Cardiovascular.

RESTRICCIONES LABORALES

CONCEPTO DE APTITUD: Apto con recomendaciones preventivas

Firma del médico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: SIMON DAVID BOLIVAR MARTINEZ

Especialidad: ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Licencia S.O.: 189/2007 Registro No.: 94099

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 32825442

PASTEUR
Laboratorios Clínicos de Colombia S.A.

Apellidos:	**BARRAZA OSORIO**	**Fecha Ingreso:**	**14 -01-2020**
Nombres:	**GIOVANA DEL C**	**Numero Orden:**	**1905140599**
Identificacion:	**32825442**	**Sede:**	**PRINCIPAL BAQ**
Edad:	**07-02-1968- (51 Años) Sexo: F**	**Procedencia:**	**PRINCIPAL BARRANQUILLA**
Medico:	**PARTICULAR**	**Fecha Impresion:**	**15-01-2020 11:05 AM**

HEMATOLOGIA

	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
CUADRO HEMATICO			
HEMATIES.	4.8	10^6cells/ul	4.00 - 5.00
HEMOGLOBINA.	13..2	g/dl	12.00 - 15.00
HEMATOCRITO.	41.8	%	36.00 - 45.00
VCM.	89.8	fl	80.00 - 99.00
CHM.	28.3	pg	27.00 - 31.00
CHCM.	31.5	g/dl	33.00 - 37.00
ADE.	13.8	%	12.00 - 15.00
PLAQUETAS.	255.0	10^3cell/ul	150.00 - 450.00
VPM.	8.6	fl	7.00 - 10.40
LEUCOCITOS.	8.2	10^3cell/ul	5.00 - 10.00
FORMULA DIFERENCIAL PORCENTAJE			
NEUTROFILOS.	58.1	%	55.00 - 65.00
EOSINOFILOS.	1.1	%	0.00 - 4.00
BASOFILOS.	0.2	%	0.00 - 1.00
LINFOCITOS.	34.8	%	25.00 - 35.00
MONOCITOS.	4.0	%	2.00 - 8.00
FORMULA DIFERENCIAL VALOR ABSOLUTO			
NEUTROFILOS.	4.8	10^3cell/ul	2.50 - 7.50
EOSINOFILOS.	0.1	10^3cell/ul	0.05 - 0.50
BASOFILOS.	0.0	10^3cell/ul	0.02 - 0.10
LINFOCITOS.	2.8	10^3cell/ul	1.00 - 4.00
MONOCITOS.	0.3	10^3cell/ul	0.10 - 0.70

Los valores de referencia de la fórmula diferencial pueden variar según la edad del paciente y la interpretación es exclusiva del médico.

Muestra: Sangre total con EDTA k3 | Fecha Tomado: 14-05-2019 | Fecha Validación: 14-01-2020
Metodo: Citometría de flujo



Irina Torres Escorcia | C.C.: 55229889

QUIMICA

GLICEMIA	77	mg/dl	74.00 - 106.00

Muestra: Suero | Fecha Tomado: 14 05-2019 | Fecha Validación: 14-01-2020
Metodo: Colorimétrico

COLESTEROL TOTAL	169.00	mg/dl	BAJO (DESEABLE): MENOR DE 200 MODERADO: 200 - 239 ALTO: MAYOR DE 240

Muestra: Suero | Fecha Tomado: 14 05-2019 | Fecha Validación: 14-01-2020
Metodo: Colorimétrico

COLESTEROL HDL	44.30	mg/dl	BAJO (NO DESEABLE ALTO RIESGO): MENOR DE 40 ALTO (DESEABLE BAJO RIESGO): MAYOR DE 60

Muestra: Suero | Fecha Tomado: 14 05-2019 | Fecha Validación: 14-01-2020
Metodo: Colorimétrico

La interpretación de los exámenes de laboratorio corresponde exclusivamente al médico.
ESTE EXAMEN HA SIDO REVISADO Y FIRMADO ELECTRONICAMENTE. PROCESADO EN SISTEMA ROBOTICO APTIO DE SIEMENS

PASTEUR
Laboratorios Clínicos de Colombia S.A.

Apellidos:	**BARRAZA OSORIO**	**Fecha Ingreso:**	**14 -01-2020**
Nombres:	**GIOVANA DEL C**	**Numero Orden:**	**1905140599**
Identificacion:	**32825442**	**Sede:**	**PRINCIPAL BAQ**
Edad:	**07-02-1968- (51 Años) Sexo: F**	**Procedencia:**	**PRINCIPAL BARRANQUILLA**
Medico:	**PARTICULAR**	**Fecha Impresion:**	**15-01-2020 11:05 AM**

	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
COLESTEROL LDL	100.00	mg/dl	OPTIMO: MENOR DE 100 CERCA DE LO OPTIMO: 100 - 129 ALTO LIMITE: 130 - 159 ALTO: 160 - 189 MUY ALTO: MAYOR DE 190

Muestra: Suero | Fecha Tomado: 14-05-2019 | Fecha Validación: 14-01-2020
Metodo: Cinético

TRIGLICERIDOS	65.00	mg/dl	NORMAL: MENOR DE 150 ALTO LIMITE: 150 - 190 ALTO: 200 -499 MUY ALTO: MAYOR DE 500 Valores de referencia cambian a partir de 4 de mayo 2019

Muestra: Suero | Fecha Tomado: 14-05-2019 | Fecha Validación: 14-01-2020
Metodo: Colorimétrico

La interpretación de los exámenes de laboratorio corresponde exclusivamente al médico.
ESTE EXAMEN HA SIDO REVISADO Y FIRMADO ELECTRONICAMENTE. PROCESADO EN SISTEMA ROBOTICO APTIO DE SIEMENS

Calle 27 Nro. 45-109 Tel: 57 (4) 369 51 00
www.dinamicaips.com.co

Paciente: BARRAZA OSORIO GIOVANA DEL CARMEN | Identificación: 32825442 | Nro. Servicio: 3974929 | No. Paciente: 11502
Sexo/Edad: FEMENINO/51 | Teléfono: 3931202 | Tipo servicio: PARTICULAR
Médico: SRM SRM SRM | Fecha servicio: 21/01/2020 | Fecha impresión: 30/01/2020 08:09 AM
Empresa: PARTICULAR | Habitación:

HEPATITIS B, ANTICUERPO SUPERFICIAL

Validado: 21/01/2020 12:12 PM

Análisis	Resultado	Valores de Referencia	Unidad
Anticuerpos totales contraHB-Ag superficial	30.36		mlU/ml
No Reactivo		Menor de 10	mlU/ml
Reactivo		Igual o Mayor a 10	mlU/ml

Técnica: Electroquimioluminiscencia

HEPATITIS B, ANTIGENO DE SUPERFICIE

Validado: 21/01/2020 12:12 PM

Análisis	Resultado	Valores de Referencia	Unidad
Antigeno de Superficie de Hepatitis B	0.47		S/co
Interpretación:			
No reactiva:Valores inferiores a 1.0			S/co
Reactiva:Valores iguales o superiores a 1.0			S/co

Técnica: Electroquimioluminiscencia

BACTERIOLOGA
KRISTY GREY GRAVIER CARBONELL
REG. RG 1171

Calle 27 Nro. 45-109 Tel: 57 (4) 369 51 00
www.dinamicaips.com.co

Paciente: BARRAZA OSORIO GIOVANA DEL CARMEN | Identificación: 32825442 | Nro. Servicio: 3974929 | No. Paciente: 11502
Sexo/Edad: FEMENINO/51 | Teléfono: 3931202 | Tipo servicio: PARTICULAR
Médico: SRM SRM SRM | Fecha servicio: 21/01/2020 | Fecha impresión: 30/01/2020 08:09 AM
Empresa: PARTICULAR. | Habitación:

SIDA, ANTICUERPOS HIV 1 (y HIV 2)

Validado: 21/01/2020 12:12 PM

Análisis	Resultado	Valores de Referencia		Unidad
SIDA, Prueba Presuntiva				
Cuantificación Electroquimioluminiscencia	0.31	0.00	0.90	Indice D.O

INTERPRETACION DEL RESULTADO:

Interpretación del resultado según el CDC
Dos de tres pruebas no reactivas:
Presuntiva NO REACTIVA
Según clínica descartar seroconversión temprana
individuo VIH negativo
Dos de tres pruebas reactivas: Presuntiva REACTIVA
el paciente requiere prueba CONFIRMATORIA
NOTAS ADICIONALES
1. La reactividad para anticuerpos VIH 1 y 2
no debe considerarse como un criterio único para
el diagnóstico de SIDA o para la infección de VIH
y todos los resultados de pruebas para VIH deben
evaluarse en un contexto epidemiológico individual
2. El uso de pruebas presuntivas como tamizaje
en grupos de bajo riesgo aumenta la probabilidad
de resultados falsos positivos
(Usualmente valores < 5)
3. Resultados por debajo del límite de positividad
y por encima del valor de referencia
se consideran INDETERMINADOS

BACTERIOLOGA
KRISTY GREY GRAVIER CARBONELL
REG. RG 1171

Calle 27 Nro. 45-109 Tel: 57 (4) 369 51 00
www.dinamicaips.com.co

Paciente: BARRAZA OSORIO GIOVANA DEL CARMEN | Identificación: 32825442 | Nro. Servicio: 3974929 | No. Paciente: 11502
Sexo/Edad: FEMENINO/51 | Teléfono: 3931202 | Tipo servicio: PARTICULAR
Médico: SRM SRM SRM | Fecha servicio: 21/01/2020 | Fecha impresión: 30/01/2020 08:09 AM
Empresa: PARTICULAR | Habitación:

SIFILIS, SEROLOGIA PRESUNTIVA Validado: 21/01/2020 03:26 PM

Análisis	Resultado	Valores de Referencia	Unidad
SEROLOGIA PRESUNTIVA RPR	No reactivo	NO REACTIVO	
NOTA: Para las diferentes pruebas NO treponemicas las siguientes expresiones de resultados puede considerarse técnica y clinicamente equivalentes			

EMBARAZO, PRUEBA INMUNOLOGICA ALTA DENSI Validado: 21/01/2020 03:25 PM

Análisis	Resultado	Valores de Referencia	Unidad
(ELISA) BMonoclonal	NEGATIVO		

OBSERVACIONES:

BACTERIOLOGA
LUZ MARINA RODADO CARDONA
REG. 32791474

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) GIOVANA DEL CARMEN BARRAZA OSORIO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 32825442 realizó el día 20/04/2020 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 GIOVANA DEL CARMEN BARRAZA OSORIO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 32825442 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 – Secretaria General - SENA

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

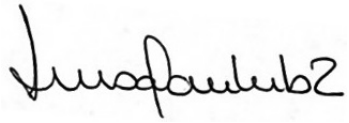
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que GIOVANA DEL CARMEN BARRAZA OSORIO, con Cédula Ciudadanía No. 32825442 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 20/04/2020, para el contrato registrado con fecha desde 20/04/2020 y fecha hasta 26/06/2020, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 1.

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20200101489830.

Dada en Bogotá, a los 16 días del mes de abril de 2020



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BARRANQUILLA, **28/03/2020**
ATLANTICO,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor GIOVANA DEL CARMEN BARRAZA OSORIO** con **Cédula de Ciudadanía** n#mero **32825442**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

N#mero	**0570026670238794**
Saldo a la fecha	**9,642.42 Pesos**
Fecha de apertura	**25/02/2009**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

Ciudad de Expedición:	Sucursal:	Cod. Sucursal:	Nro. Póliza:	Anexo:
BARRANQUILLA	BARRANQUILLA	85	85-46-101017294	0

Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:	Vigencia Hasta:			A las:	Tipo Movimiento:
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	
15	04	2020	14	04	2020	00:00	26	10	2020	00:00	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social:		Identificación:	
BARRAZA OSORIO GIOVANA DEL CARMEN		32825442	
Dirección:	**Ciudad:**	**Teléfono:**	
KR 36 24-97	SOLEDAD - ATLANTICO	3013635038	

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social:		Identificación:	
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA		899999034-1	
Dirección:	**Ciudad:**	**Teléfono:**	
CRA 43 N 42 40	BARRANQUILLA - ATLANTICO	3404866	

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.1503053 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL EN EL AREA DE SALUD GESTION ADMINISTRATIVA EN SALUD EN LOS DIVERSOS PROGRAMAS DE FORMACION TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA QUE MANEJA EL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS DEL SENA REGIONAL ATLANTICO

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	14/04/2020	26/10/2020	$ 658,288.50

OBSERVACIONES:

Valor Prima Neta:	Gastos Expedición:	IVA:	Total a Pagar:	Valor Asegurado Total:	Fecha Límite de Pago:
$ 20,000.00	$ 7,000.00	$ 5,130.00	$ 32,130.00	$ 658,288.50	15/04/2020

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
CONSTRUYENDO SEGUROS L	164232	100,00			

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

Para efecto de notificaciones la dirección de Seguros del Estado S.A. es CARRERA 58 NO. 70-136 - Teléfono: 3681078 - BARRANQUILLA

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdelestado.com

Oficina Principal: Cra. 11 No. 90-20 Bogotá D.C. Teléfono: 2186977

Verifique su póliza escaneando el código QR.
Aplica únicamente para la emisión original.

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. 85-46-101017294, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

Lo anterior de conformidad con lo establecido en el decreto 1082 de 2015, el cual regula las garantías ante entidades estatales.

Dado en BARRANQUILLA, a los 15 días del mes de Abril de 2020



FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: RECIBO DE PAGO N°: 85461010172940

FECHA	
15/04/2020	

RECIBIMOS DE: BARRAZA OSORIO GIOVANA DEL CARMEN C.C. 32825442

LA SUMA DE: TREINTA Y DOS MIL CIENTO TREINTA PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 85-46-101017294

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
BARRANQUILLA - CU. ESTATAL - 101017294 - 0 - 0	$ 20,000.00	$ 7,000.00	$ 5,130.00	$ 32,130.00

FORMA DE PAGO

	EFECTIVO:	$ 32,130.00
	CHEQUE:	$ 0.00
	TARJETA:	$ 0.00
	BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO: CONSTRUYENDO SEGUROS L - 164232	OTROS:	$ 0.00
	TOTAL:	$ 32,130.00
	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°: 85461010172940

FECHA	
15/04/2020	

RECIBIMOS DE: BARRAZA OSORIO GIOVANA DEL CARMEN C.C. 32825442

LA SUMA DE: TREINTA Y DOS MIL CIENTO TREINTA PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 85-46-101017294

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
BARRANQUILLA - CU. ESTATAL - 101017294 - 0 - 0	$ 20,000.00	$ 7,000.00	$ 5,130.00	$ 32,130.00

FORMA DE PAGO

	EFECTIVO:	$ 32,130.00
	CHEQUE:	$ 0.00
	TARJETA:	$ 0.00
	BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO: CONSTRUYENDO SEGUROS L - 164232	OTROS:	$ 0.00
	TOTAL:	$ 32,130.00
	CAJERO: RAPIESTADO	

COPIA

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.85-46-101017294

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.

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.