SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

CENTRO DE TECNOLOGIAS PARA LA CONSTRUCCIÓN Y LA MADERA- BTÁ D.C.

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	**11**
Código Centro	**920910**
Fecha Elaboración	**Setiembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**72288-970386**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	WILSON BRAVO HERNANDEZ	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	79.450.163	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	wbravo@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	005000136605
IP/Nº de contacto:	3142240236	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	SI
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2023**	SI

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a $59.377.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a $188.260.000 (debe registrarse como responsable del IVA)	NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	6794755/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**243924**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	4

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA AUTÓNOMA E INDEPENDIENTE PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN LAS COMPETENCIAS TÉCNICAS, CLAVES Y TRANSVERSALES A TRAVÉS DE HERRAMIENTAS PEDAGÓGICAS EN EL PROGRA

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**20/09/2024 Al 30/09/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 12.183.333
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 12.183.333
Valor Bruto Pago:	**$ 1.720.000,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 10.463.333

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.720.000	Ninguno	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	**$ 1.720.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 883.500**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Setiembre	Agosto
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**79866297**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.300.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 162.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 208.000	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	V	$ -	$ 0
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ 172.000	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 12.393.783	$ 294.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	883.500,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	1.349.500,00	
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 - BOGOTÁ	13.036,00	0,966%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$1.706.964,00**	

SON: UN MILLÓN SETECIENTOS SEIS MIL NOVECIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación profesional, evaluar funcionamiento de equipos a gas de acuerdo con normativa. ficha:2614412.

Impartir formación profesional, evaluar funcionamiento de equipos a gas de acuerdo con normativa. ficha:2774999.

Impartir formación profesional, instalaciones hidráulicas, sanitarias y redes contra incendio tuberías pvc. ficha:3038427.

Impartir formación profesional, Sistemas de generación de vapor. ficha:3022339.

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

WILSON BRAVO HERNANDEZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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,

MARTHA LUCIA CARDOZO PAVAS
INSTRUCTOR G20

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
WILLIAM DARIO RIAÑO BARON
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

23/09/24 19:01:46 USUARIO: SIC - C.C. 79450163

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	WILSON BRAVO HERNANDEZ	**NIT:**	79450163
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	agosto 2024
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	agosto 2024
Número de Radicación:	79866297	**Total a pagar:**	$565,100
Fecha de vencimiento:	13/09/2024	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	02/09/2024	**Número de Administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DAVIVIENDA	**Número Autorización:**	884665801
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		$0	$74,900
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		$0	$275,200
EPS005	800251440	Sanitas EPS	1		$0	$215,000
						$565,100

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **WILSON BRAVO HERNANDEZ**, identificada con **CC** número **79450163**, aportó por **WILSON BRAVO HERNANDEZ** identificado(a) con **CC** número **79450163** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 08 - 2024 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	57															0		30	$1,720,000	0.16000	$275,200	$0	$0	Agosto - 2024	79866297	02/09/2024	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	57															0		30	$1,720,000	0.04350	$74,900	$0	$0	Agosto - 2024	79866297	02/09/2024	NO
EPS005	Sanitas EPS	57															0		30	$1,720,000	0.12500	$215,000	$0	$0	Agosto - 2024	79866297	02/09/2024	NO

PAGADA

El presente certificado se expide a los **17** días del mes **Septiembre**de **2024**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 5 de Febrero del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
BOGOTÁ

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

TI	1023164991	GABRIEL MAURICIO BRAVO AREVALO	Hijo(a)

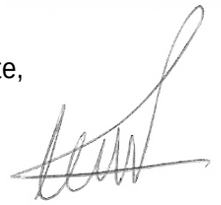
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente, con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,



WILSON BRAVO HERNANDEZ
C.C. 79450163

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1023164991

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 35714281

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 20 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 7 D

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido: BRAVO
Segundo Apellido: AREVALO
Nombre(s): GABRIEL MAURICIO
Fecha de nacimiento: Año 2008 Mes JUN Día 23
Sexo (en letras): MASCULINO
Grupo Sanguíneo: O
Factor RH: POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO
Número certificado de nacido vivo: 51078724- 9

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: AREVALO GUTIERREZ GLORIA MARCELA
Documento de Identificación (Clase y número): C.C. No. 52,331,230 de SANTAFE DE BOGOTA D.C.
Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: BRAVO HERNANDEZ WILSON
Documento de Identificación (Clase y número): C.C. No. 79,450,163 de BOGOTA D.E.
Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: BRAVO HERNANDEZ WILSON
Documento de Identificación (Clase y número): C.C. No. 79,450,163 de BOGOTA D.E.
Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:
Documento de Identificación (Clase y número):
Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:
Documento de Identificación (Clase y número):
Firma

Fecha de inscripción

Año 2008 Mes JUN Día 25

Nombre y firma del funcionario que autoriza
NATALIA PERRY TURBAY
Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

ORIGINAL - OFICINA DE REGISTRO -

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA. SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO PARA DEMOSTRAR PARENTESCO DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS ARTICULOS 115 DEL DECRETO 1260 DE 1970 Y 1°. DEL DECRETO 278 DE 1972. ESTE REGISTRO EXPIDE EN BOGOTA D.C. A LOS VEINTISIETE (27) DIAS DEL MES DE JUNIO DE DOS MIL OCHO (2.008).

NOTARIA VEINTIUNO DEL CIRCULO
ALVARO CASTRO BERNAL
SECRETARIO DELEGADO
DECRETO 1557 DEL 1989
DCTO 1557/89
ALVARO CASTRO BERNAL

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP A7D 0252423

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 34724628

34724628

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 20 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A7D

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA | CUNDINAMARCA | BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BRAVO	AREVALO

Nombre(s): NICOLAS DAVID

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2003 Mes 09 Día 02	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA | CUNDINAMARCA | BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO	A 5156675

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: AREVALO GUTIERREZ GLORIA MARCELA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 52.331.230 SANTAFE DE BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: BRAVO HERNANDEZ WILSON

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 79.450.163 BOGOTA D.E.	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: BRAVO HERNANDEZ WILSON

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 79.450.163 BOGOTA D.E.	X

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2003 Mes 09 Día 12	NAGUA [illegible] BERNAL Nombre y firma

REPÚBLICA DE COLOMBIA NOTARIA VEINTE REGISTRO DEL ESTADO CIVIL

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Powered by CamScanner

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



MG SALUD INTEGRAL OCUPACIONAL SAS
NIT: 900532770-0

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 79450163-75251

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	16/11/2022 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	WILSON BRAVO HERNANDEZ	**Identificación:**	79450163
Género	MASCULINO **Edad:** 54	**Teléfono**	**Móvil:** 3142240236
Fecha Nacimiento:	4/03/1968	**Cargo:**	SUPERVISOR (A)
Estado Civil:	CASADO(A)	**EPS:**	SANITAS S.A.
Dirección	DG 89 A N 1158 - 50 INT 10 APTO 103	**ARL:**	POSITIVA
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	**AFP:**	COLPENSIONES
Empresa	PARTICULAR		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
OPTOMETRIA	DEBE USAR ANTEOJOS DE PROTECCIÓN PARA LUZ AZUL POR BAJA AGUDEZA VISUAL LEJOS Y CERCA ODI, PAUTAS DE HIGIENE VISUAL. CONTROL: ANUAL.
MEDICINA OCUPACIONAL	1. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, VALORACION POR OPTOMETRIA VERIFICAR MEJORA DE VISION CON CORRECCION OPTICA PREVIO INICIO DE LABOR VALORACION FISIATRIA EPS 2.USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO, RESPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL, NO USAR MANOS LIBRES NI AUDIFONOS 3. REQUIERE TRATAMIENTO POR MEDICINA GENERAL EN EPS POR COLESTEROL ELEVADO.
ANEXO OSTEOMUSCULAR	ESTIRAMIENTOS DURANTE SU LABOR
ANEXO CARDIOVASCULAR	DIETA SALUDABLE Y EJERCICIO
PRUEBA PSICOLOGIA 16 PF -5	SIN DIFICULTADES PARA EL CARGO
CUADRO HEMÁTICO	REALIZADO
PARCIAL DE ORINA - UROANALISIS	REALIZADO
GLICEMIA PRE-PRANDIAL	REALIZADO
PERFIL LIPIDICO	SEGUIMIENTO

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO CON RECOMENDACION

Observaciones: CUIDADO AUDITIVO, OSTEOMUSCULAR Y REQUIERE VALORACION , TRATAMIENTO POR MEDICINA GENERAL EN EPS.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

OSTEOMUSCULAR		SVE
NUTRICIÓN	-	SVE
AUDITIVO	-	SVE

Información de Remisiones

MEDICINA GENERAL	VALORACION Y TRATAMIENTO

En la fecha, yo, mayor de edad, identificado con el número de identificación como aparece al lado de mi firma , actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando de manera libre, voluntaria y consiente, sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido la información pertinente acerca de las modalidades de atención en las que puede ser realizado el examen médico ocupacional y que debido a las circunstancias actuales la "telemedicina – Asistida (Resolución 2654 de 2019, Decreto 538 de 12/04/20 Art 8) será la modalidad que me brindarán, sin descartar la posibilidad de otras, si así lo requiriera , además recibí información adecuada acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos que me van a ser practicados (si aplican), y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a la IPS para realizar el examen médico en la modalidad mencionada y que se me practiquen los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales y a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el Informe de Condiciones de Salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a la IPS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.

Dra. Karen Yohana Garcia
Gerente Salud Ocupacional
RM 12860
Especialista en Auditoria - Salud

KAREN YOHANA GARCIA PALACIOS

12860

Médico Especialista en Salud Laboral

WILSON BRAVO HERNANDEZ 79450163

Firma y cédula del Paciente

LABORATORIO CLÍNICO

Informe de Laboratorio: 77917

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 20/01/2023 BOGOTA D.C
Paciente: WILSON BRAVO HERNANDEZ
Género MASCULINO **Edad:** 54
Fecha Nacimiento: 4/03/1968
Estado Civil: CASADO(A)
Dirección DG 89 A N 1158 - 50 INT 10 APTO 103
Empresa PARTICULAR

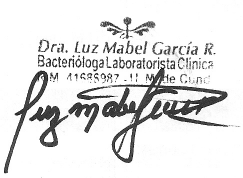
Tipo de Examen: LABORATORIO CLINICO PARTICULAR
Identificación: 79450163
Teléfono **Móvil:** 3142240236
Cargo: SUPERVISOR (A)
EPS: SANITAS S.A.
Escolaridad: UNIVERSITARIO

EXÁMENES REALIZADOS

Exámenes	Resultados	Valores de Referencia	Notas
GLICEMIA PRE-PRANDIAL - FECHA Y HORA EXACTA: 2023-01-20 07:38:45.3720	100 mg/dl	VR: 70 - 100 mg/dl	REALIZADO
CUADRO HEMÁTICO - FECHA Y HORA EXACTA: 2023-01-20 07:38:25.8500			REALIZADO
HEMATOCRITO	47 %		
HEMOGLOBINA	15.6 Gr%		
LEUCOCITOS	6800 /mm		
V.S.G.	6 mm		
RECUENTO DIFERENCIAL.			
NEUTRÓFILOS	61 %		
LINFOCITOS	35 %		
EOSINOFILOS	2 %		
BASOFILOS			
CAYADOS.			
MONOCITOS	2 %		
RECUENTO DE PLAQUETAS	290.000 /mm	130.000 - 440.000 plaquetas por cc de sangre	
PERFIL LIPIDICO - FECHA Y HORA EXACTA: 2023-01-20 07:38:52.4330	RAZON COLESTEROL/HDL:		SEGUIMIENTO
COLESTEROL TOTAL	198 mg/dl	VR: valor deseable hasta 200 mg/dl	
COLESTEROL HDL	51 mg/dl	VR:alto riesgo menor de 33 mg/dl	
COLESTEROL LDL	115 mg/dl	VR:normal hasta 178 mg/dl	
TRIGLICERIDOS	170 mg/dl	VR: 30-150 mg/dl	
PARCIAL DE ORINA - UROANALISIS - FECHA Y HORA EXACTA: 2023-01-20 07:38:36.0980			REALIZADO
EXAMEN FISICO.			
COLOR.	AMARILLA		
ASPECTO.	LIGERAMENTE TURBIO		
PH.	5.0		
DENSIDAD.	1020		
EXAMEN QUIMICO.			
ALBUMINA.	NEGATIVO	NEGATIVO	
GLUCOSA.	NEGATIVO	NEGATIVO	
C.CETONICOS.	NEGATIVO	NEGATIVO	
HEMOGLOBINA.	NEGATIVO	NEGATIVO	
P.BILIARES.	NEGATIVO	NEGATIVO	
NITRITOS.	NEGATIVO	NEGATIVO	
UROBILINÓGENO.	NORMAL	NEGATIVO	
EXAMEN MICROSCOPICO.			
LEUCOCITOS.	0CASIONALES /C		
PIOCITOS.	OCASIONALES /C		
HEMATIES.	NO HAY /C		
CÉLULAS	EPITELIALES. NO HAY /C		

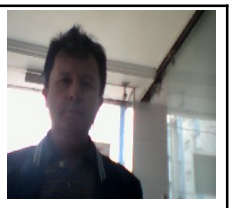
USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE

BACTERIAS.	NO HAY
C. HIALINOS.	NO HAY /C
C.GRANULOSOS.	NO HAY /C
MOCO.	ESCASO
LEVADURA.	NO HAY
OXALATO DE CALCIO	NO HAY
OTROS CRISTALES	



LUZ MABEL GARCIA RODRIGUEZ - WILSON BRAVO HERNANDEZ 79450163

Profesional Firma y cédula del Paciente



MG SALUD INTEGRAL OCUPACIONAL SAS
Nit: 900532770-0

EXAMEN DE AUDIOMETRÍA

Fecha 16/11/2022 **Nombre** WILSON BRAVO HERNANDEZ **Identificación** 79450163

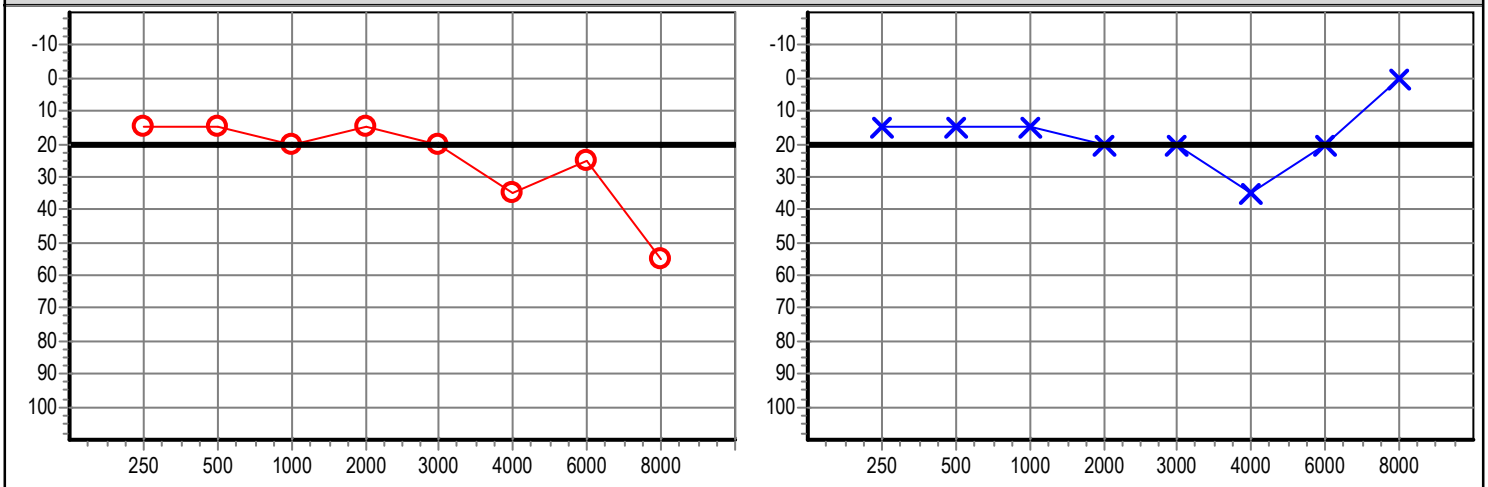
INFORMACIÓN PERSONAL

Edad 54 **Sexo** MASCULINO **Estado Civil** CASADO(A) **Fecha y Lugar de Nacimiento** 4/03/1968 BOGOTA D.C
Dirección DG 89 A N 1158 - 50 INT 10 APTO 103 **Teléfono** **Profesión**
Escolaridad UNIVERSITARIO **Estudio** COMPLETA **E.P.S.** SANITAS S.A.

ANTECEDENTES

Nombre **Concepto** **Notas**

AUDIOGRAMA



OTOSCOPIA

Oído Derecho NORMAL **Oído Izquierdo** NORMAL

DIAGNÓSTICO

Impresión Diagnóstica OD: DESCENSO LEVE EN FRECUENCIA(S): 4000- DESCENSO MODERADO EN FRECUENCIA(S): 8000- OI: DESCENSO LEVE EN FRECUENCIA(S): 4000- PTA OIDO DERECHO 17.50 - Audición Normal PTA OIDO IZQUIERDO 17.50 - Audición Normal

Recomendaciones 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO





NYDIA CONSTANZA PATIÑO FIGUEROA - **WILSON BRAVO HERNANDEZ** **79450163**
Firma Profesional Registro Firma Paciente Identificación

LABORATORIO CLÍNICO



Informe de Laboratorio: 77917

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 20/01/2023 BOGOTA D.C
Paciente: WILSON BRAVO HERNANDEZ
Género MASCULINO **Edad:** 54
Fecha Nacimiento: 4/03/1968
Estado Civil: CASADO(A)
Dirección DG 89 A N 1158 - 50 INT 10 APTO 103
Empresa PARTICULAR

Tipo de Examen: LABORATORIO CLINICO PARTICULAR
Identificación: 79450163
Teléfono **Móvil:** 3142240236
Cargo: SUPERVISOR (A)
EPS: SANITAS S.A.
Escolaridad: UNIVERSITARIO

USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE

Exámenes	Resultados	Valores de Referencia	Notas
GLICEMIA PRE-PRANDIAL - FECHA Y HORA EXACTA: 2023-01-20 07:38:45.3720	100 mg/dl	VR: 70 - 100 mg/dl	REALIZADO
CUADRO HEMÁTICO - FECHA Y HORA EXACTA: 2023-01-20 07:38:25.8500			REALIZADO
HEMATOCRITO	47 %		
HEMOGLOBINA	15.6 Gr%		
LEUCOCITOS	6800 /mm		
V.S.G.	6 mm		
RECUENTO DIFERENCIAL.			
NEUTRÓFILOS	61 %		
LINFOCITOS	35 %		
EOSINOFILOS	2 %		
BASOFILOS			
CAYADOS.			
MONOCITOS	2 %		
RECUENTO DE PLAQUETAS	290.000 /mm	130.000 - 440.000 plaquetas por cc de sangre	
PERFIL LIPIDICO - FECHA Y HORA EXACTA: 2023-01-20 07:38:52.4330	RAZON COLESTEROL/HDL:		SEGUIMIENTO
COLESTEROL TOTAL	198 mg/dl	VR: valor deseable hasta 200 mg/dl	
COLESTEROL HDL	51 mg/dl	VR:alto riesgo menor de 33 mg/dl	
COLESTEROL LDL	115 mg/dl	VR:normal hasta 178 mg/dl	
TRIGLICERIDOS	170 mg/dl	VR: 30-150 mg/dl	
PARCIAL DE ORINA - UROANALISIS - FECHA Y HORA EXACTA: 2023-01-20 07:38:36.0980			REALIZADO
EXAMEN FISICO.			
COLOR.	AMARILLA		
ASPECTO.	LIGERAMENTE TURBIO		
PH.	5.0		
DENSIDAD.	1020		
EXAMEN QUIMICO.			
ALBUMINA.	NEGATIVO	NEGATIVO	
GLUCOSA.	NEGATIVO	NEGATIVO	
C.CETONICOS.	NEGATIVO	NEGATIVO	
HEMOGLOBINA.	NEGATIVO	NEGATIVO	
P.BILIARES.	NEGATIVO	NEGATIVO	
NITRITOS.	NEGATIVO	NEGATIVO	
UROBILINÓGENO.	NORMAL	NEGATIVO	
EXAMEN MICROSCOPICO.			
LEUCOCITOS.	0CASIONALES /C		
PIOCITOS.	OCASIONALES /C		
HEMATIES.	NO HAY /C		
CÉLULAS	EPITELIALES. NO HAY /C		

BACTERIAS.	NO HAY
C. HIALINOS.	NO HAY /C
C.GRANULOSOS.	NO HAY /C
MOCO.	ESCASO
LEVADURA.	NO HAY
OXALATO DE CALCIO	NO HAY
OTROS CRISTALES	

Dra. Luz Mabel García R.
Bacterióloga Laboratorista Clínica
CM 41685987 - 11 M de Cund

LUZ MABEL GARCIA RODRIGUEZ -

Profesional

WILSON BRAVO HERNANDEZ 79450163

Firma y cédula del Paciente

CERTIFICADO DE OPTOMETRIA



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 16/11/2022 BOGOTA D.C
Paciente: WILSON BRAVO HERNANDEZ
Género MASCULINO **Edad:** 54
Fecha Nacimiento: 4/03/1968
Estado Civil: CASADO(A)
Dirección DG 89 A N 1158 - 50 INT 10 APTO 103
Empresa PARTICULAR

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 79450163
Teléfono **Móvil:** 3142240236
Cargo: SUPERVISOR (A)
EPS: SANITAS S.A.
Escolaridad: UNIVERSITARIO

EVALUACIÓN

Formula Final OD

Formula Final OI

Distancia Pupilar

ADD

Recomendaciones DEBE USAR ANTEOJOS DE PROTECCIÓN PARA LUZ AZUL POR BAJA AGUDEZA VISUAL LEJOS Y CERCA ODI, PAUTAS DE HIGIENE VISUAL. CONTROL: ANUAL.

Impresión Diagnóstica ASTIGMATISMO - PRESBICIA

Remisiones -ACTUALIZAR FÓRMULA DE ANTEOJOS EN USO

GLORIA ESPERANZA HINCAPIÉ RODRÍGUEZ 51646838
Profesional

WILSON BRAVO HERNANDEZ 79450163
Firma y cédula del Paciente

CONCEPTO PSICOTECNICO DE PERSONALDIAD 16PF-5

FECHA: 12 de febrero de 2023.

IDENTIFICACION DEL EVALUADO.

NOMBRE: WILSON BRAVO HERNANDEZ

CC. 79.450.163

ANALISIS DE LA INFORMACION Y OBSERVACIONES.

EVALUACION FACTORES DE PERSONALIDAD 16-PF.

En la evaluación de personalidad se identifica que en su área intelectual posee pensamiento de tipo concreto, con razonamiento algo elaborado, puede seguir instrucciones de complejidad baja o media, su estilo intelectual es algo practico, su estilo de pensamiento tiene a ser de pensamiento radical, en su área emocional no presenta ninguna tendencia de tipo neurótico, su perfil muestra salud mental, en su área social tiene algunos rasgos de líder, notoriamente introvertida, en su área de normas y valores tiende a ser recto, algo moralista, un poco persistente y juicioso, no sufre por faltas.

CONCEPTO: **No se encuentran rasgos que llamen la atención o que puedan generar dificultades para el cargo, sin observaciones adicionales.**

Atentamente;

Carlos Andrés Alarcon C.
Psicologo Esp. Seguridad
y salud En el trabajo
Licencia No. 1634 de 18/02/2022

CARLOS ANDRES ALARCON CELIS
PSICOLOGO ESP. MGSALUD

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Wilson Bravo Hernandez, identificado(a) con CC número 79450163, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 79450163
NOMBRES Y APELLIDOS	Wilson Bravo Hernandez
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	04/03/1968
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/02/2006
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	765 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	2065 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	56 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/02/2006
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 79450163 WILSON BRAVO HERNANDEZ Desde 01/06/2023 - Vigente

Generado por interfaces 09/09/2024

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **WILSON BRAVO HERNANDEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79450163,** se encuentra afiliado/a desde **01/12/2019** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 09 de septiembre de 2024.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA 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 se evidenció que, **WILSON BRAVO HERNANDEZ** identificado con **CC** No. **79450163**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 08/09/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 01/10/2024 **Fecha fin de Contrato:** 13/12/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5

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): 202401019578383.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 19 días del mes de septiembre de 2024.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit: 860.011.153-6 · **Línea gratuita nacional:** 01-8000-111-170 **Teléfono:** (601) 330-7000
Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo Rincón · defensordelcliente@positiva.gov.co
Carrera 11A No 96 - 51 Oficina 206 Bogotá. Teléfono: (601) 610 8164

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14969667842

(415)7707212489984(8020) 000001496966784 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 9 4 5 0 1 6 3	1	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	79450163	

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
BRAVO	HERNANDEZ	WILSON	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
DG 89 A 115 50 IN 10 AP 103 BRR CIUDADELA COLSUBSIDIO

42. Correo electrónico wbravo@misena.edu.co

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 12 - 29 / 10 : 46: 11

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre BRAVO HERNANDEZ WILSON

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) WILSON BRAVO HERNANDEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79450163 el día 23/09/2024 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

Hace constar:

Que el Sr(a) WILSON BRAVO HERNANDEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79450163 realizó el día 20/06/2024 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 WILSON BRAVO HERNANDEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79450163 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.



Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General

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	21-46-101098686	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
20	09	2024	19	09	2024	00:00	13	04	2025	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	BRAVO HERNANDEZ WILSON	IDENTIFICACIÓN:	C.C. :79,450,163
DIRECCIÓN:	DG 89 A 115 - 50 INT. 10	CIUDAD: BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO: 3142240236

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENAGRUPO DEAPOYO ADMINISTRATIVO INTERCENTROS CAZUCA	IDENTIFICACIÓN:	NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN:	AUTOPISTA SUR CARRERA 4 # 53 - 54	CIUDAD: SOACHA - CUNDINAMARCA	TELÉFONO: 0
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.6794755 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA AUTÓNOMA E INDEPENDIENTE PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN LAS COMPETENCIAS TÉCNICAS, CLAVES Y TRANSVERSALES A TRAVÉS DE HERRAMIENTAS PEDAGÓGICAS EN EL PROGRAMA Y MODALIDAD ASIGNADA GARANTIZANDO EL CUMPLIMIENTO DEL PROCESO EDUCATIVO DE LOS APRENDICES DEL CENTRO DE TECNOLOGÍAS PARA LA CONSTRUCCIÓN Y LA MADERA POR LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS EN EL CALENDARIO ACADÉMICO DE LA VIGENCIA 2024 - PROYECTO LEY - MEJORAMIENTO

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	19/09/2024	13/04/2025	$ 1,218,333.30

ACLARACIONES:

VALOR PRIMA NETA:	GASTOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00	$ 1,218,333.30	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
DELIMA GRUPO EMPRESARIAL	93093	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.

21-46-101098686

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

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

Hacemos constar, que la póliza No. 21-46-101098686, 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 20 días del mes de Septiembre de 2024



FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

Oficina Principal: Calle 83 No 19-10 Bogotá D.C. Teléfono: 601-2186977, 601-6019330
ASISTENCIA CELULAR #388 - FUERA DE BOGOTA 018000123010
www.segurosdelestado.com

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°: 21461010986860

FECHA	
CONTADO	

RECIBIMOS DE: BRAVO HERNANDEZ WILSON — C.C. C.C. :79,450,163

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

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 21-46-101098686

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
ANTIGUO COUNTRY - CU. ESTATAL - 101098686 - 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: DELIMA GRUPO EMPRESARIAL - 93093	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°: 21461010986860

FECHA
CONTADO

RECIBIMOS DE: BRAVO HERNANDEZ WILSON — C.C. C.C. :79,450,163

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

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 21-46-101098686

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
ANTIGUO COUNTRY - CU. ESTATAL - 101098686 - 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: DELIMA GRUPO EMPRESARIAL - 93093	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.21-46-101098686

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.
NIT. 860009578-6
RECIBO DE CAJA Nº 38991408

Expedido en	Sucursal	Código Sucursal	Fecha de Pago	Clave	Intermediario
BOGOTA, D.C.	OFICINA PRINCIPAL	1	20/09/2024	93093	DE LIMA GRUPO EMPRESARIAL LTDA

Tomador:	WILSON BRAVO HERNANDEZ	**NIT/CC** 79450163
Suma de:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE.******	
Pagador:	WILSON BRAVO HERNÁNDEZ	**NIT/CC** 79450163
Por concepto de:	APLICACION PORTAL DE RECAUDOS #453579129	

Suc-Ramo-Póliza-Endoso-Cuota	Prima	Gasto	IVA	Runt	Valor
21-ANTIGUO COUNTRY-46-CU. ENTIDAD.EST.ONL-101098686-0-1	$20.000,00	$8.000,00	$5.320,00	$0,00	$33.320,00

Otros conceptos de pago	Valor
CUENTA PUENTE INTERSUCURSALES	$33.320,00

Forma de pago		
AHORRO	**Ahorro:**	$33.320,00
	Corriente:	$0,00
	Tarjeta:	$0,00
	Otro:	$0,00
Transacción: 16605864	**Total:**	**$33.320,00**
	Cajero:	PAGUESTADO