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 VALLE**

**CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE**

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

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **76** |
| **Código Centro** | **912410** |
| **Fecha Elaboración** | **Setiembre de 2024** |
| **Versión** | **MARZO 2024 - 2,24** |
| **ID de Proceso** | **73663-237558** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | HAROLD ALFREDO CRUZ SERNA | **Banco a consignar:** | BANCO BBVA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 94.477.530 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | hacs1618@gmail.com | **Número de Cuenta:** | 206001975 |
| **IP/Nº de contacto:** | 0 | **Presta Servicios Excluidos de IVA:** | NO |
| **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:** | 5792352/2024 | **Nº Compromiso SIIF** | **290424** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 4 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | INSTRUCTOR: CESION PRESTACIÓN SERVICIOS TEMPORALES PARA ORIENTAR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL COMO INSTRUCTOR SENA DEL PROGRAMA DE SER Y ACOMPAÑAMIENTO A PROYECTOS PRODUCTIVOS COMO PARTE DE LA ATENCIÓN A POBLACIÓN CAMPESINA-CAMPESENA DEL CAB |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Del** | **05/09/2024 Al 30/09/2024** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 15.034.002 |
| **Número de pago** | **1** | **Valor Total del Contrato:** | $ 15.034.002 |
| **Valor Bruto Pago:** | **$ 3.870.139,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 11.163.863 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.870.139 | 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** | **$ 3.870.139** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.559.639** | **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** | | ---------- | **0000** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.548.056 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 193.600 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 247.700 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 |
| ARL | II | $ 16.200 | $ 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 | | $ - | |
| Salud hasta | $ 753.040 | $ - | |
| Renta Exenta 25% | $ 12.393.783 | $ 853.000 | |
| 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 | 2.559.639,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 3.870.139,00 | |
| 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 - 8523 - GUADALAJARA D | 11.610,00 | 0,300% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| Pro-UCEVA | 19.351,00 | 0,500% |
| 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** | **$3.839.178,00** | |

**SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL CIENTO SETENTA Y OCHO PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

PLANILLA CONTRATISTA
CERTIFICACION BANCARIA
EXAMENES MEDICOS
RUT
CERTIFICACION EPS, PENSION, SIIF, ARL
CERTIFICADO SST MANUAL DE DISCAPACIDAD DE SIGA
POLIZA

**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

**HAROLD ALFREDO CRUZ SERNA**
**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,

**HECTOR HERNAN LOPEZ MENDEZ**
**INSTRUCTOR G08**

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

**EL ORDENADOR DEL PAGO**
**ALBETH MARTINEZ VALENCIA**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

19/09/24 09:28:59 USUARIO: SIC - C.C. 94477530

BBVA

Creando Oportunidades

# BBVA Colombia
# NIT 860.003.020-1
# Certifica

Que nuestro(a) cliente HAROLD ALFREDO CRUZ SERNA, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 94,477,530 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 206001975 aperturada el 18 de octubre de 2023 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 30 de agosto de 2024.

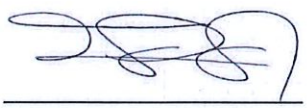
---

Para trámites de nómina,legales,internacionales y otros,también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

| | |
|---|---|
| Cuenta de 10 dígitos: | 0206001975 |
| Cuenta de 16 dígitos: | 0206000200001975 |
| Cuenta de 20 dígitos: | 00130206000200001975 |

---

**Firma autográfica**



Responsable servicio al cliente
**BBVA Colombia**

***Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.***

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Optica Sta. Marta
Nit 1115073967-8
@opticastamartabuga
Opticastamartabuga@gmail.com

RECETARIO ☐
COTIZACIÓN ☐

FECHA 30 08 2024.

Nombre Harold A. Cruz. C.C. 94'.477.530
Edad 43 Años Tel. ó Cel.:

Dx= Astigmatismo A.O.
Hipermetropia O.I
Ambliopia O.I.

Rx Final. Dp=62mm
O.D= N-0.25x0. AU. 20/20
O I= +2.50 - 3.50x170. AU 20/40-
ADD +1.25.

Se recomienda L.C. en OI. y gafas Para U.P=
Uso permanente de Rx de O.I.
Control en 1 Año.

Ricardo Valderrama A
Reg: ~~1.116.074.025~~
Optometra
Areandina Pereira

Calle 5 # 12-77 2371549 3178361705

Laboratorio Clinico Lopez S.A.S.

Orden de trabajo: 0001 000000388208

Paciente: HARLOLD ALFREDO CRUZ SERNA
D.I.: 94477530
Medico:
Empresa: EMPRESA PARTICULAR

Edad/Sexo: 043 A /M
Origen muestra: DOMICILIO
Fecha Recepción: 30/08/2024
Fecha Impresión: 30/08/2024

| ANÁLISIS | RESULTADOS | V/REFERENCIA |
|---|---|---|
| **Responsable: CLAUDIA TASCON SANCHEZ, Reg. 10084** | | |
| GLICEMIA EN AYUNO: | 99.1 mg/dl | 70 a 105 |
| ***Técnica COLORIMETRICO, Reportado: 30/08/2024 09:43:07*** | | |
| **Responsable: CLAUDIA TASCON SANCHEZ, Reg. 10084** | | |
| PERFIL COMPLETO DE LIPIDOS | | |
| COLESTEROL TOTAL | 195.0 mg/dl | |
| Observacion Importante | | |
| Deseable: hasta 200 mg/dl | | |
| Riesgo: mayor de 240 mg/dl | | |
| COLESTEROL ALTA DENSIDAD ( HDL) | 48.1 mg/dl | ** |
| Observacion Importante | | |
| HOMBRES | | |
| Deseable: mayor de 55 mg/dl | | |
| Riesgo: menor de 35 mg/dl | | |
| MUJERES | | |
| Deseable: mayor de 65 mg/dl | | |
| Riesgo: menor de 45 mg/dl | | |
| TRIGLICERIDOS | 149.1 mg/dl | |
| Observacion Importante | | |
| HOMBRES | | |
| Deseable: entre 40-160 mg/dl | | |
| Riesgo: mayor de 200 mg/dl | | |
| MUJERES | | |
| Deseable: entre 35-135 mg/dl | | |
| Riesgo: mayor de 200 mg/dl | | |
| COLESTEROL MUY BAJA DENSIDAD ( VLDL ) | 29.82 mg/dl | 20.0 a 60.0 |
| COLESTEROL BAJA DENSIDAD ( LDL ) | 117.08 | |

"la interpretación de este análisis corresponde exclusivamente al médico"

USTED ES NUESTRA PRIORIDAD, POR TAL RAZÓN ES QUE LE BRINDAMOS SERVICIOS QUE SE AJUSTEN A SUS NECECIDADES

Sede principal: Carrera 15 N° 4-63 PBX: 2366222, Cel: 315 573 29 32.
Web: www.laboratorioclinicolopez.com, Email: gestion@laboratorioclinicolopez.com

La manipulación o alteración del contenido de este documento está sujeto a la ley 289 del código penal
"Art. 4° Falsificación: "El que falsifique documento privado que pueda servir de prueba, incurrirá, si lo usa, en prisión de dieciséis (16) a ciento ocho (108) meses."

VIGILADO Supersalud

Laboratorio Clinico Lopez S.A.S.

Orden de trabajo: 0001 000000388208

Paciente: HARLOLD ALFREDO CRUZ SERNA
D.I.: 94477530
Medico:
Empresa: EMPRESA PARTICULAR

Edad/Sexo: 043 A /M
Origen muestra: DOMICILIO
Fecha Recepción: 30/08/2024
Fecha Impresión: 30/08/2024

| ANÁLISIS | RESULTADOS | V/REFERENCIA |
|---|---|---|
| Observacion Importante | | |
| Deseable: menor de 100 mg/dl | | |
| Riesgo Relativo: 150 - 200 mg/dl | | |
| Riesgo Elevado : mayor de 200 mg/dl | | |
| INDICE ARTERIAL | 4.05 | |
| Aspecto del suero | CLARO | |

***Técnica ENZIMATICO, Reportado: 30/08/2024 09:34:00***
**Responsable: CLAUDIA TASCON SANCHEZ, Reg. 10084**

"la interpretación de este análisis corresponde exclusivamente al médico"
USTED ES NUESTRA PRIORIDAD, POR TAL RAZÓN ES QUE LE BRINDAMOS SERVICIOS QUE SE AJUSTEN A SUS NECECIDADES
Sede principal: Carrera 15 N° 4-63 PBX: 2366222, Cel: 315 573 29 32.
Web: www.laboratorioclinicolopez.com, Email: gestion@laboratorioclinicolopez.com
La manipulación o alteración del contenido de este documento está sujeto a la ley 289 del código penal citado a continuación; "El que falsifique documento privado que pueda servir de prueba, incurrirá, si lo usa, en prisión de dieciséis (16) a ciento ocho (108) meses."

VIGILADO Supersalud

Laboratorio Clinico Lopez S.A.S.



Orden de trabajo: 0001 000000388208

Paciente: HARLOLD ALFREDO CRUZ SERNA
D.I.: 94477530
Medico:
Empresa: EMPRESA PARTICULAR

Edad/Sexo: 043 A /M
Origen muestra: DOMICILIO
Fecha Recepción: 30/08/2024
Fecha Impresión: 30/08/2024

| ANÁLISIS | RESULTADOS | | V/REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| CUADRO HEMATICO-HEMOGRAMA | | | |
| WBC Recuento absoluto de leucocitos | 6.15 10^3/ul | | 5.00 a 10.00 |
| Neu% Recuento diferencial relativo de neutrofilos | 47.1 % | ** | 50.0 a 75.0 |
| Lym% Recuento diferencial relativo de linfocitos | 45.0 % | ** | 25.0 a 40.0 |
| Mon% Recuento diferencial relativo de monocitos | 4.8 % | | 3.00 a 7.00 |
| Eos% Recuento diferencial relativo de eosinofilos | 2.7 % | | 0.00 a 5.00 |
| Bas% Recuento diferencial relativo de basofilos | 0.4 % | | 0.0 a 1.5 |
| Neu# Recuento absoluto de neutrofilos | 2.89 10^3/ul | | 2.50 a 7.50 |
| Lym# Recuento absoluto de linfocitos | 2.77 10^3/ul | | 1.30 a 4.00 |
| Mon# Recuento absoluto de monocitos | 0.30 10^3/ul | | 0.15 a 0.70 |
| Eos# Recuento absoluto de eosinofilos | 0.17 10^3/ul | | 0.00 a 0.50 |
| Bas# Recuento absoluto de basofilos | 0.02 10^3/ul | | 0.00 a 0.15 |
| ALY# Recuento absoluto de linfoblastos | 0.00 10^3/ul | | 0.00 a 0.20 |
| ALY% Recuento diferencial relativo de linfoblastos | 0.0 % | | 0.0 a 0.2 |
| LIC# Recuento absoluto de blastos | 0.01 10^3/ul | | 0.00 a 0.70 |
| LIC% Recuento diferencial relativo de blastos | 0.2 % | | 0.0 a 0.7 |
| NRBC# Recuento absoluto de normoblastos | 0.000 10^9/L | | 0.00 a 9.99 |
| NRBC% Recuento diferencial relativo de normoblastos | 0.00 % | | 0.00 a 9.99 |
| RBC Recuento de globulos rojos | 5.47 10^6/ul | ** | 4.00 a 5.00 |
| HGB Hemoglobina | 16.3 gr/dl | | 14.0 a 17.4 |
| HCT Hematocrito | 47.3 % | | 45.0 a 52.0 |
| MCV Volumen corpuscular medio | 86.5 fl | | 76.00 a 96.00 |
| MCH Hemoglobina corpuscular media | 29.8 pg | | 27.0 a 32.0 |
| MCHC Concentracion media de hemoglobina corpuscular | 34.4 gr/dl | | 30.0 a 35.0 |
| RDW-CV Ancho de distribucion eritrocitaria | 14.2 % | | 11.0 a 16.0 |
| RDW-SD Ancho de distribucion eritrocitaria | 45.6 fl | | 35.0 a 56.0 |
| PLT Recuento de plaquetas | 233 10^3/ul | | 150 a 400 |
| MPV Volumen plaquetario medio | 8.7 fl | | 8.0 a 15.0 |

"la interpretación de este análisis corresponde exclusivamente al médico"

USTED ES NUESTRA PRIORIDAD, POR TAL RAZÓN ES QUE LE BRINDAMOS SERVICIOS QUE SE AJUSTEN A SUS NECECIDADES



La manipulación o alteración del contenido de este documento está sujeto a la ley 289 del código penal citado a continuación; "El que falsifique documento privado que pueda servir de prueba, incurrirá, si lo usa, en prisión de dieciséis (16) a ciento ocho (108) meses."

VIGILADO Supersalud

Fecha 29 de agosto de 2024

Certificacion medica ocupacional : Preingreso con enfasis Osteomuscular
Con Enfasis Musculo Esqueletico ,cardiovascular

EMPRESA. **PARTICULAR**

Cargo CONTRATISTA
Empresa presentó Matriz medica ocupacional **NO**

**1-IDENTIFICACION**

Nombre Afiliado : CRUZ SERNA HAROLD ALFREDO
Nº Identificacion : 94.477.530

**2-Evaluacion ocupacional** Sin hallazgos Con hallazgos X NA = NO APLICA

**3- Evaluaciones complementarias**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Optometria | x | Colesterol | x | Hemograma | x |
| Audiometria | NA | Triglicéridos | x | psicosensometrico | NA |
| Espirometria | NA | Glicemia | x | Coprologico o Coprocultivo | NA |
| RX columna Lumbosacra | NA | KOH= | NA | Parcial De orina | x |
| Estado nutricional ( IMC) | 30.7 Obesidad Gado I | Frotis Faringeo o cultivo | NA | prueba psicologia | x |

**4-CONCEPTO APTITUD PARA EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL**

De acuerdo a la evaluacion medica Ocupacional realizada para determinar la condiciones necesarias para desempeñar el cargo al que aspira y teniendo encuenta la norma legales vigente en materia de examenes medicos ocupacionales el aspirante o trabajador

**SI reune las condiciones para desempeñar el cargo o actividades a la que aspira.**

**5.CONCEPTO MEDICO PARA MANIPULAR ALIMENTOS**

NA

**6- RECOMENDACIONES GENERALES**

Cumplir normas de higiene Postural, usar EPP, completar esquema de vacunacion tetano estilo de vida saludable.
Cumplir los protocolos de bioseguridad covid-19 adoptados por la empresa

**7-Recomendaciones Laborales**

**9-Constancia entrega de documentos**

Hago Constar que se ha entregado copia de la evaluacion medica ocupacional y/o pruebas complementarias al aspirante o trabajador las cuales fueron explicadas y se deja constancia que el aspirante o trabajador firmo a sastifaccion el consentimiento informado para la realizacion de estos.
Como Constancia Firmo :

Alcira Fernández Daza
MD Ocupacional
Reg Medico Nº 2637/89 y Lic SC 1523 de 2023

Firma Trabajador
CRUZ SERNA HAROLD ALFREDO
94.477.530

Dirección. Calle 3 No. 13 - 51 Centro medico Ciudad Señora
Tel. 3340335 Celular. 3162878599 Buga - Valle

**Hennehnofer Escobar Ossa. T.P 134140**
**Psicólogo Universidad del Valle**
**Especialista en Psicología Clínica. Universidad de San Buenaventura**

análisis psicológico
*Aquí te escuchamos*

# Análisis Psicológico

***Consulta Psicoologica Especializada***

## Hace constar

Que el señor ***HAROLD ALFREDO CRUZ SERNA*** de ***43*** años de edad, identificado con CC **94477530** Con domicilio en la ***Calle 15 Sur Nº 4 – 40*** en ***Guadalajara de Buga*** ha sido evaluado clínicamente hallándose orientado en el tiempo y el espacio, lugar y persona (Casado, padre de dos hijos menores de edad), en plena capacidad de discernimiento o juicio, no presenta evidencias de déficit cognitivo alguno ni de alteración nerviosa o emocional, ni reporta en los últimos tres meses episodios traumáticos o de déficit de salud mental. No presenta ni un semblante ni conductas o comportamientos maniacos o delirantes, ni alteraciones neurológicas evidentes. Por lo que no presenta trastorno o síndrome, ni ningún cuadro clínico evidente. Refiere no consumir alcohol, tabaco, ni sustancias psicoactivas.

Se expide la presente certificación como trámite para vinculación laboral del interesado, a los 30 días del mes de agosto de 2024

Firma clínico tratante,

**Hennehnofer Escobar Ossa. T.P 134140**
**Psicólogo Clínico**

Hennehnofer Escobar Ossa
Psicólogo Clínico
UV - USB
TP 134140

Calle 3 Nº 13-51 Basílica
Guadalajara de Buga

+573165149779

analisispciologico@outlook.com

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141120567608

(415)7707212489984(8020) 000014112056760 8

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 9 4 4 7 7 5 3 0 | 1 | Impuestos y Aduanas de Palmira 1 5 | |

## 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 | 94477530 | |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Valle del Cauca 7 6 | Guadalajara de Buga 1 1 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CRUZ | SERNA | HAROLD | ALFREDO |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Valle del Cauca 7 6 | Guadalajara de Buga 1 1 1 |

41. Dirección principal: CL 7 A SUR 13 103 BRR LA JULIA

42. Correo electrónico: pampaleather1520@gmail.com

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

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 |
| 4 7 7 2 | 2 0 2 2 0 6 1 3 | 8 2 9 9 | 2 0 1 5 0 6 2 9 | 8 5 4 2 | 9 0 0 7 | |

### Ocupación

| 51. Código | 52. Número establecimientos |
|---|---|
| | |

### 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 | 2 | 2 | 4 | 9 | 5 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

52 - Facturador electrónico

### 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 2024 - 08 - 29 / 16 : 30: 59

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 CRUZ SERNA HAROLD ALFREDO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141120567608

(415)7707212489984(8020) **000014112056760 8**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 9 4 4 7 7 5 3 0 | 1 | Impuestos y Aduanas de Palmira | 1 5 | |

**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 2 2 0 6 1 3 | |
| 74. Número de notaría | | |
| 75. Entidad de registro | 0 3 | |
| 76. Fecha de registro | 2 0 2 2 0 6 1 3 | |
| 77. No. Matrícula mercantil | 8 1 5 0 4 | |
| 78. Departamento | 7 6 | |
| 79. Ciudad/Municipio | 7 | |
| Vigencia | | |
| 80. Desde | | |
| 81. Hasta | | |

**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) | 92. DV |
|---|---|---|---|---|
| 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

# Formulario del Registro Único Tributario
## Establecimientos

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141120567608

(415)7707212489984(8020) **000014112056760 8**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 9 4 4 7 7 5 3 0 | 1 | Impuestos y Aduanas de Palmira 1 5 | |

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

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Comercio al por menor de todo tipo de calzado y artículos de cuero y suced 4 7 7 2 |

162. Nombre del establecimiento: PAMPA LEATHER

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Valle del Cauca 7 6 | Guadalajara de Buga 1 1 1 |

165. Dirección: CR 9 CL 5 SUR ESQ

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 8 1 5 0 4 | 2 0 2 2 0 6 1 3 |
| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre |

**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 |
|---|---|
| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre |

**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 |
|---|---|
| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre |

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

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, **HAROLD ALFREDO CRUZ SERNA** identificado con **CC** No. **94477530**, registra la siguiente información.

| Datos del Contratante | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034 | **Fecha de inicio de cobertura:** 10/09/2024<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 05/09/2024<br>**Fecha fin de Contrato:** 15/12/2024<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>**Clase de Riesgo:** 2 |

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): 202401019429485.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 15 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

SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.
NIT 805.001.157 - 2
CERTIFICA:

El(la) señor(a) HAROLD ALFREDO CRUZ SERNA , identificado(a) con CC 94477530 se encuentra afiliado(a) en el Plan de Beneficios en Salud P.B.S. en la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. E.P.S., afiliado desde: 01/10/2005 y su estado de Afiliación a la fecha de generación este certificado es: ACTIVO por el Régimen CONTRIBUTIVO, en calidad de CONYUGE COTIZANTE

Su grupo familiar es:

| Tipo de Documento | Número de documento | Nombre del afiliado | Estado de afiliación |
|---|---|---|---|
| CC | 94477530 | HAROLD ALFREDO CRUZ SERNA | VIGENTE |

Relación del histórico de afiliación y días pagados a la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A en el último año.

| Tipo doc | Número de documento | Nombre del Cotizante | Tipo ID Empleador | NúmeroID Empleador | Razón Social | Período Cotización | Días Cotizados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 94477530 | HAROLD ALFREDO CRUZ SERNA | CC | 94477530 | HAROLD ALFREDO CRUZ SERNA | 2023/08 | 30 |
| CC | 94477530 | HAROLD ALFREDO CRUZ SERNA | CC | 94477530 | HAROLD ALFREDO CRUZ SERNA | 2023/09 | 30 |
| CC | 94477530 | HAROLD ALFREDO CRUZ SERNA | CC | 94477530 | HAROLD ALFREDO CRUZ SERNA | 2023/10 | 30 |
| CC | 94477530 | HAROLD ALFREDO CRUZ SERNA | CC | 94477530 | HAROLD ALFREDO CRUZ SERNA | 2023/11 | 22 |
| CC | 94477530 | HAROLD ALFREDO CRUZ SERNA | CC | 94477530 | HAROLD ALFREDO CRUZ SERNA | 2024/03 | 24 |
| CC | 94477530 | HAROLD ALFREDO CRUZ SERNA | CC | 94477530 | HAROLD ALFREDO CRUZ SERNA | 2024/04 | 30 |
| CC | 94477530 | HAROLD ALFREDO CRUZ SERNA | CC | 94477530 | HAROLD ALFREDO CRUZ SERNA | 2024/05 | 30 |
| CC | 94477530 | HAROLD ALFREDO CRUZ SERNA | CC | 94477530 | HAROLD ALFREDO CRUZ SERNA | 2024/06 | 30 |
| CC | 94477530 | HAROLD ALFREDO CRUZ SERNA | CC | 94477530 | HAROLD ALFREDO CRUZ SERNA | 2024/07 | 30 |

Para constancia de lo anterior se firma en la Ciudad de Santiago de Cali, a los TREINTA (30) días del mes de AGOSTO del año 2024.

Información sujeta a verificación por parte de la EPS Servicio Occidental de Salud SOS S.A, "Esta información es propiedad privada del Ministerio de Salud y Protección Social."

Este documento no es válido como autorización de servicios o traslado entre EPS.

Atentamente,



Andres Arango Zapata.
Gerencia de Experiencia al Usuario

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del**

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**HAROLD ALFREDO CRUZ SERNA,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **94.477.530**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 30 de Agosto del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

## Hace constar:

Que el Sr(a) HAROLD ALFREDO CRUZ SERNA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 94477530 realizó el día 11/09/2024 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 HAROLD ALFREDO CRUZ SERNA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 94477530 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

# Hace constar:

Que el Sr(a) HAROLD ALFREDO CRUZ SERNA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 94477530 el día 15/09/2024 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el

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

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: |
|---|---|---|---|---|
| TULUA | AGENCIA TULUA | 52 | 52-46-101004498 | 0 |

| FECHA EXPEDICIÓN: | | | VIGENCIA DESDE: | | | A LAS: | VIGENCIA HASTA: | | | A LAS: | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DÍA: | MES: | AÑO: | DÍA: | MES: | AÑO: | HORAS: | DÍA: | MES: | AÑO: | HORAS: | TIPO MOVIMIENTO: |
| 05 | 09 | 2024 | 05 | 09 | 2024 | 00:00 | 15 | 04 | 2025 | 23:59 | EMISIÓN ORIGINAL |

### DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | CRUZ SERNA HAROLD ALFREDO | | | IDENTIFICACIÓN: | C.C. :94,477,530 |
|---|---|---|---|---|---|
| DIRECCIÓN: | CALLE 15 SUR 4 -40 | CIUDAD: | BUGA - VALLE | TELÉFONO: | 3157785111 |

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

| ASEGURADO/BENEFICIARIO: | SENA CENTRO AGROPECUARIO DE GUADALAJARA DE BUGA VALLE DEL CAUCA | | | IDENTIFICACIÓN: | NIT. :899,999,034-1 |
|---|---|---|---|---|---|
| DIRECCIÓN: | CARRETERA CENTRAL, VARIANTE BUGA, TULUA | CIUDAD: | BUGA - VALLE | TELÉFONO: | 2376300 |
| 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.5792352 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ORIENTAR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL COMO INSTRUCTOR SENA DEL PROGRAMA DE SENA EMPRENDE RURAL - SER Y ACOMPAÑAMIENTO A PROYECTOS PRODUCTIVOS COMO PARTE DE LA ATENCIÓN DIFERENCIAL A POBLACIÓN CAMPESINA-CAMPESENA DEL CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA.

### AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

| AMPAROS: | VIGENCIA DESDE: | VIGENCIA HASTA: | SUMA ASEG/ACTUAL: |
|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 05/09/2024 | 15/04/2025 | $ 1,503,400.20 |

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 | $ 1,503,400.20 | CONTADO |

| INTERMEDIARIO | | | DISTRIBUCIÓN COASEGURO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: | CLAVE: | % PART: | NOMBRE COMPAÑÍA: | % PART: | VALOR ASEGURADO: |
| GLORIA ISABEL SOTO VELASCO | 91929 | 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 28 NO. 26-63 - TELÉFONO: 2247827 - TULUA**

52-46-101004498
FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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. 52-46-101004498, 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 TULUA, a los 5 días del mes de Septiembre de 2024

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

## SEGUROS DEL ESTADO S.A.

**Hace constar que:** **RECIBO DE PAGO N°:** 52461010044980

| | |
|---|---|
| **FECHA** | |
| CONTADO | |
| **RECIBIMOS DE:** | CRUZ SERNA HAROLD ALFREDO — C.C. C.C. :94,477,530 |
| **LA SUMA DE:** | TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE |
| **POR CONCEPTO DE:** | PAGO DE PÓLIZA NRO.: 52-46-101004498 |

| SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA | PRIMA | GASTOS EXPEDICION | IVA | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| AGENCIA TULUA - CU. ESTATAL - 101004498 - 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:** GLORIA ISABEL SOTO VELASCO - 91929 | **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°:** 52461010044980

| | |
|---|---|
| **FECHA** | |
| CONTADO | |
| **RECIBIMOS DE:** | CRUZ SERNA HAROLD ALFREDO — C.C. C.C. :94,477,530 |
| **LA SUMA DE:** | TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE |
| **POR CONCEPTO DE:** | PAGO DE PÓLIZA NRO.: 52-46-101004498 |

| SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA | PRIMA | GASTOS EXPEDICION | IVA | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| AGENCIA TULUA - CU. ESTATAL - 101004498 - 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:** GLORIA ISABEL SOTO VELASCO - 91929 | **OTROS:** | $ 0.00 |
| | **TOTAL:** | $ 33,320.00 |
| | **CAJERO: RAPIESTADO** | |

**COPIA**



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
IGILADO

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 EFÉCTUAR 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
IGILADO

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.52-46-101004498

**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
IGILADO