SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

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

| | |
|---|---|
| Código Regional | 8 |
| Código Centro | 930210 |
| Fecha Elaboración | 31 de enero de 2020 |
| Versión | ENERO 2020 - 1,20 |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nombres y apellidos contratista: / Correo electrónico contratista: | CLARIT ELENA CASTILLO FERNANDEZ cecastillo97@misena.edu.co | C.C. | 1.143.126.879 | IP/Nº de contacto | 3017175381 |
| Régimen del IVA: | NO RESPONSABLE | Es declarante de renta? | SI | Es Pensionado? | NO |
| Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000 | SI | Inducción SST | SI | Presta Servicios Excluidos de IVA ? | NO |
| Banco al cual consignar: | AV VILLAS | Tipo de cta | AHORROS | Nº Cuenta | 817844124 |
| Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato? | NO | Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los $ 124.625.000 | | | NO |

## DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nº del contrato: | 1310875/2020 | | | Nº Compromiso SIIF | 17120 |
| Valor Total del Contrato | $ 13.436.299 | N ° Pago | Periodo objeto de pago | | Valor Bruto Pago |
| Saldo Anterior del Contrato | $ 13.436.299 | 1 | Del 28/01/2020 | Al 31/01/2020 | $ 270.530,00 |
| Nuevo Saldo del Contrato | $ 13.165.769 | | Comisiones | $ 0,00 | |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 270.530 | Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383° | | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | $ 0 | Retencion en la Fuente del Periodo | | $ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 0 | | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 270.530** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 12.138** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | | **$ 0** |

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

| | Enero | Diciembre |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **8811486690** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 877.803 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 109.800 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 140.500 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 4.600 | $ 0 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000 | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700 | $ - | |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Dependientes hasta $ 1.139.424 | $ 27.053 | |
| Salud hasta $ 569.712 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 8.545.680 | $ 13.130 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 12.138,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 20.230,00 | |
| 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 | 202,00 | 1,000% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$ 270.328,00** | |

**SON: DOSCIENTOS SETENTA MIL TRESCIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación profesional en el área de salud- apoyo terapeutico y rehabilitacion (enfermeria) de los diversos programas de formacion titulada y/o complementaria que maneja el Centro de Comercio y Servicios del SENA Regional Atlántico ficha 1964067

**PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:**

1. Cumpli a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

Clarit Castillo F

**CLARIT ELENA CASTILLO FERNANDEZ**
**EL CONTRATISTA**

## CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago
El Supervisor,

**PATRICIA ROSMARY SERRANO SANTIAGO**
**INSTRUCTOR**

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

**YIZY YELINE CORTES PADILLA**
**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)**

Simple

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2020-01-17, 10:48:32 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1026879978

**Periodo Cotización:** diciembre de 2019 **Periodo Servicio:** diciembre de 2019 **Referencia pago (PIN):** 8811486690

**PAGADO 17/01/2020**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | CLARIT ELENA CASTILLO FERNANDEZ | | |
| **Documento** | CC1143126879 | **Dirección** | CARRERA 9D 35A 92 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3017175381 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BARRANQUILLA, DISTRITO ESP, INDUSTRIAL Y PORTUARIO | **Departamento** | ATLANTICO |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | POSITIVA DE SEGUROS |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 1143126879 | CLARIT ELENA CASTILLO FERNANDEZ | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (25-14) COLPENSIONES | $ 828,116 | $ 132,500 | (EPS005) EPS SANITAS | $ 828,116 | $ 103,600 | 0.522 | $ 828,116 | $ 4,400 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 240,500 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 828,116 | $ 828,116 | $ 828,116 | $ 0 | $ 132,500 | $ 103,600 | $ 4,400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 240,500 | $ 0 | $ 240,500 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

Bancompartir
contigo

Ene 17 2020 - 10:16:10 ASDEMV_V04_R32
PUNTO DE LIQUIDACION S
CARRERA 53 70 22 LOCAL
C. COMERCIO: 0508908650 TER: 00119341

RECIBO: 018674 RRN: 017934139790

## Pago SIMPLE

Numero de autorizacion: 082294
Id del aportante: 28114866[illegible]
Numero de Pila: 58[illegible]
Periodo de liquidacion: 2019/12
Valor: $ 240.500
Comision: $ 0

Por favor valide que los datos impresos en este comprobante sean correctos.

**CLIENTE**

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **CLARIT ELENA CASTILLO FERNANDEZ** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **1143126879,** se encuentra afiliado (a) desde **01/04/2013** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE.*

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 23 de enero de 2020.

**Rosa Mercedes Niño 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.

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CE-006 - 0000000100 – 2020

# CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a EPS Sanitas S.A.:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 1143126879 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Castillo Fernandez,Clarit Elena |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| TIPO DE TRABAJADOR | Independiente |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN | 01/10/2019 |
| ESTADO DE AFILIACIÓN | Vigente |
| ESTADO DE SERVICIO | Habilitado |
| REGIMEN | Contributivo |

La presente se expide a nombre de Castillo Fernandez,Clarit Elena, a los 23 días del mes de enero del año 2020.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.



Yisseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

# Formulario del Registro Único Tributario
## Hoja Principal

MUISCA
Modelo Unico de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14498733659

(415)7707212489984(8020) 000001449873365 9

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT): | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 1 4 3 1 2 6 8 7 9 | 9 | Impuestos de Barranquilla 2 | |

## IDENTIFICACION

| 24. Tipo de contribuyente: | 25. Tipo de documento: | 26. Número de Identificación: | 27. Fecha expedición: |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de ciudadanía 1 3 | 1 1 4 3 1 2 6 8 7 9 | 2 0 0 9 0 5 0 5 |

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

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CASTILLO | FERNANDEZ | CLARIT | ELENA |

35. Razón social:

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

## UBICACION

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

41. Dirección principal
CR 9 D 35 A 92

| 42. Correo electrónico: | 43. Código postal | 44. Teléfono 1: | 45. Teléfono 2: |
|---|---|---|---|
| clacastillo@outlook.es | | 3 0 1 7 1 7 5 3 8 1 | 3 8 0 0 8 0 5 |

## CLASIFICACION

### Actividad económica

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

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

20- Obtención NIT

### Obligados aduaneros

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

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo |
|---|---|
| | |

| Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| 57. Modo | | | |
| 58. CPC | | | |

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 9 0 1 3 1

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

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

984. Nombre CASTILLO FERNANDEZ CLARIT ELENA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

# Formulario del Registro Único Tributario

MUISCA
Modelo Unico de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14498733659

(415)7707212489984(8020) 000001449873365 9

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT): | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 1 4 3 1 2 6 8 7 9 | 9 | Impuestos de Barranquilla | 2 |

## Características y formas de las organizaciones

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

## Constitución, Registro y Última Reforma

| Documento | 1. Constitución | 2. Reforma |
|---|---|---|
| 71. Clase: | 0 9 | |
| 72. Número: | | |
| 73. Fecha: | Año Mes Día | Año Mes Día |
| 74. Número de Notaría: | | |
| 75. Entidad de registro | 0 3 | |
| 76. Fecha de registro: | 2 0 0 9 1 2 0 3 | Año Mes Día |
| 77. No. Matrícula mercantil: | 0 0 0 0 4 9 0 8 7 7 | |
| 78. Departamento: | 0 8 | |
| 79. Ciudad/Municipio: | 0 0 1 | |
| Vigencia: | | |
| 80. Desde: | Año Mes Día | Año Mes Día |
| 81. Hasta: | Año Mes Día | Año Mes Día |

## Composición del Capital

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

## Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control:

## Estado y Beneficio

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

## Vinculación económica

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

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

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

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

# Formulario del Registro Único Tributario
## Establecimientos

MUISCA
Modelo Unico de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14498733659

(415)7707212489984(8020) **000001449873365 9**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT): | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 1 4 3 1 2 6 8 7 9 | 9 | Impuestos de Barranquilla 2 | |

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

**1**

| 160. Tipo de establecimiento: | 161. Actividad económica: |
|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Comercio a por menor en estableci 4 7 1 9 |

162. Nombre del establecimiento: YUDIS

| 163. Departamento: | 164. Ciudad/Municipio: |
|---|---|
| Atlántico 0 8 | Barranquilla 0 0 1 |

165. Dirección: CR 28 # 46 - 148

| 166. Número de matrícula mercantil: | 167. Fecha de la matrícula mercantil; |
|---|---|
| 0 0 0 0 4 9 0 8 7 8 | 2 0 0 9 1 2 0 3 |
| **168. Teléfono:** | **169. Fecha de cierre** |
| 3 6 2 4 4 5 0 | AAAA MM DD |

**2**

| 160. Tipo de establecimiento: | 161. Actividad económica: |
|---|---|
| | |

162. Nombre del establecimiento:

| 163. Departamento: | 164. Ciudad/Municipio: |
|---|---|
| | |

165. Dirección:

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

**3**

| 160. Tipo de establecimiento: | 161. Actividad económica: |
|---|---|
| | |

162. Nombre del establecimiento:

| 163. Departamento: | 164. Ciudad/Municipio: |
|---|---|
| | |

165. Dirección:

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

**Colombia, un compromiso que no podemos evadir.**

I.P.S. Médica del Caribe S.A.S

Salud para toda la familia!

NIT. 900.828.350-2

- Endodoncia
- Ortodoncia
- Nutrición
- Odontopediatría
- Rehabilitación Oral
- Medicina General
- Periodoncia
- Medicina Labor
- Psicología
- Cirugia Oral
- Operatoria Den

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha:** | 2020-01-23 | **Código Verificación:** | fhr2qr |
| **Concepto No.** | 030013 | **Metodo Verificación:** | Opción Servicios en Línea |

**Identificación del Trabajador**



| Nombres y Apellidos: | | No. Documento de Identidad: | Edad: |
|---|---|---|---|
| Clarit Elena Castillo Fernández | | 1.143.126.879 | 28 Años |
| **Tipo de Exámen** | **Cargo:** | **Empresa:** | **Genero:** |
| Ingreso | instructora de salud | Independiente | F |

**Exámenes ParaClínicos Realizados**

| Espirometría: | Audiometría: | Optometría: | Osteomuscular: | Frotis de garganta: |
|---|---|---|---|---|
| Normal | Normal | Normal | sin hallazgos patologicos | N/A |
| **Cultivo faríngeo:** | **Coprológico:** | **KOH de uñas:** | **Glicemia Basal:** | **Colesterol Total:** |
| N/A | N/A | N/A | 73 | 125 |
| **Triglicéridos:** | **C. Hemático:** | **Talla:** | **Peso:** | **IMC:** |
| 120 | 14 | 165 cms | 80 Kgs | Pre-Obeso |

| Electrocardiograma: |
|---|
| Ritmo Sinusal,Frecuencia 87 lpm |

**Concepto Médico Laboral (Evaluación Psico/Fisico)**

| Examen Médico Ingreso: | Examen Médico Periódico: | Examen Médico Egreso: | Examen Médico Post Incapacidad: |
|---|---|---|---|
| Apto para ocupar el cargo sin restricciones | No Aplica | No Aplica | No Aplica |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Idóneo para trabajar en altura:** | N/A | **Idónea conducción vehicular:** | N/A | **Idóneo trabajo espacio confinado:** | N/A |
| **Idóneo para manipulación de alimentos:** | N/A | **Idónea manipulación de carga:** | N/A | **Requiere o ser reubicado:** | N/A |

Observaciones: apta para ocupar cargo sin restricción

**Recomendaciones Generales Y Laborales**

| Recomendaciones: | Según IMC: | Manejo EPS/ARL: | Inclusión (Sistema de Vigilancia Epidemiológica): |
|---|---|---|---|
| ___ Control ocupacional periódico | ___ Dieta | ___ Remisión a EPS | ___ Salud Visual |
| ___ Higiene Postural Columna V. | X Ejercicio regular | ___ Remisión a ARL | ___ Cuidado Auditivo |
| X Pausas Activas | ___ Valoración Nutricional | ___ Continuar Tto Médico | ___ Cardiovascular |
| ___ Evaluación puesto de Trabajo | ___ Valoración EPS | | ___ Cuidado Espalda |
| | | | ___ Osteomuscular |
| | | | ___ Pared Abdominal |

**Dr. Duckley José Palmera Redondo**
**Médico Especialista En Salud Ocupacional**
**Res. Secretaria de Salud del Distrito de Barranquilla No. 05012010 del 2010**

Clarit Castillo Fernandez

**Firma del Trabajador**

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## Hace constar:

Que el Sr(a) CLARIT ELENA CASTILLO FERNANDEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1143126879 realizó el día 05/02/2020 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

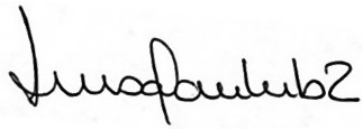
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora CLARIT ELENA CASTILLO FERNANDEZ, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.143.126.879, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 28/01/2020 y fecha fin de contrato 26/06/2020 con riesgo 1.

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 deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202001000476800.

Esta certificación se expide a los 11 días del mes de Febrero de 2020.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Banco AV Villas

NIT. 860.035.827-5

# BANCO COMERCIAL "AV VILLAS"

NIT 860035827 - 5

CRA. 13 No. 27-47 P-24 BOGOTA D.C.

## C E R T I F I C A :

Que CLARIT ELENA CASTILLO FERNAN identificado con el documento No. 1.143.126.879

posee en la oficina CENTRO PAGOS PRADO ( 817 ) una cuenta de ahorros

No. 817844124 desde el 23 de Abril de 2013

Se expide la presente a solicitud del interesado a los 23 días del mes de Enero de 2020

Atentamente,

OF. 801-B/QUILLA CENTRO VISADO Banco AV Villas

Gerente Oficina Bquilla Principal

Esta certificación tiene un costo de $ 10.350,00 , el cual será debitado de su cuenta y se verá reflejado en el extracto de la misma.

CAP-IM1-119-V1

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

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

| Ciudad de Expedición: | Sucursal: | Cod. Sucursal: | Nro. Póliza: | Anexo: |
|---|---|---|---|---|
| BARRANQUILLA | BARRANQUILLA | 85 | 85-46-101015631 | 0 |

| Fecha Expedición: | | | Vigencia Desde: | | | A las: | Vigencia Hasta: | | | A las: | Tipo Movimiento: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Día: | Mes: | Año: | Día: | Mes: | Año: | Horas: | Día: | Mes: | Año: | Horas: | |
| 28 | 01 | 2020 | 27 | 01 | 2020 | 00:00 | 26 | 10 | 2020 | 00:00 | EMISIÓN ORIGINAL |

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

| Nombre o Razón Social: | | Identificación: | |
|---|---|---|---|
| CASTILLO FERNANDEZ CLARIT ELENA | | 1143126879-0 | |
| **Dirección:** | **Ciudad:** | **Teléfono:** | |
| CALLE 35B 8C 147 | BARRANQUILLA - ATLANTICO | 3024599201 | |

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

| Nombre o Razón Social: | | Identificación: | |
|---|---|---|---|
| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA | | 899999034-1 | |
| **Dirección:** | **Ciudad:** | **Teléfono:** | |
| CALLE 57 8 69 | BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL | 4212065 | |

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.1310875 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL EN EL ÁREA DE SALUD- APOYO TERAPEUTICO Y REHABILITACION (ENFERMERIA) DE LOS DIVERSOS PROGRAMAS DE FORMACION TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA QUE MANEJA EL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS DEL SENA REGIONAL ATLÁNTICO

AMPAROS

| RIESGO: | | | |
|---|---|---|---|
| PRESTACION DE SERVICIOS | | | |
| **AMPAROS:** | **Vigencia Desde:** | **Vigencia Hasta:** | **Suma Asegurada / Actual:** |
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 27/01/2020 | 26/10/2020 | $ 1,352,647.50 |

OBSERVACIONES:

| Valor Prima Neta: | Gastos Expedición: | IVA: | Total a Pagar: | Valor Asegurado Total: | Fecha Límite de Pago: |
|---|---|---|---|---|---|
| $ 20,000.00 | $ 7,000.00 | $ 5,130.00 | $ 32,130.00 | $ 1,352,647.50 | 28/01/2020 |

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

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

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

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdelestado.com

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

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

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

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

Hacemos constar, que la póliza No. 85-46-101015631, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

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

Dado en BARRANQUILLA, a los 28 días del mes de Enero de 2020



FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

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

## SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: RECIBO DE PAGO N°: 85461010156310

| FECHA | |
|---|---|
| 28/01/2020 | |

RECIBIMOS DE: CASTILLO FERNANDEZ CLARIT ELENA C.C. 1143126879-0

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

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 85-46-101015631

| SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA | PRIMA | GASTOS EXPEDICION | IVA | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| BARRANQUILLA - CU. ESTATAL - 101015631 - 0 - 0 | $ 20,000.00 | $ 7,000.00 | $ 5,130.00 | $ 32,130.00 |

FORMA DE PAGO

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

ORIGINAL

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: RECIBO DE PAGO N°: 85461010156310

| FECHA | |
|---|---|
| 28/01/2020 | |

RECIBIMOS DE: CASTILLO FERNANDEZ CLARIT ELENA C.C. 1143126879-0

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

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 85-46-101015631

| SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA | PRIMA | GASTOS EXPEDICION | IVA | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| BARRANQUILLA - CU. ESTATAL - 101015631 - 0 - 0 | $ 20,000.00 | $ 7,000.00 | $ 5,130.00 | $ 32,130.00 |

FORMA DE PAGO

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

COPIA

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

# PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
## SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.85-46-101015631

1. AMPAROS.

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

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

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

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

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

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

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

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

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

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

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

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

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

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

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

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

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

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

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

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

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

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

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

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

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

2. EXCLUSIONES.

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

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

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

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

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

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

3. SUMA ASEGURADA.

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

4. VIGENCIA.

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

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

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

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

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

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

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

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

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

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

6. COMPENSACIÓN.

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

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

8. PLAZO PARA EL PAGO.

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

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

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

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

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

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

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

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

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

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

13. COASEGURO

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

*CERTIFICACION DEPENDIENTES*

Bogotá, 31 de ENERO de 2020

Señores
**SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)**
Ciudad

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 empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NIT** | **1043700431**<br>**1043470103** | **MIA ASTRID FIGUEROA CASTILLO**<br>**AARON FIGUEROA CASTILLO** | **HIJO** |

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Elija un elemento.

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,

CLARIT CASTILLO FERNANDEZ
_____
FIRMA

Nombre: CLARIT CASTILLO FERNANDEZ

C.C. 1143126879

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.043.700.431

Indicativo Serial 56011001

*56011001*

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [8] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código C 5 M

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

COLOMBIA ATLANTICO BARRANQUILLA

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| FIGUEROA | CASTILLO |

Nombre(s)

MIA ASTRID

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2016 Mes MAY Día 16 | FEMENINO | O | + |

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

COLOMBIA ATLANTICO BARRANQUILLA

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | 13265608-8 |

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos

CASTILLO FERNANDEZ CLARIT ELENA

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C. No. 1.143.126.879 de Barranquilla. | COLOMBIANA |

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos

FIGUEROA BARRANCO SAMIR

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C. No. 1.045.668.914 de Barranquilla | COLOMBIANA |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos

FIGUEROA BARRANCO SAMIR

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C.C. No. 1.045.668.914 de Barranquilla | x Samir Figueroa |

**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 2016 Mes JUN Día 13 | FREDDY PULGAR DAZA<br>Nombre y firma |

| Reconocimiento paterno | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento |
|---|---|

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

NOTARIA OCTAVA DEL CIRCULO DE BARRANQUILLA - ATLÁNTICO

ES FIEL COPIA FOTOSTATICA TOMADA DE SU ORIGINAL DEL LIBRO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA

SE DESTINA

FECHA DE EXPEDICIÓN 13 JUN 2016

EL NOTARIO OCTAVO

FREDDY PULGAR DAZA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Notaría Octava
FREDDY PULGAR DAZA
NOTARIO
CIRCULO DE BARRANQUILLA

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**

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

NUIP 1043470103

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55535584

*55535584*

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 07 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 78 0 2

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA = ATLANTICO = BARRANQUILLA = = = =

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| FIGUEROA = = = | CASTILLO = = = |

Nombre(s)
AARON = = = = = , =

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2015 Mes MAY Día 14 | MASCULINO = = | = AB = | POSITIVO |

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA = ATLANTICO = BARRANQUILLA = = = =

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO DE NACIDO VIVO = = = | 53294118-7 = = |

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos
CASTILLO FERNANDEZ CLARIT ELENA = = = =

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C. # 1.143.126.879 DE BARRANQUILLA = = | COLOMBIANA = = |

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos
FIGUEROA BARRANCO SAMIR = = = = =

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C.# 1.045.668.914 DE BARRANQUILLA = = | COLOMBIANA = = |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos
FIGUEROA BARRANCO SAMIR = = = = =

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C.C. # 1.045.668.914 DE BARRANQUILLA = = | Samir Figueroa |

**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 2015 Mes MAY Día 19 | GUTIERREZ RODRIGUEZ RAFAEL ... Nombre y firma |

| Reconocimiento paterno | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento |
|---|---|
| = = = Firma | = = = Nombre y firma |

**ESPACIO PARA NOTAS**

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -