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 BOYACÁ

CENTRO MINERO-BOYACÁ

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

Código Regional	**15**
Código Centro	**911110**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**37481-572701**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ELIZABETH LOMBANA JIMENEZ	**Banco a consignar:**	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	46.383.999	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	ellombanaj@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	24119893830
IP/Nº de contacto:	3115048114	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	SI
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2024**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a $65.891.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a $164.336.700 (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:	Honorarios profesionales a persona NO declarante de renta
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	7393702/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**5925**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES PARA PLANEAR, ORIENTAR Y EVALUAR ACTIVIDADES DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL QUE IMPARTE EL CENTRO MINERO EN LA RED DE CONOCIMIENTO DE AMBIENTAL, ÁREA TEMÁTICA DE AMBIENTAL EN LOS PROGRAMAS DE ARTICULA

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**04/02/2025 Al 28/02/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 45.535.159
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 45.535.159
Valor Bruto Pago:	**$ 4.139.560,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 41.395.599

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.139.560	Honorarios profesionales a persona NO declarante d	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	**$ 4.139.560**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.159.204**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9481821934**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.655.824	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 207.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 265.000	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	V	$ -	$ 0
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ 210.200	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ 413.956	
Salud hasta	$ 796.784	$ 164.200	
Renta Exenta 25%	$ 32.784.341	$ 720.000	
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	2.159.204,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.139.560,00	
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	0,00	1,000%
-	0,00	1,000%
-	0,00	1,000%
-	0,00	1,000%
-	0,00	1,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.139.560,00**	

SON: CUATRO MILLONES CIENTO TREINTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Realizar acompañamiento a las fichas del programa monitoreo ambiental que atiende el centro minero en el programa de articulación con La media y las instituciones educativas del departamento de Boyacá.

Realizar actividades según lineamientos y directrices informados por el supervisor del contrato.

Entregar y gestionar documentación de los aprendices para procesos administrativos de formación vigencia 2024.

Socializar guías de aprendizaje y desarrollar actividades de formación en fichas de grado 10 y 11 de las instituciones educativas.

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

ELIZABETH.L.

ELIZABETH LOMBANA JIMENEZ
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,

PEDRO JESUS CORREA DAZA
INSTRUCTOR G11

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
ANGELA MARIA MONTOYA CASTRO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 46383999		LOMBANA JIMENEZ ELIZABETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 17 a 2 d 26	SOGAMOSO-BOYACA	3115048114	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1278343022	9481821934	I	2025/02/24	2025/02/19	SCOTIABANK COLPATRIA	0	$420,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$14,900		$0	$0		$420,700
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$14,900		$0	$0		$420,700
Ciudad: SOGAMOSO Depto: BOYACA (1 Afiliados)																					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$14,900		$0	$0		$420,700
1	CC	46383999 LOMBANA ELIZABETH							X											23030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,423,500	1.044%	$14,900	0	$0	$0	No	$420,700
Total	**Afiliados(1)**																					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$14,900		$0	$0		$420,700

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 46383999		LOMBANA JIMENEZ ELIZABETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 17 a 2 d 26	SOGAMOSO-BOYACA	3115048114	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1278343022	9481821934	I	2025/02/24	2025/02/19	SCOTIABANK COLPATRIA	0	$420,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$14,900	$0	$0	$14,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$14,900	$0	$0	$14,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				**1**	**$420,700**	**$0**	**$0**	**$420,700**

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

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

CERTIFICA

Que Elizabeth Lombana Jimenez, identificado(a) con CC número 46383999, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 46383999
NOMBRES Y APELLIDOS	Elizabeth Lombana Jimenez
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
PARENTESCO	Conyuge
FECHA DE NACIMIENTO	04/08/1983
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/02/2014
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	330 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	53 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/02/2014
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 46383999 ELIZABETH LOMBANA JIMENEZ Desde 01/12/2024 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA 46383999 Trabajador Independiente Desde 01/03/2024 Hasta 30/11/2024CEDULA DE CIUDADANIA 46383999 Trabajador Independiente Desde 01/03/2024 Hasta 01/03/2024CEDULA DE CIUDADANIA 46383999 ELIZABETH LOMBANA JIMENEZ Desde 01/12/2023 Hasta 29/02/2024

Generado por interfaces 30/01/2025

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

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:

ELIZABETH LOMBANA JIMENEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **46.383.999**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 30 de Enero del 2025.

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.

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **ELIZABETH LOMBANA JIMENEZ** identificado con **CC** No. **46383999**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 31/01/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 31/01/2025 **Fecha fin de Contrato:** 30/11/2025 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **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): 202501012109563.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 4 días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Sogamoso, Febrero de 2025

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

T.I.	**1054287059**	**VALERIA GUTIERREZ LOMBANA**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

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,

ELIZABETH. L.
_____

FIRMA
Nombre: Elizabeth Lombana Jiménez

C.C. 46383999.

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

NUIP 1054287059

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 42094005

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 03 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código E 2 N

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA BOYACA SOGAMOSO

Datos del inscrito

Primer Apellido: GUTIERREZ
Segundo Apellido: LOMBANA
Nombre(s): VALERIA
Fecha de nacimiento: Año 2009 Mes JUN Día 07
Sexo (en letras): FEMENINO
Grupo Sanguíneo: "O"
Factor RH: POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA BOYACA SOGAMOSO
Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO
Número certificado de nacido vivo: 51638505-4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: LOMBANA JIMENEZ ELIZABETH
Documento de identificación (Clase y número): C.C. 46.383.999 SOGAMOSO
Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: GUTIERREZ LEAL JEISON ALEXANDER
Documento de identificación (Clase y número): C.C. 74.084.417 SOGAMOSO
Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: GUTIERREZ LEAL JEISON ALEXANDER
Documento de identificación (Clase y número): C.C. 74.084.417 SOGAMOSO
Firma

Datos primer testigo

Apellidos
Documento de identificación (Clase y

Datos segundo testigo

Apellidos
Documento de identificación (Clase y número)
Firma

EL NOTARIO TERCERO DEL CIRCULO DE SOGAMOSO CERTIFICA QUE EL CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO CORRESPONDE EXACTAMENTE AL DEL ORIGINAL QUE SE ENCUENTRA EN EL ARCHIVO DE ESTA NOTARIA
03 DIC 2015
EL NOTARIO

EDGAR ULLOA ULLOA NOTARIO NOTARIA TERCERA SOGAMOSO BOY

Fecha de inscripción

Año 2009 Mes JUN Día 18

Nombre y firma del funcionario que autoriza: EDGAR ULLOA ULLOA
Nombre y firma

Reconocimiento paterno

GUTIERREZ LEAL JEISON ALEXANDER
Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: EDGAR ULLOA ULLOA
Nombre y Firma

EDGAR ULLOA ULLOA NOTARIO NOTARIA TERCERA SOGAMOSO BOY

LV. 3 F. 209

ESPACIO PARA NOTAS

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

PEGA S.A. NIT. 890.321.181-0

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) ELIZABETH LOMBANA JIMENEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 46383999 realizó el día 19/02/2025 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 ELIZABETH LOMBANA JIMENEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 46383999 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.

ELIZABETH. L.

Firma

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) ELIZABETH LOMBANA JIMENEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 46383999 el día 19/02/2025 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

ELIZABETH. L.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

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

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 46383999 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 30/01/2025 10:05 AM

Código Verificación: **1LY7VBH4UD**

Válida hasta: **30/04/2025**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14975748540

(415)7707212489984(8020) 000001497574854 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4 6 3 8 3 9 9 9	2	Impuestos y Aduanas de Sogamoso 2 6	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	4 6 3 8 3 9 9 9	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Sogamoso 7 5 9

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
LOMBANA	JIMENEZ	ELIZABETH	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Sogamoso 7 5 9

41. Dirección principal: CR 17 A 2 D 26

42. Correo electrónico: liza048@yahoo.com

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

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

20- Obtención NIT

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

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 LOMBANA JIMENEZ ELIZABETH

985. Cargo CONTRIBUYENTE

ELIZABETH. L.

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Medicina Laboral
Los mejores estándares de calidad al servicio de su Organización

DR. WILSON RIVEROS MONTAÑA
Médico Cirujano. Univ. Nacional de Colombia
Salud Ocupacional. UPTC

Cédula ciudadanía: 9534963

CONTACTOS
3138309153 - 0387750615
wilsonriverosm.medocupacional@gmail.com
Carrera 9A No. 14 -77
Sogamoso (Boyacá)

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL



CIUDAD / DEPARTAMENTO:	SOGAMOSO, BOYACÁ	**FECHA:**	**DÍA:**	24	**MES:**	ENERO	**AÑO:**	2023
NOMBRES Y APELLIDOS:	ELIZABETH LOMBANA JIMÉNEZ							
TIPO DI.:	CÉDULA CIUDADANÍA	**No. DI.:**	46383999		**EDAD:**	39 año(s) 5 mes (es) 20 día(s)	**SEXO:**	FEMENINO
EMPRESA:	INDEPENDIENTE (CÉDULA CIUDADANÍA: 0)							
CARGO:	INSTRUCTOR					**TIPO DE EXAMEN**		

IINGRESO:_SI_ EGRESO: __ PERIÓDICO PROGRAMADO: __ CAMBIO DE OCUPACIÓN: __ POSINCAPACIDAD: __ DE BASE: __ OTRO: __

Hacemos constar que en la fecha hemos realizado el Examen de Salud Ocupacional al Trabajador Suscrito, teniendo como apoyo las pruebas complementarias del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo de la Empresa Respectiva y que se especifican a continuación:

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS SISTEMA DE GESTIÓN

PRUEBA	OBSERVACIÓN	PRUEBA	OBSERVACIÓN
Medicina Ocupacional	SI	Rx. Tórax	NO
Osteomuscular	SI	Rx. Col. Lumbo Sacra	NO
Optometría	SI	Psicología	SI
Laboratorios	Cuadro hemático. Glicemia. Colesterol total. Triglicéridos. HDL. LDL. VLDL.	Psicosensométrico	NO
Espirometría	NO	Cardiovascular	SI
Audiometría	NO		
Visiometría	NO		
Tamizaje Visual	NO		
Electrocardiograma	NO		

RESULTADOS DE LA VALORACIÓN

Apto para el cargo que aspira	SI	Aplazado	//		
Apto para trabajo en alturas	//	Requiere nueva valoración	//		
Apto para espacios confinados	//	Requiere evaluar reubicación laboral	//		
Apto para continuar en el cargo	//	No apto para el cargo que aspira	//		
Apto para manipular alimentos	//	Puede egresar	//		

RECOMENDACIONES – OBSERVACIONES

Uso de Elementos de Protección Personal (EPP), de acuerdo al cargo y funciones específicas	SI	Correción visual permanente	//	Toma de niveles de Hepatitis B posvacunación	//
Control periódico en su EPS de primer nivel: Medicina y Odontología general, Optometría, Programas de Promoción y Prevención, etc.	SI	Dieta y ejercicio	SI	Revisar carnet de vacunación	//
Hábitos de vida saludable. Pausas activas. Alternar uso de manos	SI	Filtro solar facial	//	Protección naso – bucal con filtros adecuados	//
Evitar manipular herramientas de corte y precisión, trabajos con redes eléctricas, etc.	//	Uso de guantes antialérgicos	//	Evitar jornadas largas y extenuantes de trabajo	//
Evitar conducir de noche, en condiciones medio-ambientales adversas: llovizna, niebla, etc.	//	Doble protección auditiva	//	Seguimiento en EPS-ARL para determinar origen	//
Valoración optometría	//	Conducir con ventanilla cerrada	//		
Visión lejana con corrección	//	Prótesis auditiva permanente	//		
Corrección esfuerzo visual: computador, lectura, etc.	SI	Higiene de columna vertebral	SI		
Visión cercana con corrección	//	No cargas pesadas superiores a // kg. Bimanual	//		
Actualizar fórmula optométrica	//	Evitar movimientos bruscos, repetitivos y prolongados de //	//		
Filtro ocular solar, computador, etc.	SI	Pausas activas cada // horas por 5 a 10 minutos	//		
Fórmula optométrica con filtros especiales	//	Uso medias antivárices	//		

REMISIÓN – VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Remisión	//												
Vigilancia Epidemiológica	SI	Ergonómico	SI	Auditivo	//	Visual	//	Cardiovascular	//	Respiratorio	//	Otro	

FUNCIONARIO RESPONSABLE:



WILSON RIVEROS MONTAÑA
Medicina especializada, Medicina Laboral
Registro Profesional: 15515/97--LSO2662/12

PACIENTE:

ELIZABETH LOMBANA JIMÉNEZ



ELIZABETH LOMBANA JIMÉNEZ

CERTIFICO QUE: 1. Asisto de manera libre, voluntaria y sin presiones a realizarme el Examen Médico Laboral para determinar mi Estado de Salud y Aptitud para el Cargo que aspiro. **2.** Se me informaron los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de practicarme dicho Examen. **AUTORIZO: 1.** A suministrar la información del Certificado Médico de Aptitud Laboral al Empleador. **2**. Que la información de mi historia clínica se use con fines estadísticos, realizar y presentar el informe de Condiciones de Salud a la Empresa. **3.** Al Médico A REALIZAR historia clínica y examen físico de acuerdo a los parámetros de Semiología Médica (me explicaron ampliamente, aclaré dudas). **ENTIENDO QUE: 1.** SI NO INFORMO adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se pueden ocasionar confusiones en el diagnóstico o errores en la selección de las conductas, por lo que no serán atribuibles al Médico. **2.** NO TRAMITO las Remisiones, pueden presentarse inconvenientes con mi salud ajenas al actuar del Médico.

Naxvan Soft
www.naxvansoft.com

Psicóloga Especialista en Salud Ocupacional Y Prevención en Riesgos Laborales

CERTIFICACION

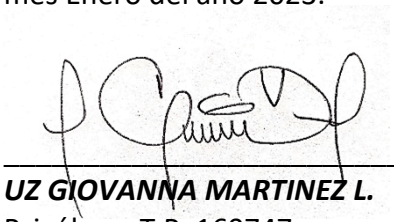
SALUD MENTAL – OCUPACIONAL

Datos Generales	
Fecha:	24 de Enero de 2023
Nombres y Apellidos:	ELIZABETH LOMBANA JIMENEZ
No. De Identificado:	C.C. No. 46.383.999 de Sogamoso
Edad:	39 años
Estado Civil:	Unión Libre
No. De Hijos:	1 Hijo 13 años
Escolaridad:	Profesional - Magister
Profesión	Docente en ciencias naturales y educación ambiental
NOMBRE DE LA EMPRESA	SENA – CM (Centro Minero)
Motivo de Evaluación:	Examen de Ingreso
Cargo:	Instructor de Articulación
Interpretación Resultados:	**Área personal percepción de sí mismo C1**: (Adecuado) ELJ muestra la confianza en sí mismo, es sensible y colaboradora, posee una buena capacidad de reconocer sus posibilidades y limitaciones, se adapta con facilidad al medio. **Área de relaciones interpersonales C2,C7:** (Adecuado) ELJ, es abierta a los demás, entabla relaciones con facilidad, es expresiva, muestra un buen equilibrio emocional. **Área de objetivos y energía vital (ambiciones laborales) C3, C5**: (Adecuado) En este campo ELJ, se propone lograr sus objetivos y propósitos, muestra que reacciona positivamente frente a los obstáculos, posee buenas características de liderazgo. **Área intelectual C6:**(Adecuado) posee un estilo de raciocinio objetivo, es una persona que tiene un juicio, su intelectualidad la asume de manera realista, es objetiva y creativa. **Área de normas y valores (aceptación e identificación de lo social) C8**: (Adecuado) ELJ, tiene buena capacidad de comprometerse con la norma, mantiene una conducta social con parámetros adecuados, es una persona con valores éticos y morales, busca la protección de su grupo social. **Área de manejo de conflictos internos C4**: (Adecuado) es una persona que tiene tendencia a afrontar las dificultades desde la forma racional, tiene buena actitud para resolver sus diferencias con su entorno, realizar cambios de manera positiva.

Conclusión	ELJ, es una persona con adecuado auto concepto, seguro de sí mismo, reconoce con facilidad sus debilidades y fortalezas, se adapta a las nuevas situaciones con facilidad, mantiene buenos vínculos con los demás, respecto a sus situaciones conflictivas logra responder de manera positiva y racional. Tiene buen uso de su energía vital, a nivel laboral es una persona que tiende a trabajar bajo normas; tiene buenas características de liderazgo, mantiene una conducta social adecuada con buenos comportamientos valores éticos y morales.
Pruebas aplicadas:	**TEST DE WARTEGG** que permite conocer algunas características de su personalidad.

Por lo anterior se establece que la Señora ELJ, no presenta ninguna alteración del estado mental, y se encuentra APTO para ocupar al Cargo de Instructor de Articulación**,** para la Empresa SENA – CENTRO MINERO, presentando las características psicológicas que le permiten realizar con éxito determinada labor.

Se expide el presente certificado en la Ciudad de Sogamoso a los 24 (veinticuatro) días del mes Enero del año 2023.



UZ GIOVANNA MARTINEZ L.
Psicóloga T.P. 160747
Especialista en Salud Ocupacional y Prevención de Riesgos Laborales
Resl. No. 2080 de 2021

Colopticas OPTOMETRÍA INTEGRAL & SALUD VISUAL LABORAL	EXAMEN OPTOMÉTRICO	CALLE 10, No. 11 - 15 CEL 3133769505-3174350796 sogamoso-colopticas@gmailcom

TIPO EXAMEN	I	P	R	O

FECHA: 24/01/23. EMPRESA: Sena - Instrucción.

NOMBRE: Elizabeth Lombana Jimenez. EDAD: 39 años. DI: CC. 46383999.

ANTECEDENTES PERSONALES: _____ QX: Ninguna.

ANTECEDENTES PERSONALES / FAMILIARES VISUALES: No reporta

ANTECEDENTES OCUPACIONALES VISUALES: No reporta.

USA ANTEOJOS	SI	NO	BIFOCAL PROGRESIVO	SI	NO	LC	SI	NO	TRAE CORRECCIÓN	SI	NO
	X				X			X			X

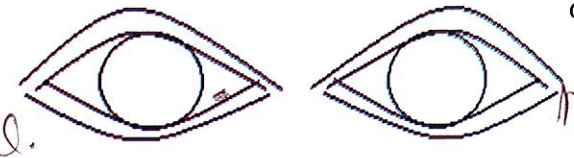
TIPO DE USO: Esfuerzo visual. ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN: 1 año. ÚLTIMO EXAMEN: 1 año.

ANAMNESIS (SINTOMATOLOGÍA) Valoración Asintomatica.

EXAMEN EXTERNO:

OD _____ OI Sanos.

Anexos Hipoplasia incipiente
Parpados Nas al conjuntivas
Nevus. Conjuntival. expuestas



AGUDEZA VISUAL:

OJO	LENSOMETRÍA	SIN CORRECCIÓN		CON CORRECCIÓN		PH
		VISIÓN LEJANA	VISIÓN PRÓXIMA	VISIÓN LEJANA	VISIÓN PRÓXIMA	
DERECHO		20/20	20/20			
IZQUIERDO		20/20	20/20			
AMBOS OJOS		20/20	20/20			

MOTILIDAD: PPC 8 cm CT 40 CM Exo 6 M Ø.

OFTALMOSCOPÍA OD: Nucleos Transparentes AO

OI: _____ OBSERVACIONES: Ninguna.

REFRACCIÓN OD: +0.25 - 0.25 x 160° AV 20/20 ADD + _____ AV _____

OI: +0.25 x 20° AV _____ ADD+ _____ AV _____

VISIÓN CROMÁTICA: NORMAL X ANORMAL _____ OBSERVACIONES: _____ ESTEREOPSIS: NORMAL 40" ANORMAL _____

ESTADO CORRECCIÓN: NORMAL _____ ANORMAL _____ NORMAL PARA PATOLOGÍA DE BASE _____

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA											
EMÉTROPE		ASTIG. MIXTO		PRESBICIA		ESTRABISMO		CATARATA	
ASTIG. MIÓPICO	X	MIOPÍA		AMBLIOPÍA		PTERIGIÓN		QUERATOCONO	
ASTIG.HIPERMETRÓIPICO		HIPERMETROPÍA		DISCROMATOPSIA		BLEFARITIS		ANISOMETROPÍA	
OTROS:									

RECOMENDACIONES							
USO RX PERMANENTE		USO RX DESCANSO	X	USO EPP VISUAL		VALORACIÓN OFTALMOLÓGICA	
USO RX VISIÓN LEJANA		USO RX VIDEOTERMINALES		PAUSAS ACTIVAS	X	TOPOGRAFÍA CORNEAL	
USO RX VISIÓN PRÓXIMA		USO RX PROTECCIÓN SOLAR	X	PVE		TRATAMIENTO ORTÓPTICA	
OTROS:							

OBSERVACIONES: _____ CONTROL 6 MESES _____ 1 AÑO X

OPTÓMETRA _____ PACIENTE CC A ELIZABETH. L.



LABORATORIO CLINICO
MARIA CARMENZA LOPEZ VARGAS

DIRECCION: Carrera 12 # 11-43 Local 5 TELEFONO: 3183063885 - 7738661
Sogamoso - Boyaca - Colombia
e-mail: marialopez_29@hotmail.com

10067581

Orden No : 10067581
Paciente : ELIZABETH LOMBANA JINENEZ
Identificación : 46383999
Convenio : MEDICINA LABORAL
Servicio : CONSULTA EXTERNA

Fecha recepción : 24/01/2023 09:09:48
Fecha 1ra. Impresión :
Edad/Sexo : 39 / F
Telefono : ,,

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
HEMATOLOGIA			
HEMOGRAMA			
Recuento de Leucocitos	**5.3**	x10^3mm^3	4.0 - 10.0 x10^3mm^3
% Linfocitos	**38.5**	%	25.0 - 38.0 %
% Monocitos	**4.2**	%	3.0 - 6.0 %
% Granulocitos	**57.3**	%	56- 72 %
# Linfocitos	**2.0**	x10^3mm^3	1.0 - 4.00 x10^3mm^3
# Monocitos	**0.2**	x10^3mm^3	0.20 - 1.00 x10^3mm^3
#Granulocitos	**3.1**	x10^3mm^3	0.4 - 0.7 x10^3mm^3
Recuento de Eritrocitos	**4.77**	x10^6/mm^3	3.80 - 5.80 x10^6/mm^3
Hemoglobina	**14.6**	g/dl	H:14.0-17.0 M:11.8-15.0
Hematocrito	**41.4**	%	H:42.0-48.0 M:38.0-44.0
Volumen Corpuscular Medio	**87**	um^3	80 - 90 um^3
HB Corspuscular Media	**29.1**	pg	26.0 - 30.0 pg
Concentración HB Corpucular Media	**33.6**	g/dl	31.0 - 34.0 g/dl
Ancho Distribución Eritrocitaria	**14.2**	%	12.0 - 16.0 %
Recuento de Plaquetas	**230**	x10^3/mm^3	150 - 450 x10^3/mm^3
Volumen Plaquetario Medio	**10.3**	um^3	6.0 - 15.0 um^3
Ancho de Distribución Plaquetas	**16.0**	%	11.0 - 18.0 %
Plaquetocrito	**0.133**	%	.150 - .500 %

MARIA CARMENZA LOPEZ VARGAS
BACTERIOLOGA
0263
Validación: 24/01/2023 10:10:00

QUIMICA

Colesterol Total	**205.9**	mg/dl	Optimo : Hasta 200 mg/dl Moderado: 200 - 239 mg/dl Elevado : > 240 mg/dl
Glucosa	**90**	mg/dl	70 - 110 mg/dl Primer Dia : 40 - 60 mg/dl Mayor de 1 Dia: 50 - 80 mg/dl Adultos : 70 - 110 mg/dl
Colesterol de Alta Densidad - HDL	**51**	mg/dl	Hombres Mujeres Riesgo Menor : > 50 >60 mg/dl Riesgo Normal : 35-50 45-60 mg/dl Riesgo Elevado: < 35 <45 mg/dl

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"



LABORATORIO CLINICO
MARIA CARMENZA LOPEZ VARGAS

DIRECCION: Carrera 12 # 11-43 Local 5 TELEFONO: 3183063885 - 7738661
Sogamoso - Boyaca - Colombia
e-mail: marialopez_29@hotmail.com

10067581

Orden No : 10067581
Paciente : ELIZABETH LOMBANA JINENEZ
Identificación : 46383999
Convenio : MEDICINA LABORAL
Servicio : CONSULTA EXTERNA

Fecha recepción : 24/01/2023 09:09:48
Fecha 1ra. Impresión :
Edad/Sexo : 39 / F
Telefono : ,,

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
QUIMICA			
Colesterol de Baja Densidad - LDL	**114.5**	mg/dl	Optimo : Hasta 100 mg/dl Casi Optimo: 100 - 129 mg/dl Moderado : 130 - 159 mg/dl Elevado : 160 - 189 mg/dl Muy Elevdo : > 190 mg/dl
Triglicéridos	**201.9**	mg/dl	Hombres :40 - 160 mg/dl Mujeres :35 - 135 mg/dl

MARIA CARMENZA LOPEZ VARGAS
BACTERIOLOGA
0263
Validación: 24/01/2023 10:11:55

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

ELIZABETH LOMBANA JIMENEZ Identificado con CC 46383999

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina PARQUE DE LA VILLA SOGAMOSO, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24119893830
Fecha de apertura:	17 de Enero de 2023
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Jueves, 30 de Enero de 2025.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

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

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN:	SUCURSAL:	COD. SUC:	NO. PÓLIZA:	ANEXO:
SOGAMOSO	AGENCIA SOGAMOSO	51	51-46-101020697	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
04	02	2025	04	02	2025	00:00	31	03	2026	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	LOMBANA JIMENEZ ELIZABETH	IDENTIFICACIÓN:	C.C. :46,383,999
DIRECCIÓN:	CR 17 A 2 D 26	CIUDAD: SOGAMOSO - BOYACA	TELÉFONO: 3115048114

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	IDENTIFICACIÓN:	NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN:	CENTRO MINERO KILOMETRO 7 VEREDA MORCA SECTOR BATA	CIUDAD: SOGAMOSO - BOYACA	TELÉFONO: 6087721313
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.7393702 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES PARA PLANEAR, ORIENTAR Y EVALUAR ACTIVIDADES DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL QUE IMPARTE EL CENTRO MINERO EN LA RED DE CONOCIMIENTO DE AMBIENTAL, ÁREA TEMÁTICA DE AMBIENTAL EN LOS PROGRAMAS DE ARTICULACION CON LA MEDIA DE CONFORMIDAD CON LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE.SEGÚN TERMINOS, CONDICIONES Y ESPECIFICACIONES EXPRESAS EN EL CONTRATO.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	04/02/2025	31/03/2026	$ 4,553,515.90

ACLARACIONES:

VALOR PRIMA NETA:	GASTOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
$ 15,718.99	$ 8,000.00	$ 4,506.61	$ 28,225.60	$ 4,553,515.90	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
CLASS ASESORES DE SEGUROS LTDA	93098	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 10 NO. 14-130 L104 EDIF GEMINIS II - TELÉFONO: 7731957 - SOGAMOSO

ELIZABETH.L

51-46-101020697

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

USTED PUEDE CONSULTAR ESTAR PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM Oficina Principal: Autopista Norte # 103 - 60, Piso 5 Bogotá D.C. Piso 5.Teléfono: 601-2186977, 601-6019330

DLF093098A

NO EFECTUAR RETENCIÓN EN LA FUENTE POR NINGUN CONCEPTO * RESPONSABLE IVA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

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

Hacemos constar, que la póliza No. 51-46-101020697, 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 SOGAMOSO, a los 4 días del mes de Febrero de 2025



FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

Oficina Principal: Autopista Norte # 103 - 60, Piso 5 Bogotá D.C. Teléfono: 601-2186977, 601-6019330
ASISTENCIA CELULAR #388 - FUERA DE BOGOTA 018000123010
www.segurosdelestado.com

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

1. AMPAROS.

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

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

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

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

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

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

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

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

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

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

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

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

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

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

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

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

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

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

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

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

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

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

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

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

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

2. EXCLUSIONES.

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

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

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

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

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

3. SUMA ASEGURADA.

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

4. VIGENCIA.

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

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

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

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

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

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

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

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

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

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

6. COMPENSACIÓN.

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

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

8. PLAZO PARA EL PAGO.

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

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

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

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

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

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

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

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

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

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

13. COASEGURO

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO


Nequi

Resumen de pago

Descripción de compra
Transaccion de pago

Estado de la solicitud
Transacción aprobada

Tienda
SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Fecha de solicitud
4 de febrero de 2025

CUS
1242146246

Referencia Nequi
M3427719

¿Cuánto?
$ 28.225,00

Valor de los impuestos
$ 0,00

Número de referencia 1
1660833464

Número de referencia 2
NIT

Número de referencia 3
8600095786

Factura de comercio
1660833464

Tu plata salió de:



Disponible

SISTEMA NACIONAL DE RECAUDOS

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Nit. 860009578-6

47189

iRecaudo

Nro. de Referencia de Pago	30000099774197
Fecha de Emisión	04/02/2025

		Fecha de Pago		
		DIA	**MES**	**AÑO**
Consignado Por:	LOMBANA JIMENEZ ELIZABETH			
Valor a Pagar:	$28.225,00			
Cantidad de Documentos a Pagar	1	**Fecha Vencimiento Boleta**	10/02/2025	

CLIENTE

Debe tener sello y firma de entidad recaudadora para que tenga validez de comprobante de pago

Lugares de Pag

Recuerde llevar los comprobantes separados para pago en Banco

SISTEMA NACIONAL DE RECAUDOS

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Nit. 860009578-6

47189

iRecaudo

Nro. de Referencia de Pago	30000099774197
Fecha de Emisión	04/02/2025

	Fecha de Pago		
Nombre de quién realiza la consignación:	**DIA**	**MES**	**AÑO**
LOMBANA JIMENEZ ELIZABETH			
Teléfono:	**TOTAL A PAGAR**	$28.225,00	

(415)7709998021167(8020)30000099774197(3900)00000000028225(96)20250210

BANCO - CHEQUE

Debe tener sello y firma de entidad recaudadora para que tenga validez de comprobante de pago

FORMA DE PAGO	Código del Banco	Nº de Cheque	Nº de Cuenta	Valor
CHEQUE				
			Total Pagado	

Lugares de Pag

Recuerde llevar los comprobantes separados para pago en Banco

SISTEMA NACIONAL DE RECAUDOS

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Nit. 860009578-6

47189

iRecaudo

Nro. de Referencia de Pago	30000099774197
Fecha de Emisión	04/02/2025

	Fecha de Pago		
Nombre de quién realiza la consignación:	**DIA**	**MES**	**AÑO**
LOMBANA JIMENEZ ELIZABETH			
Teléfono:	**TOTAL A PAGAR**	$28.225,00	

(415)7709998021167(8020)30000099774197(3900)00000000028225(96)20250210

BANCO - EFECTIVO

Debe tener sello y firma de entidad recaudadora para que tenga validez de comprobante de pago

Lugares de Pag

Total de Efectivo	**$**
Total Pagado	**$**

Recuerde llevar los comprobantes separados para pago en Banco

Este formato está prediligenciado por el aplicativo iRecaudo. La impresión de los formatos de recaudo debe hacerse en papel tipo Bond de 75 gr/m2 (papel para fotocopiado). No se aceptan formatos impresos en papeles químicos tipo FAX. La impresión debe realizarce con impresora láser de alta resolución. Se deben presentar todas las copias de la impresión en la Sucursal del Banco con la forma de pago previamente diligenciada en cada una de ellas.