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** | **11471-926389** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | FRANCY GERMAN NIÑO CAMARGO | **Banco a consignar:** | BANCO BBVA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 7.223.554 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | fgnino@sena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 0340001246 |
| **IP/Nº de contacto:** | | **Presta Servicios Excluidos de IVA:** | NO |
| **Inducción SST:** | SI | **Pertenece al régimen simple de tributación:** | NO |
| **Régimen del IVA:** | NO RESPONSABLE | **Es declarante de renta por el año gravable 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:** | Ninguno |
| **TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.** | 0,00% |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nº del contrato:** | 7414547/2025 | **Nº Compromiso SIIF** | **8425** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 10 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | INSTRUCTOR: RADICADO NO 15-9-2025-001934 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 MECANICA INDUSTRIAL, ÁREA TEMÁTICA DE E |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Del** | **06/02/2025 Al 28/02/2025** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 45.228.525 |
| **Número de pago** | **1** | **Valor Total del Contrato:** | $ 45.228.525 |
| **Valor Bruto Pago:** | **$ 3.832.926,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 41.395.599 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.832.926 | Ninguno | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | $ 0 | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 0 | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 3.832.926** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.590.226** | **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** | | ---------- | **Dec.1273/2018** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.328.747 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 166.100 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 212.600 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 |
| ARL | V | $ - | $ 0 |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC | | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias | | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda | | $ - | |
| Dependientes hasta | | $ - | |
| Salud hasta | $ 796.784 | $ - | |
| Renta Exenta 25% | $ 32.784.341 | $ 864.000 | |
| 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 | 2.590.226,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 3.832.926,00 | |
| 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** | **$3.832.926,00** | |

**SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y DOS MIL NOVECIENTOS VEINTISEIS PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se realizaron actividades correspondientes de Formación profesional Integral del 06 al 28 de febrero programa articulación.

FICHA N° 2937733 Mecanico de maquinaria industrial, DUITAMA, GRADO 11

FICHA N° 3149704 Mecánico de maquinaria industrial, NOBSA, GRADO 10

FICHA N° 2937694 Montaje y mantenimiento electromecánico de instalaciones mineras bajo tierra, SAMACA, GRADO 11

FICHA N° 2937750 Montaje y mantenimiento electromecánico de instalaciones mineras bajo tierra, SAMACA, GRADO 11

FICHA N° 2939328 Mecánico de maquinaria industrial, TUNJA, GRADO 11

**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



**FRANCY GERMAN NIÑO CAMARGO**
**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)**

22/02/25 09:46:54 USUARIO: SIC - C.C. 7223554

# 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 **Francy German Niño Camargo** identificado(a) con **CEDULA DE CIUDADANIA** número **7223554,** está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 7223554 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Francy German Niño Camargo |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| PARENTESCO | Titular |
| FECHA DE NACIMIENTO | 24/09/1967 |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN | 0 Tiene Derecho A Cobertura Integral |
| CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN | 10 - Cobertura Integral |
| FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS | 01/08/2019 |
| FECHA RETIRO LABORAL / EPS SANITAS | Activo(a) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS | 73 semanas |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO | 51 semanas |
| RÉGIMEN | Contributivo |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN | 01/09/2024 |
| NIVEL SISBEN | No aplica |
| EMPLEADOR(ES)* | |

CEDULA DE CIUDADANIA 7223554 Trabajador Independiente Desde 04/02/2025 - Vigente
CEDULA DE CIUDADANIA 7223554 FRANCY GERMAN NIÑO CAMARGO Desde 01/03/2024 Hasta 31/08/2024
CEDULA DE CIUDADANIA 7223554 FRANCY GERMAN NIÑO CAMARGO Desde 08/02/2024 Hasta 29/02/2024

Generado por aymoreno 20/02/2025

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

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

| No. de Radicación | Fecha de Radicación |
|---|---|
| | 04 07 2015 |

184076160

*(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)*

## I. DATOS DEL TRÁMITE

**1. Tipo de Trámite**
A. Afiliación — B. Reporte de Novedades X

**2. Tipo de Afiliación**
A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia X — B. Colectiva — D. De Oficio
- Beneficiario o Afiliado adicional — C. Institucional

**3. Régimen**
A. Contributivo X — B. Subsidiado

**4. Tipo de Afiliado**
A. Cotizante X — B. Cabeza de Familia — C. Beneficiario

**5. Tipo de Cotizante**
A. Dependiente — B. Independiente — C. Pensionado X

**Código** (a registrar por la EPS)

## A. AFILIACIÓN

## II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

**6. Apellidos y nombres**

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| NIÑO | CAMARGO | FRANCY | GERMAN |

**7. Tipo de documento de identidad**
CN — TI — CE — CD
RC — CC X — PA — SC

**8. Número del documento de identidad**
7.223.554

**9. Sexo**
Femenino — Masculino X

**10. Fecha de nacimiento**
24 09 1967

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

**Datos Personales**

**11. Etnia**

**12. Discapacidad**
Tipo F N M — Condición T P

**13. Puntaje SISBÉN**

**14. Grupo de población especial**

**15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL**

**16. Administradora de Pensiones**

**17. Ingreso base de cotización - IBC**
$1.840.000

**18. Residencia**

Dirección: CALLE 11 # 16-74 Apto 602

Teléfono Fijo: 6017658847

Teléfono Celular: 3114483571

Correo Electrónico: francisgnc@gmail.com

Municipio / Distrito: DUITAMA

Zona: Urbana X — Rural

Localidad / Comuna: El Carmen

Departamento: BOYACA

## IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

**Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante**

**19. Apellidos y nombres**

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

**20. Tipo de documento de identidad**
CN — TI — CE — CD
RC — CC — PA — SC

**21. Número del documento de identidad**

**22. Sexo**
Femenino — Masculino

**23. Fecha de nacimiento**
D D M M A A A A

**Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales**

**24. Apellidos y nombres**

| | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |
| B4 | | | | |
| B5 | | | | |

**Datos Complementarios**

| | 25. Tipo de documento de identidad | 26. Número del documento de identidad | 27. Sexo | 28. Fecha de nacimiento | 29. Parentesco |
|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | Femenino — Masculino | D D M M A A A A | |
| B2 | | | Femenino — Masculino | D D M M A A A A | |
| B3 | | | Femenino — Masculino | D D M M A A A A | |
| B4 | | | Femenino — Masculino | D D M M A A A A | |
| B5 | | | Femenino — Masculino | D D M M A A A A | |

| | 30. Etnia | 31. Discapacidad Tipo | 31. Discapacidad Condición | 32. Datos de Residencia Municipio/Distrito | Zona | Departamento | Teléfono Fijo y/o Celular | 33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | F N M | T P | | Urbana Rural | | | |
| B2 | | F N M | T P | | Urbana Rural | | | |
| B3 | | F N M | T P | | Urbana Rural | | | |
| B4 | | F N M | T P | | Urbana Rural | | | |
| B5 | | F N M | T P | | Urbana Rural | | | |

**Selección de la IPS Primaria**

| | 34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| C | Salud vital Duitama | 129203 |
| B | | |
| B | | |
| B | | |

OFIX SUMINISTROS Y LOGÍSTICA SAS - NIT: 900.156.826-1 100264458 Sku.23572

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

| 35. Nombre o razón social | 36. Tipo documento de Identificación (NIT, TI, CE, CC, PA, CD) | 37. Número del documento de Identificación | 38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| | | | |

**39. Ubicación**

Dirección | Teléfono Fijo

Correo Electrónico | Municipio / Distrito | Departamento

## B. REPORTE DE NOVEDADES

**40. Tipo de Novedad**

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

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

**41. Datos básicos de identificación**

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

| Tipo de documento de identidad (CN, TI, CE, CD, RC, CC, PA, SC) | Número del documento de identidad | Sexo (Femenino, Masculino) | Fecha de nacimiento (D D M M A A A A) | 42. Fecha |
|---|---|---|---|---|
| | | | | 04022025 |

| 43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado | 45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones |
|---|---|---|
| Sanitas EPS | Código | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

## VIII. FIRMAS

| 54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario | 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio |
|---|---|
| | |

## IX. ANEXOS

- [x] 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC — Cantidad: 1 — TOTAL
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

| 66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio | Código del Departamento | 67. Datos del SISBÉN: Número de ficha | Puntaje | Nivel | 68. Fecha de Radicación (D D M M A A A A) | 69. Fecha de Validación (D D M M A A A A) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

**70. Datos del funcionario que realiza la validación**

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

| Tipo de documento | Número de documento de identidad | 71. Firma del Funcionario |
|---|---|---|
| | | |

**Observaciones:** independiente

EPS Sanitas
OFICINA DUITAMA
04 FEB 2025
Recibido Por:
Hora:
RECIBIDO PARA SU ESTUDIO

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

| Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial | Sello de Radicación | Sticker procesamiento |
|---|---|---|
| | | |

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **FRANCY GERMAN NIÑO CAMARGO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **7223554,** se encuentra afiliado/a desde **01/07/2019** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 04 de febrero de 2025.



**Rosa Mercedes Nino Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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, **FRANCY GERMAN NIÑO CAMARGO** identificado con **CC** No. **7223554**, registra la siguiente información.

| Datos del Contratante | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034 | **Fecha de inicio de cobertura:** 05/02/2025<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 05/02/2025<br>**Fecha fin de Contrato:** 30/11/2025<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>**Clase de Riesgo:** 5 |

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501012660752.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 18 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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## Hace constar:

Que el Sr(a) FRANCY GERMAN NIÑO CAMARGO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 7223554 realizó el día 18/02/2025 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 FRANCY GERMAN NIÑO CAMARGO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 7223554 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.

2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.

3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.

4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.



Firma

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

# Hace constar:

Que el Sr(a) FRANCY GERMAN NIÑO CAMARGO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 7223554 el día 18/02/2025 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.

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 7223554 **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 04/02/2025 10:32 AM

Código Verificación: **YTW5S96VKD**

Válida hasta: **05/05/2025**

---

**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 141159621534

(415)7707212489984(8020) 000014115962153 4

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

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Boyacá 1 5 | Duitama 2 3 8 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| NIÑO | CAMARGO | FRANCY | GERMAN |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Boyacá 1 5 | Duitama 2 3 8 |

41. Dirección principal
CL 11 16 74 AP 602

42. Correo electrónico francisgnc@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 6 0 8 7 6 2 7 9 5 8 | 3 1 1 4 4 8 3 5 7 1 |

## 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 5 0 2 0 4 | 2 4 3 2 | 2 0 1 0 0 2 2 2 | 8 2 9 9 | 4 6 6 2 | 2 1 4 3 | |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

52 - Facturador electrónico

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

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

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

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI ☐ NO ☐ 60. No. de Folios:

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

985. Cargo

EN TRAMITE COSTO
DOCUMENTO SIN



# CREADSALUD BOYACA S.A.S.

NIT. 826.001.733-1
CALLE 16 Nº 15 - 43. TEL. 7605484- 3202309048- 3153160085
DUITAMA - BOYACA -e-mail: info@creadsaludboyaca.com

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre Paciente:** | Francy German Niño Camargo | **Identificacion** 7223554 | **Codigo Unico Paciente:** 33220 |
| **Empresa:** | PARTICULARES | **Fecha Nacimiento:** | 24/09/1967 |
| **Direccion:** | Cll. 11 Nº 16-74 Apto. 602 Duitama | | |



| Ingreso Nro. | Sexo: | Edad: | | Estado Civil: | Nivel Educativo: | Ciudad: | Fecha Consulta |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 86317 | Masculino | 56 | Años | Soltero | Profesional Universitari | YOPAL | 08/02/2024 08:12:21 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Objetivo:** | Ingreso | **E.P.S.:** | SANITAS | **A.R.L.:** | NO REFIERE | **Cargo:** | INSTRUCTOR |
| **Contrato:** | | **Clasificacion del Riesgo:** | | CLASE I | | **Estrato:** | [3] - Medio Bajo |

## CONCEPTO MEDICO LABORAL

Los Resultados de Paraclinicos y Valoracion del Paciente fueron consignados en una Historia Clinica Ocupacional que reposa en los archivos de Salud Ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente result

| | |
|---|---|
| ☑ Sin restricciones médicas para el cargo según profesiograma | ☐ Con restricciones para el cargo según profesiograma (ver restricciones) |
| ☐ Con recomendaciones médicas para el cargo según profesiograma | ☐ Aplazado: Presenta condición que requiere tratamiento o valoracion antes de Ingre |
| ☑ Sin Restricciones Médicas para trabajo en Alturas | ☐ Sin Restricciones Médicas para trabajo en Espacios Confinados |
| ☐ Sin Restricciones Médicas para trabajo con Riesgo Eléctrico | ☐ Sin Restricciones Médicas para trabajo en Temperaturas Extremas |
| ☐ Sin Restricciones Médicas para Conducción de Vehículos | ☐ Sin Restricciones Médicas para Manipulación de Alimentos |
| ☐ Sin Restricciones Médicas para Operar maquinaria pesada | ☐ Sin Restricciones Médicas para trabajo en alturas mayores a 2500mts |
| ☐ Sin Hallazgos a la Evaluación Médica | ☐ Presenta Diagnostico de Enfermedad Laboral Calificada (Con Soporte) |
| ☐ Presenta Diagnostico de Accidente de trabajo(Con Soporte) | ☐ Sin Diagnostico de Enfermedad Laboral o secuelas por accidente de trabajo |
| ☐ Sin Restricciones Médicas para trabajo con Manejo de Químicos | ☐ Sin Restricciones Médicas para trabajo con Radiación Ionizante |
| ☐ Con Restricciones Medicas para Conducción de Vehículos | ☐ Presenta Diagnostico de Accidente de trabajo (Sin Soporte) |
| ☐ Presenta Diagnostico de Enfermedad Laboral Calificada (Sin Soporte) | ☐ Con Restricciones Médicas para trabajo en Alturas |
| ☐ Con Restricciones Médicas para trabajo en Espacios Confinados | ☐ Con Restricciones Médicas para trabajo con Riesgo Eléctrico |
| ☐ Con Restricciones Médicas para trabajo en Temperaturas Extremas | ☐ Con Restricciones Médicas para Manipulación de Alimentos |
| ☐ Con Restricciones Médicas para trabajo con Manejo de Químicos | ☐ Con Restricciones Médicas para trabajo con Radiación Ionizante |

## SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS

Se Realizaron los siguientes examenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR, CARDIOCASCULAR, DERMATOLOGICO, PRUEBA DE VERTIGO, VALORACIÓN PSICOLOGICA, GLICEMIA, VISIOMETRIA, EXAMEN FONOAUDIOLOGICO (VOZ), ELECTROCARDIOGRAMA, PERFIL LIPIDICO, CUADRO HEMATICO,AUDIOMETRIA.

## DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Cumple Con el Perfil del Profesiograma para el Cargo Sin Restricciones.

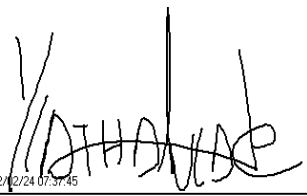
## RESTRICCIONES

Ninguna para el Cargo

## RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

GENERALES: Valoración por EPS. (Medicina General, Nutricionista, Medicina familiar,Oftalmologia). Segun I.C.M: Mejorar hábitos alimenticios, realizar actividad física. Correccion optica con anteojos, Uso de lentes de alto filtro. Tratamiento farmacologico. Control auditivo anual. SALUD OCUPACIONAL: Control de Salud ocupacional periódico, Higiene Postural, Utilización EPP. Conducir con la ventanilla cerrada. Incluir en PROGRAMAS DE PYP: SVE Riesgo Visual, Auditivo, Biomecanico, Cardiovascular. Se recomienda según curso de vida (edad) el cumplimiento de tamizajes según Resolución 3280 de 2018.

Certifico que el (la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizado en mí el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(as) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará Creadsalud Boyacá S.A.S., para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. Autorizo a Creadsalud Boyacá S.A.S. para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo, y para las situaciones contempladas en la misma legislación.

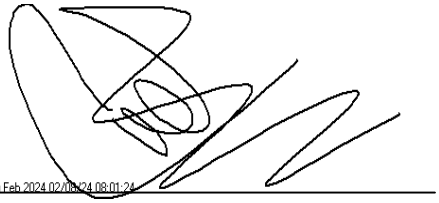


Fri Feb 2024 02/02/24 07:37:45

NATHALIA JAIME - C.C. 1018402424 / RM: LSO 190 - 05/02/2018

13/02/2024 08:31:52

Generado por SGMI - TERRASOFT, NIT. 74814574-9. www.terrasoft.co



Thu Feb 2024 02/08/24 08:01:24

Firma y Huella del Paciente o Responsable



Indice Derecho

**Importante: Valide su certificado de aptitud en www.creadsaludboyaca.com Opción SERVICIOS EN LINEA**

BBVA
Creando Oportunidades

# BBVA Colombia
# NIT 860.003.020-1
# Certifica

Que nuestro(a) cliente **FRANCY GERMAN NI#O CAMARGO**, identificado(a) con **cédula ciudadanía número 7.223.554** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 340001246** aperturada el **14 de septiembre de 2023**, cuenta activa y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **04** días del mes de **febrero** del año **2025**.

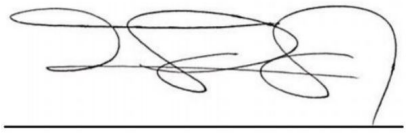
---

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

Cuenta de 10 dígitos: **0340001246**
Cuenta de 16 dígitos: **0340000200001246**
Cuenta de 20 dígitos: **00130340000200001246**

---

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 | 51-46-101020772 | 0 |

| FECHA EXPEDICIÓN: | | | VIGENCIA DESDE: | | | A LAS: | VIGENCIA HASTA: | | | A LAS: | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DÍA: | MES: | AÑO: | DÍA: | MES: | AÑO: | HORAS: | DÍA: | MES: | AÑO: | HORAS: | TIPO MOVIMIENTO: |
| 06 | 02 | 2025 | 06 | 02 | 2025 | 00:00 | 31 | 03 | 2026 | 23:59 | EMISIÓN ORIGINAL |

### DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | | IDENTIFICACIÓN: | |
|---|---|---|---|
| NIÑO CAMARGO FRANCY GERMAN | | | C.C. :7,223,554 |
| DIRECCIÓN: CL 11 NRO. 16 74 AP 602 | CIUDAD: DUITAMA - BOYACA | | TELÉFONO: 3114483571 |

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

| ASEGURADO/BENEFICIARIO: | | IDENTIFICACIÓN: | |
|---|---|---|---|
| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA | | | NIT. :899,999,034-1 |
| DIRECCIÓN: CENTRO MINERO - VDA MORCA KM 7 SECTOR BATÁ | CIUDAD: SOGAMOSO - BOYACA | | TELÉFONO: 7721313 |
| 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.7414547 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: 15_9111_92 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 MECANICA INDUSTRIAL, ÁREA TEMÁTICA DE ELECTROMECANICA 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 | 06/02/2025 | 31/03/2026 | $ 4,522,852.50 |

ACLARACIONES:

| VALOR PRIMA NETA: | GASTOS EXPEDICIÓN: | IVA: | TOTAL A PAGAR: | VALOR ASEGURADO TOTAL | PLAN DE PAGO: |
|---|---|---|---|---|---|
| $ 15,538.79 | $ 8,000.00 | $ 4,472.37 | $ 28,011.16 | $ 4,522,852.50 | 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

51-46-101020772
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. 51-46-101020772, 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 6 días del mes de Febrero de 2025



FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas



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

**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**
**NIT. 860009578-6**
**RECIBO DE CAJA N° 47843464**

| Expedido en | Sucursal | Código Sucursal | Fecha de Pago | Clave | Intermediario |
|---|---|---|---|---|---|
| BOGOTA, D.C. | OFICINA PRINCIPAL | 1 | 06/02/2025 | 93098 | CLASS ASESORES DE SEGUROS LIMITADA |

| | | |
|---|---|---|
| **Tomador:** | FRANCY GERMAN NIÑO CAMARGO | **NIT/CC** 7223554 |
| **Suma de:** | VEINTIOCHO MIL ONCE PESOS M/CTE.****** | |
| **Pagador:** | FRANCY NINO | **NIT/CC** 7223554 |
| **Por concepto de:** | APLICACION PORTAL DE RECAUDOS #283145625 | |

| Suc-Ramo-Póliza-Endoso-Cuota | Prima | Gasto | IVA | Runt | Valor |
|---|---|---|---|---|---|
| 51-AGENCIA SOGAMOSO-46-CU. ENTIDAD.EST.ONL-101020772-0-1 | $15.538,79 | $8.000,00 | $4.472,37 | $0,00 | $28.011,16 |

| Otros conceptos de pago | Valor |
|---|---|
| APROVECHAMIENTOS | $-0,16 |
| CUENTA PUENTE INTERSUCURSALES | $28.011,00 |

**Forma de pago**

| | | |
|---|---|---|
| AHORRO | **Ahorro:** | $28.011,00 |
| | **Corriente:** | $0,00 |
| | **Tarjeta:** | $0,00 |
| | **Otro:** | $0,00 |
| **Transacción:** 16971371 | **Total:** | **$28.011,00** |
| | **Cajero:** | PAGUESTADO |

CUFE: ae475050ca2eda1d5c75659c502e793054a781a0df0a636254088a63e21554dd3231e37b6d2ea0fa173963fa3c595944

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578

Factura Electrónica
De Venta

N°. 51G-63965

Grandes Contribuyentes
RESPONSABLES DE IVA
Agente Retenedor de I.V.A.
Código CIIU 6511

Fecha: 06 02 2025

Hora: 00:00:00

Somos Gran Contribuyente de ICA para Bogotá según Resolución Número DDI-023769 29 de noviembre de 2021.
Resolución Dían No. 18764055722085. Fecha de vigencia desde 2023/09/08 hasta 2025/03/08 Con Prefijo 51G, Desde 38694 A 500000.
Autoriza DE 38694 AL 500000

**Fecha validación Dian:**2025/02/6 11:00:25

La factura no es constancia del recaudo o pago de la póliza

| | |
|---|---|
| **Razón Social:** | NIÑO CAMARGO FRANCY GERMAN |
| **Cédula de ciudadanía:** | 7223554 |
| **Dirección:** | KR 12 A NRO. 21 - 33 |
| **Teléfono:** | 3114483571 |
| **E-mail:** | FRANCISGNC@GMAIL.COM |

| No. | Cód Ramo Comercial | Descripción | Unidad | Cantidad | Valor Uni | Valor |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 46 | POLIZA DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL ONLINE - 51 - 101020772 - 0 | unidad | 1 | 23.538,79 | 23.538,79 |

**Total**
1

Observaciones:

Valor en letras: SON: VEINTIOCHO MIL ONCE PESOS

| | |
|---|---|
| Subtotal | 23.538,79 |
| Impoconsumo | 0.00 |
| IVA | 4.472,37 |
| Total | 28.011,16 |

Forma de Pago: Contado

Medio de Pago: Efectivo

Firma Autorizada

IFactura Transfiriendo
Proveedor Tecnológico Autorizado DIAN Nit: 900.032.159-4

Referencia pago
1101560201928-3

(415)7709998021167(8020)11015602019283(3900)000000028011(96)20260206

# FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

## Representación Gráfica

### Datos del Documento

**Código Único de Factura - CUFE :**
44439ada7e0630a2a00e1360919d7736587c44e99b6b906ed5c45c941919bd06605bea0ca7ccb54352afba3c1dcc8729

**Número de Factura:** FGNC-26
**Fecha de Emisión:** 22/02/2025
**Fecha de Vencimiento:** 22/02/2025
**Tipo de Operación:** 10 - Estándar

**Forma de pago:** Contado
**Medio de Pago:** Efectivo
**Orden de pedido:**
**Fecha de orden de pedido:**

### Datos del Emisor / Vendedor

**Razón Social:** NIÑO CAMARGO FRANCY GERMAN
**Nombre Comercial:** NIÑO CAMARGO FRANCY GERMAN
**Nit del Emisor:** 7223554
**Tipo de Contribuyente:** Persona Natural
**Régimen Fiscal:**R-99-PN
**Responsabilidad tributaria:** ZZ - No aplica
**Actividad Económica:** 8551

**País:** Colombia
**Departamento:** Boyacá
**Municipio / Ciudad:** Duitama
**Dirección:** CL 11 16 74 AP 602
**Teléfono / Móvil:** 6087627958
**Correo:** francisgnc@gmail.com

### Datos del Adquiriente / Comprador

**Nombre o Razón Social:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
**Tipo de Documento:** NIT
**Número Documento:** 899999034
**Tipo de Contribuyente:** Persona Jurídica
**Régimen fiscal:** O-13;R-99-PN
**Responsabilidad tributaria:** ZZ - No aplica

**País:** Colombia
**Departamento:** Bogotá
**Municipio / Ciudad:** Bogotá, D.c.
**Dirección:** CL 57 8 69, Bogotá D.C
**Teléfono / Móvil:** 5461500
**Correo:** siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co

### Detalles de Productos

| | | | | | | | | IMPUESTOS | | | | Precio unitario |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nro. | Código | Descripción | U/M | Cantidad | Precio unitario | Descuento detalle | Recargo detalle | IVA | % | INC | % | de venta |
| 1 | 0001 | Prestar servicios personales para planear, orientar y evaluar FPI que imparte el C Minero en la red de conocimiento mecanica industrial, área temática electromecanica programa de articulacion con la media de conformidad con Lineamientos y normas | NIU | 1,00 | $ 3.832.926,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | | | | | $ 3.832.926,00 |

### Notas Finales

#$36-02-00-015-91110;CO1.PCCNTR.7414547;corread@sena.edu.co#$
Linea de negocio:

## Datos Totales

**Documento generado el:**
22/02/2025 08:02:42
**Documento validado por la DIAN:**
22/02/2025 08:02:44
**XML Generado por: Solución Gratuita DIAN**
800197268
**PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN**
**Nit:800197268**

| | |
|---|---|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | 0 |

| | |
|---|---|
| **Subtotal** | 3832926 |
| Descuento detalle | 0,00 |
| Recargo detalle | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | 3832926 |
| IVA | 0,00 |
| INC | 0,00 |
| Bolsas | 0,00 |
| Otros impuestos | 0 |
| **Total impuesto (=)** | 0 |
| **Total neto factura (=)** | 3832926 |
| Descuento Global (-) | 0,00 |
| Recargo Global (+) | 0,00 |
| **Total factura (=) COP $** | $ 3832926 |

**Valores informativos**

| | |
|---|---|
| **ANTICIPOS** | |
| Anticipos | 0 |

| | |
|---|---|
| **RETENCIONES** | |
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

| | |
|---|---|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | |

| | |
|---|---|
| **Subtotal** | 3.832.926,00 |
| Descuento detalle | 0,00 |
| Recargo detalle | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | 3.832.926,00 |
| IVA | 0,00 |
| INC | 0,00 |
| Bolsas | 0,00 |
| Otros impuestos | 0,00 |
| **Total impuesto (=)** | 0,00 |
| **Total neto factura (=)** | 3.832.926,00 |
| Descuento Global (-) | 0,00 |
| Recargo Global (+) | 0,00 |
| **Total factura (=) COP $** | $ 3.832.926,00 |

**Valores informativos**

| | |
|---|---|
| **ANTICIPOS** | |
| Anticipos | 0,00 |

| | |
|---|---|
| **RETENCIONES** | |
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

Numero de Autorización: 18764088804463 Rango desde: 25 Rango hasta: 50 Vigencia: 2025-08-12