



BOGOTA, Febrero 22 de 2025

Señor:
LEON GONZALEZ ILDEFONSO
CC. 1032373822
CR 38 14 93. - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Febrero 5 de 2010. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
MESA PAVA LEIDY KATHERINE	1012381122	C	Jun-14-2018	52	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
LEON MESA GABRIELA	1012470764	R	Jul-10-2019	56	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
COLEGIO COSMOS	1032373822	Cotizante dependiente, con aportante beneficiario	CERRADO
COLEGIO COSMOS	1032373822	Cotizante dependiente, con aportante beneficiario	CERRADO
COLEGIO COSMOS	1032373822	Cotizante dependiente, con aportante beneficiario	CERRADO
COLEGIO COSMOS	1032373822	Cotizante dependiente, con aportante beneficiario	CERRADO
COLEGIO COSMOS	1032373822	Cotizante dependiente, con aportante beneficiario	CERRADO
COLEGIO COSMOS	1032373822	Dependiente	CERRADO
COLEGIO COSMOS	1032373822	Dependiente	CERRADO
COLEGIO COSMOS	1032373822	Dependiente	CERRADO
COLEGIO COSMOS	1032373822	Dependiente	CERRADO
COLEGIO COSMOS	1032373822	Dependiente	CERRADO
COLEGIO COSMOS	1032373822	Dependiente	CERRADO
COLEGIO COSMOS	1032373822	Dependiente	CERRADO
COLEGIO COSMOS	1032373822	Dependiente	CERRADO
COLEGIO COSMOS	1032373822	Dependiente	CERRADO
COLEGIO COSMOS	1032373822	Dependiente	CERRADO
COLEGIO COSMOS	1032373822	Dependiente	CERRADO
COLEGIO COSMOS	1032373822	Dependiente	VIGENTE
COLEGIO COSMOS	1032373822	Profesor de establecimiento particular	CERRADO
COLEGIO COSMOS	1032373822	Profesor de establecimiento particular	CERRADO
COLEGIO COSMOS	1032373822	Profesor de establecimiento particular	CERRADO
COLEGIO COSMOS	1032373822	Profesor de establecimiento particular	CERRADO
ILDEFONSO LEON GONZALEZ	1032373822	Beneficiario del Mecanismo de Protección al Cesant	CERRADO
ILDEFONSO LEON GONZALEZ	1032373822	Beneficiario del Mecanismo de Protección al Cesant	CERRADO
ILDEFONSO LEON GONZALEZ	1032373822	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
ILDEFONSO LEON GONZALEZ	1032373822	Trabajador Independiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.
Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 0 2 Actualización		4. Número de formulario 141155046452			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 0 3 2 3 7 3 8 2 2		6. DV 5		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	
				14. Buzón electrónico 3 2	
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		26. Número de Identificación 1 0 3 2 3 7 3 8 2 2	
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA 1 6 9		29. Departamento Bogotá D.C. 1 1		30. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1	
31. Primer apellido LEON		32. Segundo apellido GONZALEZ		33. Primer nombre ILDEFONSO	
34. Otros nombres		35. Razón social		36. Nombre comercial	
37. Sigla		UBICACIÓN			
38. País COLOMBIA 1 6 9		39. Departamento Cundinamarca 2 5		40. Ciudad/Municipio Soacha 7 5 4	
41. Dirección principal CR 38 14 93					
42. Correo electrónico alfonsoleon86@gmail.com					
43. Código postal		44. Teléfono 1 3 1 2 3 3 7 5 7 2 2		45. Teléfono 2 3 1 9 4 2 3 2 6 3 7	
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica		Ocupación			
46. Código 8 5 5 1		47. Fecha inicio actividad 2 0 1 2, 0 2, 0 1		48. Código 8 5 2 3	
49. Fecha inicio actividad 2 0 0 7, 0 2, 0 1		50. Código 6 9 2 0		51. Código	
52. Número establecimientos					
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 5					
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario					
Usuarios aduaneros					
Exportadores					
54. Código					
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 LEON GONZALEZ ILDEFONSO					
985. Cargo CONTRIBUYENTE					

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso ☒ Periódico ☐ Retiro ☐ Post incapacidad ☐ Caso ocupacional ☐
Control ☐ Reubicación ☐ Ingreso al SVE ☐ Trabajo en alturas ☐

DATOS DEL PACIENTE

Fecha **25/07/2022 08:17:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **ILDEFONSO - LEON GONZALEZ**

Cargo **INSTRUCTOR**

Doc. Identidad **CC 1032373822**



SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN MEDICINA OCUPACIONAL INGRESO	2 OPTOMETRIA	3 ENFASIS OSTEOMUSCULAR
4 ELECTROCARDIOGRAMA	5 INBODY	6 PRUEBA PSICOLÓGICA
7 GLICEMIA	8 PERFIL LIPÍDICO	9 CUADRO HEMÁTICO

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN	EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para el cargo	☒	☐	☐	☐	Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	☐	☐
Aplazado	☐	☐	☐	☐	Requiere restricciones de actividades	☐	☐
Apto con restricciones	☐	☒	☐	☐	Requiere reubicación laboral temporal	☐	☐
Apto para trabajar en alturas	☐	☐	☒	☐	Requiere reubicación laboral permanente	☐	☐
Apto para trabajar en espacios confinados	☐	☐	☒	☐	Apto para trabajar en alturas	☐	☐
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	☐	☐	☒	☐	Apto para trabajar en espacios confinados	☐	☐
Apto para participar en la brigada	☐	☐	☒	☐	Apto para trabajar en alturas	☐	☐
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	☒	☐	☐	☐			

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Visual ☐ Auditivo ☐ Respiratorio ☐ Cardiovascular ☐ Psicosocial ☐ Ergonómico ☐ Otros ☐

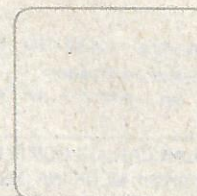
REMISIÓN SI ☐ NO ☒ ARL SI ☐ NO ☐ EPS SI ☐ NO ☐

DR. JUAN CARLOS CORTES M.
Médico Cirujano U. Nacional
R. M. 9417-S. D. S. 17272

JUAN CARLOS CORTES MILLAN
Especialidad: MEDICINA DEL TRABAJO Y
MEDICINA LABORAL
CC: 79383548 RM: 9417/93

Trabajador: ILDEFONSO - LEON GONZALEZ
CC 1032373822

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biométrica

OPTOMETRIA: Control anual

RIESGO CARDIOVASCULAR: Bajo

1. Pausas activas 5 min por cada 4 horas de trabajo
2. Higiene postural
3. Puesto de trabajo ergonómicamente Apto
4. Cuando escribas en un computador, al digitar sólo mueve los dedos. Mantén siempre las muñecas rectas y la espalda derecha sobre el espaldar de la silla.
5. Relaja los hombros y mantén los codos a los lados del cuerpo.
6. Siempre coloca los pies a la altura del piso.
7. Los monitores deben estar a la altura de los ojos, para no tener que agachar el cuello para mirar lo que se escribe.
8. Uso adecuado del tapabocas
9. Distanciamiento social
10. Lavado de manos
11. Siga los lineamientos de bioseguridad de la empresa
12. Realizar ejercicio 30 min 3 veces a la semana

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

DR. JUAN CARLOS CORTES M.
Médico Cirujano U. Nacional
R. M. 9417 S. D. S. 17272

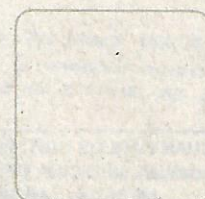
JUAN CARLOS CORTES MILLAN
Especialidad: MEDICINA DEL TRABAJO Y
MEDICINA LABORAL
CC: 79383548 RM: 9417/93

Ildefonso

Trabajador: ILDEFONSO - LEON GONZALEZ
CC 1032373822

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Dirección: CL 12 A # 9 -914 Teléfono: 8822218
Email: CLINICAEUGENIODIAZ2015@GMAIL.COM



Captura Biométrica

clínica ips eugenio diaz
2022-07-25 09:11

Ildefonso Leon Gonzalez

ID: 1032 373822

Nombre: M Sexo: M

Talla: 166 cm Peso: 66 kg SIS/DIAS: / Edad: 35 años

HR bpm: 80

PR Interval ms: 150

P Duration ms: 115

QRS Duration ms: 95

T Duration ms: 237

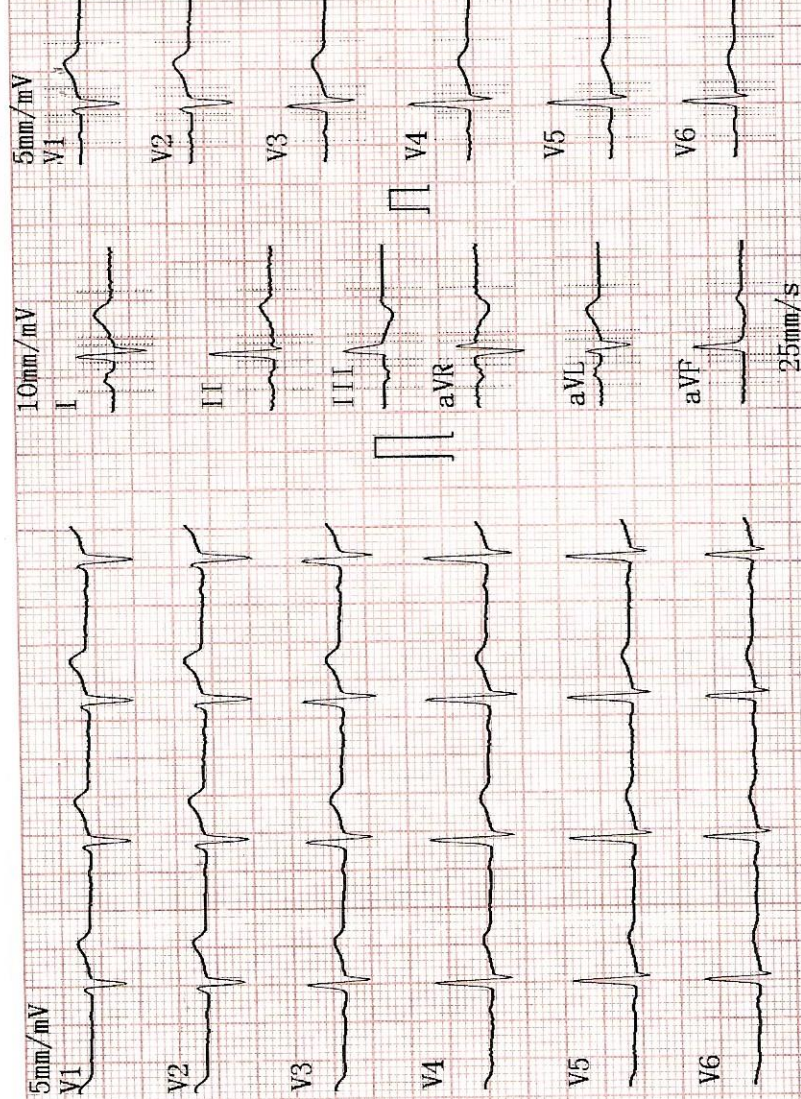
QT/QTc ms: 375/433

P/QRS/T Axis deg: 2.6/80.7/6.3

R(V5)/S(V1) mV: 1.64/0.97

R(V5)+S(V1) mV: 2.62

<<Conclusión>>



Médico Dayana Gonzalez

BY PAINTERED FOR BIOGARE 600 G/TRIMED

Nombre: ILDEFONSO - LEON GONZALEZ

CC: 1032373822

Edad: 35 años

Fecha: 26/07/2022 Hora: 10+00

Empresa: SENA Cargo: Instructor

Examen de

Prueba Psicometrica Nivel S

Puntaje :Medio- Alto

Concepto

- Buena capacidad para atender selectivamente y secuencialmente a figuras similares
- Aplicación de estrategias eficaces a la hora de realizar comparaciones visuales
- Facilidad para motivarse y mantener la activación ante estímulos repetitivos y monótonos
- Un nivel alto de velocidad del procesamiento de las operaciones mentales simples
- Habilidad para percibir y discriminar con rapidez la configuración perceptiva de las figuras
- Posiblemente, un nivel elevado de memoria de trabajo en relación con patrones visuales
- Aptitud para trabajar de prisa bajo presión de tiempo

Monica Alejandra Pérez Navarrete
MEDICO GENERAL EN
SEGURIDAD Y SALUD DE
TRABAJO
C.C. 1030583036

Médico Ocupacional

Monica Alejandra Perez Navarete

Esp. Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo .



CLINICA IPS EUGENIO DIAZ S.A.S

NIT. 900810768 - 8

Dirección: CL 12 A # 9 - 914

Tel: 8822218

OPTOMETRÍA

Fecha historia 25/07/2022 07:33:00

Ingreso ☒Egreso ☐Periódico ☐Caso ocupacional ☐

Doc. Identidad CC 1032373822

Nombre ILDEFONSO - LEON GONZALEZ

Fecha Nacimiento. 25/10/1986

Entidad PARTICULAR

Edad 35 Ocupación INSTRUCTOR

Fondo de pensión

EPS

ARL

Anamnesis

Último examen visual	5 AÑOS	Usa anteojos:	Si ☐ No ☒	V.L. ☐ V.P. ☐ PC ☐ Bifocal ☐ Progresivo ☐ Filtros ☐
Frecuencia de uso:	Permanente: ☐ Ocasional ☐	Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara?		Si ☐ No ☒
Cirugías	Si ☐ No ☐ Cuál?	NO REFIERE, VACUNA PFZIER 1 DOSIS JUL/2021, SINOVAB JUNIO /2022		
Accidentes oculares	Si ☐ No ☒ Cuál?	NO REFIERE,		
Signos y síntomas:	Asintomático ☒ Disminución visual de cerca ☐ Disminución visual de lejos ☐ Cefaleas ☐ Resequedad ocular ☐			
Ardor ocular ☐ Lagrimeo ☐ Cansancio ocular ☐ Irritación ☐ Fotofobia ☐ Prurito ocular ☐ Salto de renglón ☐				
Antecedentes personales y/o familiares	NO REFIERE, PACIENTE SIN SINTOMAS RELACIONADOS CON			Trae corrección óptica ☐

Agudeza Visual					
C.C.	V.L.	V.P.	S.C.	V.L.	V.P.
O.D.	-	-		20/20	20/20
O.I.	-	-		20/20	20/20

Lentesmetría				
	ESF	CIL	EJE	ADD
O.D.	-	-	-°	--
O.I.	-	--	-°	-

Examen Externo

Segmento Anterior:	Hiperemia conjuntiva ☒ Pterigio N ☐	Segmento Anterior:	Hiperemia conjuntiva ☒ Pterigio N ☐
Pterigio T ☐ Pinguécula ☐ Nevus ☐ Blefaritis ☐		Pterigio T ☐ Pinguécula ☐ Nevus ☐ Blefaritis ☐	
Blefaritis seborreica ☐ Secreción ☐ Leucoma corneal ☐		Blefaritis seborreica ☐ Secreción ☐ Leucoma corneal ☐	
Ptosis palpebral ☐ Otros:		Ptosis palpebral ☐ Otros:	

Motilidad Ocular

CVT: VL ORTHOFORIA	VP CENTRADO	HISHBERG 6 CMS
Ducciones NORMAL	Versiones NORMAL	PPC EXOFORIA

Oftalmoscopia

F.O.A.N. ☐ Papila normal ☒ Brillo foveal normal ☒ Catarata ☐	F.O.A.N. ☐ Papila normal ☒ Brillo foveal normal ☒ Catarata ☐
Escleriosis de cristalino ☐ Opacidad de medios ☐ Lesión retinal ☐	Escleriosis de cristalino ☐ Opacidad de medios ☐ Lesión retinal ☐

Test Ocupacionales

Visión cromática	Visión de profundidad	Campo visual por confrontación
O.D: NORMAL	O.D: NORMAL	O.D: NORMAL
O.I: NORMAL	O.I: NORMAL	O.I: NORMAL

Refracción

Refracción				Refracción final				AV	
Esfera	Cilindro	EJE	Adición	Esfera	Cilindro	EJE	Adición	VL	VP
O.D: +075	-	-°	+	O.D: -	-	-°	+	-	-
O.I: +075	-	-°	+	O.I: -	-	-°	+	-	--

Interpretación

No requiere corrección óptica	☒ ☒	Defecto refractivo no corregido	☐ ☐
Defecto refractivo adecuadamente corregido	☐ ☐	Gafas no formuladas	☐ ☐
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	☐ ☐		

Diagnóstico

H520 HIPERMETROPIA

Recomendaciones

Corrección Óptica Permanente ☐	Corrección Óptica Ocasional ☐	Control 6 meses ☐	Control 1 año ☒
Optometría Clínica ☐	Valoración por oftalmología ☐	Valoración por ortóptica ☐	

Valoración Normal ☐ Anormal ☒

CONCEPTO

Apto ☐ No apto ☐	Observaciones:	1. USO DE PROTECCIÓN VISUAL A NECESIDAD DE LABOR A NECESIDAD DE LABOR.
		2. PAUSAS VISUALES CADA 2 HORAS POR 5 A 10 MINUTOS
		3. CONTROL ANUAL

DRA. CLAUDIA R. VELANDIA M.
OPTOMETRISTA - FUA
REG 1373 CTNPO
ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL
RES. 7324/2013

CLAUDIA ROCIO VELANDIA MARENTES

Especialidad: OPTOMETRÍA

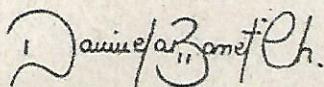
NOMBRE: ILDEFONSO LEON GONZALEZ
DOCUMENTO: CC.1032373822
EMPRESA: CLINICA IPS EUGENIO DIAZ SAS (P)
EDAD-SEXO: 35 Años - Masculino

REFERENCIA: 221940845
FECHA INGRESO: 25.Jul.2022 17:00:49
DOCTOR: PNR-ADSCRITO

HEMATOLOGIA

ESTUDIO	RESULTADO		VALOR DE REFERENCIA
HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV			
PARAMETROS LEUCOCITARIOS			
Leucocitos	7.82	x10^3 /uL	4.50 - 11.00
%Neutrófilos	56.9	%	40.3 - 74.8
%Linfocitos	32.1	%	12.2 - 47.1
%Granulocitos Inmaduros	0.4	%	0.0 - 0.6
%Monocitos	7.4	%	4.4 - 12.3
%Eosinófilos	2.7	%	0.0 - 4.4
%Basófilos	0.5	%	0.0 - 0.7
Recuento Diferencial absoluto:			
#Neutrófilos	4.45	x10^3 /uL	1.82 - 7.42
#Linfocitos	2.51	x10^3 /uL	0.85 - 3.00
#Granulocitos Inmaduros	0.03	x10^3 /uL	
#Monocitos	0.58	x10^3 /uL	0.19 - 0.77
#Eosinófilos	0.21	x10^3 /uL	0.03 - 0.44
#Basófilos	0.04	x10^3 /uL	0.01 - 0.05
PARAMETROS ERITROCITARIOS			
Eritrocitos	6.19	x10^6 /uL	4.18 - 5.48
Hemoglobina	17.7	g/dl	11.9 - 15.4
Hematocrito	52.4	%	36.2 - 46.3
Volumen Corpuscular Medio (MCV)	84.7	fL	80.0 - 96.3
Hemoglobina Corpuscular Media (MCH)	28.6	pg	26.5 - 31.4
Concentración Media de Hemoglobina Corpuscular (MCHC)	33.8	g/dl	31.9 - 34.8
Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)	14.5	%	12.3 - 14.3
PARAMETROS PLAQUETARIOS			
Recuento de Plaquetas (PLT)	322	x10^3 /uL	150 - 400
Volumen Plaquetario Medio (MPV)	10.3	fL	9.7 - 11.9

Analizado por,



DANIELA BARRETO CHAVEZ
BACTERIOLOGA T.P:1026285819

Copiado: BALR

* En caso de requerir el histograma, favor comunicarse con el Laboratorio. *

Fecha de Validación: 25/Jul 2022 20:57

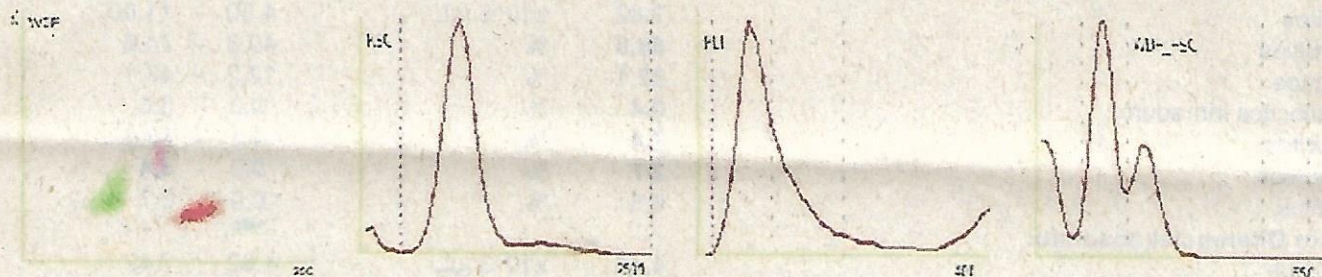
*La interpretación de este y todo examen corresponde exclusivamente al médico- [Página 1]

NOMBRE: ILDEFONSO LEON GONZALEZ
DOCUMENTO: CC.1032373822
EMPRESA: CLINICA IPS EUGENIO DIAZ SAS (P)
EDAD-SEXO: 35 Años - Masculino

REFERENCIA: 221940845
FECHA INGRESO: 25.Jul.2022 17:00:49
DOCTOR: PNR-ADSCRITO

HEMATOLOGIA

ESTUDIO	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA
---------	-----------	---------------------



Analizado por,

Daniela Barreto Chavez

DANIELA BARRETO CHAVEZ
BACTERIOLOGA T.P:1026285819

Copiado: BALR

* En caso de requerir el histograma, favor comunicarse con el Laboratorio. *

Fecha de Validación: 25/Jul 2022 20:57

*La interpretación de este y todo examen corresponde exclusivamente al médico- [Página 2]

CINDY DAYANA GONZALEZ CANTOR
ESPECIALIDAD TOMA DE MUESTRAS
C.C 1073712236 R.M
Médico



Hace constar:

Que el Sr(a) ILDEFONSO LEON GONZALEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1032373822 realizó el día 22/02/2025 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, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo ILDEFONSO LEON GONZALEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1032373822 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) ILDEFONSO LEON GONZALEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1032373822 el día 22/02/2025 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

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 06/02/2025VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA**DATOS DE LA EMPRESA**

Tipo documento:	NI	Número de documento:	899999034	Cédula Usuario:	CC 79295238
Nombre:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA				
Dirección:	CLL 57 NO 8-69				
Departamento:	BOGOTA D.C.		Municipio:	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	servicioalciudadano@sena.edu.co				
Teléfono:	5461500		Tarifa:	0.522	
Actividad Económica:	1855101 FORMACION ACADEMICA NO FORMAL, INCLUYE LA EDUCACION QUE SE OFRECE CON EL OBJETO DE COMPLEMENTAR, ACTUALIZAR, SUPLIR CONOCIMIENTOS Y FORMAR ACADEMICAMENTE A TRAVES DE CURSOS CON PROGRAMAS QUE TIENEN UN CARACTER ORGANIZADO Y CONTINUO, AUNQUE NO ESTEN SUJETOS AL SISTEMA DE NIVELES Y GRADOS ESTABLECIDOS EN LA EDUCACION FORMAL				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 79295238	ALEJANDRO BOHORQUEZ ORDOÑEZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	3479	10/02/2025	CC 1032373822	LEON GONZALEZ ILDEFONSO	1	0.522	Independiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

IMS_4_1_3_FRT5_v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.4C3D0DA612DE8C5DECADA81AF0FDB6A
C

Certificado impreso el día 2/6/2025 7:44:15 AM por el portal de empresas Edesk

**Positiva Compañía de Seguros S.A.** • Nit: 860.011.153-6 • Línea gratuita: 01-8000-111-170,
Bogotá: 330-7000 / Portal Web: www.positiva.gov.co

Positiva Compañía de Seguros

@PositivaCol

PositivaColombia

**El emprendimiento
es de todos**

Minhacienda



MINISTERIO DE SALUD
VIGILANCIA DE CALIDAD

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Dirijase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 941 541**, en Bogotá (**601**) **6000 811**.

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

ILDEFONSO

LEON GONZALEZ

1032373822

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

899999034

Este carné es personal e intransferible.

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que ILDEFONSO LEON GONZALEZ, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.032.373.822 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 272316944, abierta/o desde el 17/3/2022.

Se expide en Bogotá el día 22 del mes de Febrero del año 2025



Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO



Código de Seguridad: aeluFtFTZOVxpYj+pOPcuA==

VERSIÓN CLASIFICADO 06-04-2021-1317-P-05-PRSIIS28000000059-D00T

TOMADOR	LEON GONZALEZ, ILDEFONSO	No. DOC. IDENTIDAD	1.032.373.822
DIRECCIÓN	CUNDINAMARCA BOGOTA DC	TELÉFONO	3123375722
ASEGURADO	SENA REGIONAL CUNDINAMARCA GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO	No. DOC. IDENTIDAD	899.999.034-1
DIRECCIÓN	CALLE 13 NO. 10-63	TELÉFONO	8676012
BENEFICIARIO	SENA REGIONAL CUNDINAMARCA GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO	No. DOC. IDENTIDAD	899.999.034-1
DIRECCIÓN	CALLE 13 NO. 10-63	TELÉFONO	8676012

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES, DE CARÁCTER TEMPORAL Y CON PLENA AUTONOMÍA, COMO INSTRUCTOR DEL PROGRAMA "ARTICULACIÓN CON LA EDUCACIÓN MEDIA", CON EL PROPÓSITO DE ATENDER LAS NECESIDADES DE FORMACIÓN TÉCNICA, DE ACUERDO CON EL PER PROFESIONAL REQUERIDO PARA LA EJECUCIÓN DE LOS PROGRAMAS OFERTADOS POR EL CENTRO INDUSTRIAL Y DE DESARROLLO EMPRESARIAL DE SOACHA

"Con la emisión de la póliza se entiende que se autoriza a Seguros Mundial para que realice gestión de cobranza en caso de que

INTERMEDIARIOS	TIPO	% PARTICIPACIÓN
ANA CLARICIA MONROY REY	AGENTES	100,00

PRIMA BRUTA	\$ 26.000,00
DESCUENTOS	\$
EXTRA PRIMA	
PRIMA NETA	\$ 26.000,00
GASTOS EXP.	\$ 5.500,00
IVA	\$ 5.985,00
TOTAL A PAGAR	\$ 37.485,00

DISTRIBUCIÓN COASEGURO				
COMPañÍA	TIPO COASEGURO	PÓLIZA LÍDER	CERTIF. LÍDER	% PARTICIPACIÓN

CONVENIO DE PAGO	DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 10/02/2025
------------------	---

ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, SUMINISTRAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE Y REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR LO MENOS ANUALMENTE (CIRCULAR EXTERNA 026 DE 2008 SUPERFINANCIERA).



EL TOMADOR Y/O ASEGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA, DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA, O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA. EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARATULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTICIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASÍ COMO LAS GARANTÍAS, EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMARLA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

Adalense León

 Líneas de Atención al Cliente:

- Nacional: **01 8000 111 935**
- Bogotá: **327 4712 - 327 4713**



Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando reponsablemente.
Protege el medio ambiente evitando la impresión de este documento.

HOJA No.

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF



tu compañía siempre

NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA RÉGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
DIRECCIÓN GENERAL CALLE 33 N. 6B - 24 PISOS 1, 2 Y 3 - BOGOTÁ
TELÉFONO: 2855600 FAX 2851220 - WWW.SEGUROSUNDIAL.COM.CO

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO

ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082

VERSION CLAUSULADO 06-04-2021-1317-P-05-PPSUS2R00000059-D00I

No. PÓLIZA	CBC-100063817	No. ANEXO	0	No. CERTIFICADO	270167208	No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO		FECHA DE EXPEDICIÓN	30/01/2025	SUC. EXPEDIDORA	CEN BOGOTA CHAPINERO		
VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA	DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	
00:00 Horas Del	10/02/2025	24:00 Horas Del	10/04/2026	N/A	N/A	N/A	N/A

CONDICIONES PARTICULARES

aplique, a través de los siguientes canales: correo electrónico, llamada, SMS y WhatsApp. No obstante, en cualquier momento podrá solicitar la exclusión de alguno estos canales por medio de:

Página web: www.segurosmundial.com.co

Correo electrónico: mundial@segurosmundial.com.co

Líneas de atención: Bogotá (+601) 3274712 - (+601) 3274713 Nacional 018000111935"



GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES (DECRETO 1082 DE 2015)

1. RIESGOS AMPAROS

LA ASEGURADORA OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA HASTA EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARATULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA SERÁN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA NO PODRÁ RECLAMAR O TOMAR EL VALOR DE UN AMPARO PARA CUBRIR O INDEMNIZAR EL VALOR DE OTROS. ESTOS NO SON ACUMULABLES Y SON EXCLUYENTES ENTRE SI, SEGÚN LAS DEFINICIONES Y ALCANCE QUE A CONTINUACIÓN SE ESTIPULAN:

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA

LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUBRE 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.

ESTE AMPARO CUBRE LOS PERJUICIOS SUFRIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL CON OCASIÓN DE:

(I) LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO;

(II) EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO; Y

(III) LA APROPIACIÓN INDEBIDA DE LOS RECURSOS RECIBIDOS EN CALIDAD DE ANTICIPO.

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO

ESTE AMPARO CUBRE LOS PERJUICIOS SUFRIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL POR LA NO DEVOLUCIÓN TOTAL O PARCIAL DEL DINERO ENTREGADO AL CONTRATISTA A TÍTULO DE PAGO ANTICIPADO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR.

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL DE LOS PERJUICIOS 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.

1.5 AMPARO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES

ESTE AMPARO DEBE CUBRIR A LA ENTIDAD ESTATAL DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES DEL CONTRATISTA DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADO EN EL TERRITORIO NACIONAL PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO AMPARADO.

LA ENTIDAD ESTATAL NO DEBE EXIGIR UNA GARANTÍA PARA CUBRIR ESTE RIESGO EN LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL CON PERSONAL CONTRATADO BAJO UN RÉGIMEN JURÍDICO DISTINTO AL COLOMBIANO.

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE OBRA.

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS POR CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, IMPUTABLE AL CONTRATISTA, SUFRIDO POR LA OBRA ENTREGADA A SATISFACCIÓN.

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO.

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL POR LOS PERJUICIOS DERIVADOS DE LA DEFICIENTE CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO

1.8 AMPARO DE CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES

ESTE AMPARO CUBRE LA CALIDAD Y EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES QUE RECIBE LA ENTIDAD ESTATAL EN CUMPLIMIENTO DE UN CONTRATO.

1.9 RESPONSABILIDAD FISCAL

EN VIRTUD DE LO SEÑALADO EN EL ARTICULO 44 DE LA LEY 610 DE 2000, LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CUBRIRÁ LOS PERJUICIOS CAUSADOS A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA COMO CONSECUENCIA DE LA CONDUCTA DOLOSA O CULPOSA, O DE LA RESPONSABILIDAD 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.

2. EXCLUSIONES

LOS AMPAROS PREVISTOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO OPERARAN EN LOS CASOS SIGUIENTES:

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

2.2 DAÑOS CAUSADOS POR EL CONTRATISTA A LOS BIENES DE LA ENTIDAD NO DESTINADOS AL CONTRATO.

2.3 USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO AL QUE ESTE OBLIGADA LA ENTIDAD ESTATAL.

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

3. SUMA ASEGURADA

LA SUMA ASEGURADA DETERMINADA PARA CADA AMPARO EN LA CARATULA DE ESTA PÓLIZA, DELIMITA LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO.

4. VIGENCIA

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA, SE HARÁ CONSTAR EN LA CARATULA O EN SUS ANEXOS. EN LOS CONTRATOS DE QUE TRATA EL ARTÍCULO 2.2.1.2.3.1.3 DEL DECRETO 1082 DE 2015, EL GARANTE TIENE LA FACULTAD LEGAL DE DECIDIR NO GARANTIZAR LA ETAPA SIGUIENTE, CASO EN EL CUAL DEBE INFORMAR SU DECISIÓN POR ESCRITO A LA ENTIDAD ESTATAL GARANTIZADA SEIS (6) MESES ANTES DEL VENCIMIENTO DEL PLAZO DE LA GARANTÍA. ESTE AVISO NO AFECTA LA GARANTÍA DE LA ETAPA CONTRACTUAL O PERÍODO CONTRACTUAL EN EJECUCIÓN. SI EL GARANTE NO DA EL AVISO CON LA ANTICIPACIÓN MENCIONADA Y EL CONTRATISTA NO OBTIENE UNA NUEVA GARANTÍA, QUEDA OBLIGADO A GARANTIZAR LA ETAPA DEL CONTRATO O EL PERÍODO CONTRACTUAL SUBSIGUIENTE.

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA

DEACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 1077 EN CONCORDANCIA CON EL ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DEBERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y ACREDITAR LA CUANTÍA DE LA PERDIDA PREVIO AGOTAMIENTO DEL DERECHO DE DEFENSA DEL CONTRATISTA Y DEL GARANTE, DE LA SIGUIENTE FORMA:

5.1 EN CASO DE CADUCIDAD, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011, POR MEDIO DEL ACTO ADMINISTRATIVO EN EL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL DECLARE LA CADUCIDAD DEL CONTRATO Y ORDENE EL PAGO AL CONTRATISTA Y AL GARANTE, BIEN SEA DE LA CLÁUSULA PENAL O DE LOS PERJUICIOS QUE HA CUANTIFICADO. EL ACTO ADMINISTRATIVO DE CADUCIDAD CONSTITUYE EL SINIESTRO.

5.2 EN CASO DE APLICACIÓN DE MULTAS, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011, POR MEDIO DEL ACTO ADMINISTRATIVO EN EL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL IMPONE MULTAS, DEBE ORDENAR EL PAGO AL CONTRATISTA Y AL GARANTE. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE CONSTITUYE EL SINIESTRO.

5.3 EN LOS DEMÁS CASOS DE INCUMPLIMIENTO, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011, POR MEDIO DEL ACTO ADMINISTRATIVO EN EL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL DECLARE EL INCUMPLIMIENTO, PUEDE HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL, SI ESTÁ PACTADA EN EL CONTRATO, Y ORDENAR SU PAGO AL CONTRATISTA Y AL GARANTE. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ES LA RECLAMACIÓN PARA LA COMPAÑÍA DE SEGUROS.

6. PROCEDIMIENTO PARA LA IMPOSICIÓN DE MULTAS, SANCIONES Y DECLARATORIAS DE INCUMPLIMIENTO.

LA ENTIDAD ESTATAL DEBE SOMETIDA AL ESTATUTO GENERAL DE CONTRATACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA PODRÁN DECLARAR EL INCUMPLIMIENTO, CUANTIFICANDO LOS PERJUICIOS DEL MISMO, IMPONER LAS MULTAS Y SANCIONES PACTADAS EN EL CONTRATO, Y HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL. PARA TAL EFECTO OBSERVARAN EL SIGUIENTE PROCEDIMIENTO:

A) EVIDENCIADO UN POSIBLE INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA, LA ENTIDAD PÚBLICA LO CITARA A AUDIENCIA PARA DEBATIR LO OCURRIDO. EN LA CITACIÓN, HARÁ MENCIÓN EXPRESA Y DETALLADA DE LOS HECHOS QUE LA SOPORTAN, ACOMPAÑANDO EL INFORME DE INTERVENTORÍA O DE SUPERVISIÓN EN EL QUE SE SUSTENTE LA ACTUACIÓN Y ENUNCIARA LAS NORMAS O CLAUSULAS POSIBLEMENTE VIOLADAS Y LAS CONSECUENCIAS QUE PODRÍAN DERIVARSE PARA EL CONTRATISTA EN DESARROLLO DE LA ACTUACIÓN. EN LA MISMA SE ESTABLECERÁ EL LUGAR, FECHA Y HORA PARA LA REALIZACIÓN DE LA AUDIENCIA, LA QUE PODRÁ TENER LUGAR A LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE, ATENDIDA LA NATURALEZA DEL CONTRATO Y LA PERIODICIDAD ESTABLECIDA PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES. EN EL EVENTO EN QUE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CONSISTA EN PÓLIZA DE SEGUROS, EL GARANTE SERÁ CITADO DE LA MISMA MANERA;

B) EN DESARROLLO DE LA AUDIENCIA, EL JEFE DE LA ENTIDAD O SU DELEGADO, PRESENTARÁ LAS CIRCUNSTANCIAS DE HECHO QUE MOTIVAN LA ACTUACIÓN, ENUNCIARÁ LAS POSIBLES NORMAS O CLÁUSULAS POSIBLEMENTE VIOLADAS Y LAS CONSECUENCIAS QUE PODRÍAN DERIVARSE PARA EL CONTRATISTA EN DESARROLLO DE LA ACTUACIÓN. ACTO SEGUIDO SE CONCEDERÁ EL USO DE LA PALABRA AL REPRESENTANTE LEGAL DEL CONTRATISTA O A QUIEN LO REPRESENTA, Y AL GARANTE, PARA QUE PRESENTEN SUS DESCARGOS, EN DESARROLLO DE LO CUAL PODRÁ RENDIR LAS EXPLICACIONES DEL CASO, APORTAR PRUEBAS Y CONTROVERTIR LAS PRESENTADAS POR LA ENTIDAD;

C) HECHO LO PRECEDENTE, MEDIANTE RESOLUCIÓN MOTIVADA EN LA QUE SE CONSIGNE LO OCURRIDO EN DESARROLLO DE LA AUDIENCIA Y LA CUAL SE ENTENDERÁ NOTIFICADA EN DICHO

ACTO PÚBLICO, LA ENTIDAD PROCEDERÁ A DECIDIR SOBRE LA IMPOSICIÓN O NO DE LA MULTA, SANCIÓN O DECLARATORIA DE INCUMPLIMIENTO. CONTRA LA DECISIÓN ASÍ PROFERIDA SÓLO PROCEDE EL RECURSO DE REPOSICIÓN QUE SE INTERPONDRÁ, SUSTENTARÁ Y DECIDIRÁ EN LA MISMA AUDIENCIA. LA DECISIÓN SOBRE EL RECURSO SE ENTENDERÁ NOTIFICADA EN LA MISMA AUDIENCIA;

D) EN CUALQUIER MOMENTO DEL DESARROLLO DE LA AUDIENCIA, EL JEFE DE LA ENTIDAD O SU DELEGADO, PODRÁ SUSPENDER LA AUDIENCIA CUANDO DE OFICIO O A PETICIÓN DE PARTE, ELLO RESULTE EN SU CRITERIO NECESARIO PARA ALLEGAR O PRACTICAR PRUEBAS QUE ESTIME CONDUCTENTES Y PERTINENTES, O CUANDO POR CUALQUIER OTRA RAZÓN DEBIDAMENTE SUSTENTADA, ELLO RESULTE NECESARIO PARA EL CORRECTO DESARROLLO DE LA ACTUACIÓN ADMINISTRATIVA. EN TODO CASO, AL ADOPTAR LA DECISIÓN, SE SEÑALARÁ FECHA Y HORA PARA REANUDAR LA AUDIENCIA. LA ENTIDAD PODRÁ DAR POR TERMINADO EL PROCEDIMIENTO EN CUALQUIER MOMENTO, SI POR ALGÚN MEDIO TIENE CONOCIMIENTO DE LA CESACIÓN DE SITUACIÓN DE INCUMPLIMIENTO.

7. COMPENSACIÓN

SI LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA AL MOMENTO DE TENER CONOCIMIENTO DEL INCUMPLIMIENTO, O CON POSTERIORIDAD A ESTE O DEL RESULTADO DE LA LIQUIDACIÓN, FUERE DEUDORA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO POR CUALQUIER CONCEPTO, SE APLICARÁ LA COMPENSACIÓN Y LA INDEMNIZACIÓN SE DISMINUIRÁ EN EL MONTO DE LAS ACREENCIAS, SEGÚN LA LEY, DE CONFORMIDAD CON LO SEÑALADO EN LOS ARTÍCULOS 1417 Y SS. DEL CÓDIGO CIVIL. IGUALMENTE DISMINUIRÁ EL VALOR DE LA INDEMNIZACIÓN, EL CORRESPONDIENTE A LOS BIENES QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA HAYA OBTENIDO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO JUDICIAL O EXTRAJUDICIALMENTE, EN EJERCICIO DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO CUYO CUMPLIMIENTO SE GARANTIZA POR LA PRESENTE PÓLIZA.

8. PAGO DEL SINIESTRO.

LA ASEGURADORA PAGARÁ EL VALOR DEL SINIESTRO, ASÍ:

8.1 PARA EL CASO PREVISTO EN EL NUMERAL 5.1, DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE CON TAL FIN HAGA LA ENTIDAD CONTRATANTE PARA RECLAMAR EL PAGO, ACOMPAÑADA DE UNA COPIA AUTÉNTICA DEL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EJECUTORIADO Y DEL ACTA DE LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO O DE LA RESOLUCIÓN EJECUTORIADA QUE ACOJA LA LIQUIDACIÓN UNILATERAL.

8.2 PARA EL CASO DEL NUMERAL 5.2, DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE HAGA LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, ACOMPAÑADA DE LA COPIA AUTÉNTICA DEL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EJECUTORIADO, JUNTO CON LA CONSTANCIA DE LA ENTIDAD ESTATAL DE LA NO EXISTENCIA DE SALDOS A FAVOR DEL CONTRATISTA RESPECTO DE LOS CUALES SE PUEDA APLICAR LA COMPENSACIÓN DE QUE TRATA LA CONDICIÓN SEXTA DE ESTE CLAUSULADO, O EN LA QUE CONSTE LA DISMINUCIÓN EN EL VALOR A INDEMNIZAR EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN.

8.3 PARA EL CASO PRESENTADO EN EL NUMERAL 5.3, DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE CON TAL FIN HAGA LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, ACOMPAÑADA DE UNA COPIA AUTÉNTICA DEL ACTO ADMINISTRATIVO QUE CONSTITUYA LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO, JUNTO CON LA CONSTANCIA DE LA ENTIDAD ESTATAL DE LA NO EXISTENCIA DE SALDOS AL FAVOR DEL CONTRATISTA RESPECTO DE LOS CUALES SE PUEDA APLICAR LA COMPENSACIÓN DE QUE TRATA LA CONDICIÓN SEXTA DE ESTE CLAUSULADO O EN LA QUE CONSTE LA DISMINUCIÓN EN EL VALOR A INDEMNIZAR EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN.

PARÁGRAFO. – DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1110 DEL CÓDIGO DE COMERCIO LA ASEGURADORA PODRÁ OPTAR POR CUMPLIR SU PRESTACIÓN MEDIANTE EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, O CONTINUANDO CON LA EJECUCIÓN DE LA OBLIGACIÓN GARANTIZADA, PARA ESTE ÚLTIMO EVENTO SE REQUIERE LA ACEPTACIÓN DE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA.

LA DECLARATORIA DE CADUCIDAD NO IMPEDIRÁ QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA TOMÉ POSESIÓN DE LA OBRA O CONTINÚE INMEDIATAMENTE LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRATADO, BIEN SEA A TRAVÉS DEL GARANTE O DE OTRO CONTRATISTA.

EN EL EVENTO QUE POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO LA ASEGURADORA RESOLVIERA CONTINUAR, COMO CESIONARIO O A FAVOR DE QUIEN DETERMINE ESTA, CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA ESTUVIESE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA GARANTIZADO ACEPTA DESDE AHORA LA CESIÓN DEL CONTRATO A FAVOR DE LA ASEGURADORA. EN TAL EVENTO LA ASEGURADORA PRESENTARÁ GARANTÍAS.

9. CERTIFICADOS DE MODIFICACIÓN

PARA LOS CASOS EN QUE LA SUMA ASEGURADA SEA AUMENTADA O DISMINUIDA Y PARA AQUELLOS EN LOS CUALES LAS ESTIPULACIONES DEL CONTRATO ORIGINAL SEAN MODIFICADAS, LA ASEGURADORA A SOLICITUD DEL CONTRATISTA GARANTIZADO EXPEDIRÁ UN CERTIFICADO O ANEXO DE MODIFICACIÓN DEL SEGURO, EN DONDE EXPRESE SU CONOCIMIENTO AL RESPECTO DE LAS MODIFICACIONES ACORDADAS ENTRE EL CONTRATISTA GARANTIZADO Y LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA.

10. SUBROGACIÓN

EN VIRTUD DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1096 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EN CONCORDANCIA CON EL ARTÍCULO 203 DEL DECRETO 663 DE 1993 ESTATUTO ORGÁNICO DEL SISTEMA FINANCIERO, LA ASEGURADORA SE SUBROGA HASTA CONCURRENCIA DE SU IMPORTE, EN TODOS LOS DERECHOS QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE TENGA CONTRA EL CONTRATISTA GARANTIZADO.

11. NO EXPIRACIÓN POR FALTA DE PAGO DE PRIMA E IRREVOCABILIDAD

LA PRESENTE PÓLIZA NO EXPIRARA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NI POR REVOCACIÓN UNILATERAL.

12. NATURALEZA DEL SEGURO

LA GARANTÍA OTORGADA POR ESTA PÓLIZA O SUS CERTIFICADOS DE MODIFICACIÓN, NO ES SOLIDARIA, NI INCONDICIONAL Y SU EXIGENCIA ESTÁ SUPEDITADA A LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y SU CUANTIFICACIÓN.

13. NOTIFICACIONES Y RECURSOS

LA ENTIDAD CONTRATANTE DEBERÁ NOTIFICAR A LA ASEGURADORA LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS ATINENTES A LA EFECTIVIDAD DE LA PÓLIZA, PREVIO AGOTAMIENTO DEL DERECHO DE DEFENSA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO Y EL GARANTE.

14. COEXISTENCIA DE SEGUROS

EN CASO DE EXISTIR, AL MOMENTO DE SINIESTRO, OTRO SEGURO DE CUMPLIMIENTO CON RELACIÓN AL MISMO CONTRATO, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN A QUE HAY LUGAR, SE DISTRIBUIRÁ ENTRE LOS ASEGURADORES EN PROPORCIÓN A LAS CUANTÍAS DE SUS RESPECTIVOS SEGUROS

15. COASEGURO

EN CASO DE EXISTIR COASEGURO AL QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 1095 DE CÓDIGO DE COMERCIO, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN A QUE HAYA LUGAR SE DISTRIBUIRÁ ENTRE LOS ASEGURADORES EN PROPORCIÓN DE LAS CUANTÍAS DE SUS RESPECTIVOS SEGUROS, SIN QUE EXISTA SOLIDARIDAD ENTRE LAS ASEGURADORAS PARTICIPANTES, Y SIN EXCEDER DE LA SUMA ASEGURADA BAJO EL CONTRATO DE SEGURO.

16. PRESCRIPCIÓN

LA PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL PRESENTE CONTRATO SE REGIRÁ POR LAS NORMAS DEL CÓDIGO DE COMERCIO SOBRE CONTRATO DE SEGURO.

17. DOMICILIO

SIN PERJUICIO DE LAS DISPOSICIONES PROCESALES, PARA LOS EFECTOS RELACIONADOS EN EL PRESENTE CONTRATO SE FIJA COMO DOMICILIO DE LAS PARTES LA CIUDAD DE BOGOTÁ EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA EN FE DE LO ANTERIOR, SE FIRMA A LOS _____ DÍAS DEL MES DE _____ DE 20____



COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.



EL TOMADOR/ASEGURADO



tu compañía siempre

NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA RÉGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.



LA COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A

CERTIFICA:

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza **CBC-100063817** y endoso, **0** cuyo afianzado es:
LEON GONZALEZ, ILDEFONSO Asegurado o Beneficiario: **SENA REGIONAL CUNDINAMARCA GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO / SENA REGIONAL CUNDINAMARCA GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO**, expedida por la Compañía en **30/01/2025**, no expirará por falta de pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o por revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

CEN BOGOTA CHAPINERO a los **30** días del mes **ENERO** del año **2025**.

Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.



- CLIENTE -

Referencia de Pago No.

270167208

Fecha de Facturación	30/01/2025	
POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082		
Póliza No.	CBC-100063817	
Periodo Facturado	10/02/2025	10/04/2026

Fecha Límite de Pago	01/03/2025	
Prima (incluye gastos de expedición)	31.500,00	
IVA	5.985,00	
VALOR TOTAL A PAGAR \$	37.485,00	

EFECTIVO

\$

Datos del Cliente

Nombre / Razón Social	LEON GONZALEZ, ILDEFONSO	
CUNDINAMARCA BOGOTA DC	1032373822	
Intermediario	ANA CLARICIA MONROY REY	

Cheque

Banco	No Cuenta	No Cheque	Valor Cheque
TOTAL			

Apreciado Cliente:

1. No se aceptan pagos parciales.
2. Al realizar su pago de forma presencial (ante el cajero del banco) **UNICAMENTE** presente esta boleta de recaudo para garantizar la correcta referenciación del pago.
3. Si esta boleta no ha sido recaudada efectivamente el **01/03/2025** se aplicará la clausula de terminación automática especificada en el condicionado de la póliza y en la carátula de esta (artículo 1068 código de comercio)
4. Si realiza su pago en cheque o de forma mixta (efectivo y cheque), solamente gire cheque local a nombre de **PATRIMONIOS AUTÓNOMOS CREDICORP CAPITAL FIDUCIARIA Nit 900531292-7**, al respaldo endóselo correctamente y diligencie los datos del girador (nombre, NIT, teléfono) y el número de referencia de esta boleta. En caso de devolución del cheque se cobrará sanción del 20% de acuerdo con lo establecido en el artículo 731 del código de comercio. **NO SE ACEPTAN CHEQUES DE OTRAS PLAZAS.**
5. Para realizar el pago a través del botón PSE, ingrese a nuestra página web www.seguromundial.com.co en la imagen de PSE haga clic y continúe el proceso de pago.

ESPACIO PARA EL TIMBRE

VÁLIDO COMO RECIBO DE PAGO

- BANCO -

Referencia de Pago No.

270167208

Fecha de Facturación	30/01/2025	
POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082		
Póliza No.	CBC-100063817	
Periodo Facturado	10/02/2025	10/04/2026

Fecha Límite de Pago	01/03/2025	
Prima (incluye gastos de expedición)	31.500,00	
IVA	5.985,00	
VALOR TOTAL A PAGAR \$	37.485,00	

EFECTIVO

\$

Datos del Cliente

Nombre / Razón Social	LEON GONZALEZ, ILDEFONSO	
CUNDINAMARCA BOGOTA DC	1032373822	
Intermediario	ANA CLARICIA MONROY REY	

Cheque

Banco	No Cuenta	No Cheque	Valor Cheque
TOTAL			

Corresponsales
OPCIÓN 1

(415)7709998434219(8020)00000270167208(3900)000000037485(96)20250301

Bancos
Corresponsales
OPCIÓN 2

(415)7709998039933(8020)031594(8020)22990270167208(3900)000000037485(96)20250301

INFORMACIÓN DE PAGO

A continuación te brindamos información de los distintos medios de pago que tendrás a disposición:

OPCIÓN 1



CORRESPONSALES










OPCIÓN 2



BANCOS









CORRESPONSALES



Tu compañía siempre



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

SOACHA, 10 de Febrero del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
SOACHA

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:

RC	1012470764	GABRIELA LEON MESA	Hijo(a)
----	------------	--------------------	---------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

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

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

Cordialmente,

ILDEFONSO LEON GONZALEZ
C.C. 1032373822



REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: **N** 1935144

NUIP 1.012.470.764

Tipo de certificado

Datos Esenciales ☐

Acreditar
Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

LEON MESA GABRIELA

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)

Año 2 0 1 9 Mes J U L

Día 1 0

Sexo (en letras)

FEMENINO

Tipo Sanguíneo

0 +

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Fecha de Inscripción (Mes en letras)

Año 2 0 1 9 Mes J U L

Día 1 9

Indicativo serial

0060348332

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

MESA PAVA LEIDY KATHERINE

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.012.381.122

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

LEON GONZALEZ ILDEFONSO

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.032.373.822

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

LEON GONZALEZ ILDEFONSO

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.032.373.822

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Código

A 2 B

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)

Año 2 0 1 9 Mes J U L

Día 1 9

Nombre y firma del funcionario

CAMILO ANDRES MARTINEZ PINEDA

Registrador del Estado Civil

