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 CUNDINAMARCA

CENTRO INDUSTRIAL Y DESARROLLO DE SOACHA-CUNDINAMARCA

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

Código Regional	**25**
Código Centro	**923210**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**79796-840751**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	LEIDY MAGALLY CRUZ ROMERO	**Banco a consignar:**	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	35.254.472	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	lmcruz@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	24016880485
IP/Nº de contacto:	10100	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	SI
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2024**	SI

¿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	SI
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:	7388042/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**7225**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL Y CON PLENA AUTONOMÍA COMO INSTRUCTOR DE FORMACIÓN TITULADA CON EL PROPÓSITO DE ATENDER LAS NECESIDADES DE FORMACIÓN REGULAR PARA LOS PROGRAMAS OFERTADOS POR EL CENTRO INDUSTRIAL Y DE DESARROLLO EMPRESARIAL DE SOACHA DE ACUERDO

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**05/02/2025 Al 28/02/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 48.294.866
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 48.294.866
Valor Bruto Pago:	**$ 3.986.243,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 44.308.623

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.986.243	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	**$ 3.986.243**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.343.619**	**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		----------	**9481679338**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.594.497	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 199.400	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 255.200	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 8.400	$ 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		$ 398.624	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 36.062.775	$ 781.000	
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	2.343.619,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.531.643,00	
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 - SOACHA	21.190,00	0,600%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
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	**$3.965.053,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y CINCO MIL CINCUENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

FICHA: 3118426. DESARROLLO PUBLICITARIO. 24 HORAS
FICHA: 3069967. PRESELECCIÓN DE TALENTO HUMANO. 6 HORAS
FICHA: 3118265. MANEJO DE INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN. 30 HORAS
FICHA: 3134593. DESARROLLO PUBLICITARIO. 8 HORAS
FICHA: 2977430. ANÁLISIS Y DESARROLLO DE SOFTWARE. 6 HORAS
FICHA: 2758305. ANÁLISIS Y DESARROLLO DE SOFTWARE. 3 HORAS
FICHA: 2977429. ANÁLISIS Y DESARROLLO DE SOFTWARE. 6 HORAS
FICHA: 3069968. PRESELECCIÓN DE TALENTO HUMANO. 10 HORAS
FICHA: 2879553. DESARROLLO DE COLECCIONES PARA LA INDUSTRIA DE LA MODA. 10 HORAS / ALISTAMIENTO SENA SOFIA PLUS: 24 HORAS / TOTAL 127

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

LEIDY MAGALLY CRUZ ROMERO
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,

ALBA CONSUELO CASAS FONSECA
INSTRUCTOR G08

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

EL ORDENADOR DEL PAGO
ARGEMIRO CELIS CASTRO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

23/02/25 09:37:57 USUARIO: SIC - C.C. 35254472

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 35254472		CRUZ ROMERO LEIDY MAGALLY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ E CASA 15 1RA	FUSAGASUGA-CUNDINAMARCA	8672455	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1268850305	9481679338	I	2025/02/18	2025/02/17	NEQUI	0	$413,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$7,500		$0	$0		$413,300
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$7,500		$0	$0		$413,300
Ciudad: FUSAGASUGA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$7,500		$0	$0		$413,300
1	CC	35254472 CRUZ LEIDY										X								25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,423,500	0.522%	$7,500	0	$0	$0	No	$413,300
Total	**Afiliados(1)**																					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$7,500		$0	$0		$413,300

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 35254472		CRUZ ROMERO LEIDY MAGALLY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ E CASA 15 1RA	FUSAGASUGA-CUNDINAMARCA	8672455	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1268850305	9481679338	I	2025/02/18	2025/02/17	NEQUI	0	$413,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$0	$0	$7,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$7,500	$0	$0	$7,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$413,300	$0	$0	$413,300

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LEIDY MAGALLY CRUZ ROMERO identificado(a) con CC. 35254472 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**2018/03/01**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO FUSAGASUGA**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 23 días del mes de 02 del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LEIDY MAGALLY CRUZ ROMERO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **35254472,** se encuentra afiliado/a desde **01/08/2022** 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 23 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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141132869500

(415)7707212489984(8020) **000014113286950 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 5 2 5 4 4 7 2	0	Impuestos y Aduanas de Girardot 8	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	3 5 2 5 4 4 7 2	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Cundinamarca 2 5	Fusagasugá 2 9 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CRUZ	ROMERO	LEIDY	MAGALLY

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Fusagasugá 2 9 0

41. Dirección principal: CON LA PALMA MZ E CA 15

42. Correo electrónico: magallyta2@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 1 3 5 1 1 5 1 9	3 0 4 3 6 3 5 2 3 1

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

53. Código 5

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

54. Código

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

COOPERATIVA MULTIACTIVA DEL SUMAPAZ
nit 808.002.168-9

COOPSUMAPAZ IPS

direccion calle 17a n 12-76 barrio piedra grande fusagasuga
tel 9229865 cel 3219317052
medicinalaboral.coopsumapaz@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 18.703

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
16 DÍA	01 MES	2025 AÑO	FUSAGASUGÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
CRUZ ROMERO LEIDY MAGALLY	FEMENINO	41 AÑOS 7 MESES 26 DÍAS	CC (Tipo)	35254472 (Número)

Cargo
INSTRUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA DESARROLLAR SU LABOR

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

VISIOMETRIA	✓	TEST DE PSICOLOGIA	✓
EVALUACION OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y DE COLUMNA	✓	PERFIL LIPIDICO	✓
GLICEMIA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE		HÁBITOS SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICIÓN, MEDICINA GENERAL		CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE

- CUMPLIR CON LAS NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO QUE SE HAN ESTABLECIDAS POR LA EMPRESA DE ACUERDO CON EL PANORAMA DE FACTORES DE RIESGO
- REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS
- ASISTIR A LAS CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA EMPRESA
- HACER USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ACORDES AL RIESGO
- DAR CUMPLIMIENTO A LA POLÍTICA DE NO CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS
- HIGIENE POSTURAL
- UTILIZAR TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS PARA EL CARGO DE ACUERDO CON EL PANORAMA DE FACTORES DE RIESGO
- MANTENER LA PRÁCTICA DE ACTIVIDADES DEPORTIVAS, ACORDE CON SU INTERÉS, ESTADO FÍSICO Y CONDICIÓN DE SALUD

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) 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 seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:



Nombre: TRUJILLO MARQUEZ ADRIANA

R. M.: 52692879 **L.S.O.:** 250859-2019

Código de Seguridad

M1324S1Y18703

Aspirante o Trabajador

Firma:



Nombre: CRUZ ROMERO LEIDY MAGALLY

CC: 35254472



Hace constar:

Que el Sr(a) LEIDY MAGALLY CRUZ ROMERO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 35254472 realizó el día 23/02/2025 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 LEIDY MAGALLY CRUZ ROMERO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 35254472 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

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) LEIDY MAGALLY CRUZ ROMERO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 35254472 realizó el día 23/02/2025 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la

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

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) LEIDY MAGALLY CRUZ ROMERO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 35254472 realizó el día 23/02/2025 la Capacitación Módulo 2 - Riesgos en el puesto de trabajo y medidas de prevención de la entidad y aprobó la

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

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) LEIDY MAGALLY CRUZ ROMERO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 35254472 realizó el día 23/02/2025 la Capacitación de protocolos de bioseguridad.

De acuerdo a lo establecido en la Resolución 666 de 2020 del ministerio de salud y protección y social, la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del SENA, mediante la cual se establece el protocolo de medidas generales y de bioseguridad para prevenir y mitigar la propagación del COVID-19, Circular 01-03-2020-000156 del 02 de septiembre del 2020 del Sena, mediante el cual se establece el alcance a la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) LEIDY MAGALLY CRUZ ROMERO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 35254472 el día 23/02/2025 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

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, **LEIDY MAGALY CRUZ ROMERO** identificado con **CC** No. **35254472**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 06/02/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 05/02/2025 **Fecha fin de Contrato:** 19/12/2025 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato 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): 202501012809402.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 23 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

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

LEIDY MAGALLY CRUZ ROMERO Identificado con CC 35254472

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina AV LAS PALMAS FUSAGASUGA, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24016880485
Fecha de apertura:	26 de Junio de 2007
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día , 23 de Febrero de 2025.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

seguros mundial®
tu compañía siempre

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

Digitally signed by COMPANIA MUNDIAL DE SEGUROS SA
Date: 2025.02.03 15:46:04 -05:00

Código de Seguridad: 1qBHUgQgEUeqdRroQHa0OA==

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

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO

ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082

VERSIÓN CLAUSULADO 06-04-2021-1317-P-05-PPSUS2R000000059-D00I

No. PÓLIZA	CBC-100063944	No. ANEXO	0	No. CERTIFICADO	270167497	No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO				FECHA DE EXPEDICIÓN	03/02/2025	SUC. EXPEDIDORA	CEN BOGOTA CHAPINERO

VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	
00:00 Horas Del	05/02/2025	24:00 Horas Del	19/04/2026		N/A	N/A	N/A	N/A

TOMADOR	CRUZ, LEIDY	**No. DOC. IDENTIDAD**	35.254.472
DIRECCIÓN	CRA 4 NO 11-95	**TELÉFONO**	8673913
ASEGURADO	SENA REGIONAL CUNDINAMARCA GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO	**No. DOC. IDENTIDAD**	899.999.034-1
DIRECCIÓN	CALLE 13 NO. 10-63	**TELÉFONO**	5461500
BENEFICIARIO	SENA REGIONAL CUNDINAMARCA GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO	**No. DOC. IDENTIDAD**	899.999.034-1
DIRECCIÓN	CALLE 13 NO. 10-63	**TELÉFONO**	5461500

OBJETO DE CONTRATO

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No.CO1.PCCNTR.7388042 , CUYO OBJETO ES

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL Y CON PLENA AUTONOMÍA COMO INSTRUCTOR DE FORMACIÓN TITULADA CON EL PROPÓSITO DE ATENDER LAS NECESIDADES DE FORMACIÓN REGULAR PARA LOS PROGRAMAS OFERTADOS POR EL CENTRO INDUSTRIAL Y DE DESARROLLO EMPRESARIAL DE SOACHA DE ACUERDO CON EL PERFIL PROFESIONAL REQUERIDO.

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

NOMBRE DEL AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA$	VALOR PRIMA$
CUMPLIMIENTO	00:00 Horas Del 05/02/2025	24:00 Horas Del 19/04/2026	4.829.486,60	26.000,00
		TOTAL ASEGURADO	$ 4.829.486,60	

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

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

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

CONVENIO DE PAGO	DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 05/02/2025

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

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).

CONSULTA LA AUTENTICIDAD DE ESTA POLIZA INGRESANDO A PRODUCTOS.MUNDIALSEGUROS.COM.CO, DIGITA EL NÚMERO DEL CERTIFICADO QUE ENCUENTRAS EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTE DOCUMENTO Y VIVE LA EXPERIENCIA DE ESTAR ASEGURADO CON EL RESPALDO DE SEGUROS MUNDIAL. TAMBIEN PUEDES LLAMAR A LA LINEA NACIONAL 01 8000 111 935 O LÍNEA EN BOGOTÁ 327 47 12 / 13.

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, ASI COMO LAS GARANTÍAS, EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMARLA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.
ANGELA MUNAR - VICEPRESIDENTE DE PRODUCTO
C.C. 52.646.070

TOMADOR

Lineas 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

seguros mundial®

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.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO**

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO

ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082

VERSION CLAUSULADO 06-04-2021-1317-P-05-PPSUS2R000000059-D00I

No. PÓLIZA	CBC-100063944	No. ANEXO	0	No. CERTIFICADO	270167497	No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO				FECHA DE EXPEDICIÓN	03/02/2025	SUC. EXPEDIDORA	CEN BOGOTA CHAPINERO

VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	
00:00 Horas Del	05/02/2025	24:00 Horas Del	19/04/2026		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"

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
Protege el Medio Ambiente evitando la impresión de este documento.

seguros mundial®

tu compañía siempre

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.

06/04/2021 -1317-P-05-PPSUS2R000000059-D001
06/04/2021-1317-NT-P-05-NTPSUS2R00000060

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.

seguros mundial®

tu compañía siempre

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

DE ACUERDO 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.

LAS ENTIDADES SOMETIDAS 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 REPRESENTE, 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 CONDUCENTES 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 APLICARA 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 PAGARA 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 AUTENTICA 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 AUTENTICA 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 AUTENTICA 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 TOME 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 ARTICULO 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.

seguros mundial®

tu compañía siempre

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 ENTRO 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**

seguros mundial®

tu compañía siempre

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

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

Afiliados
CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA
PASA APF Asociación Panamericana de Fianzas Panamerican Surety Association

LA COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A

CERTIFICA:

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza **CBC-100063944** y endoso, **0** cuyo afianzado es: **CRUZ, LEIDY** Asegurado o Beneficiario: **SENA REGIONAL CUNDINAMARCA GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO / SENA REGIONAL CUNDINAMARCA GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO** , expedida por la Compañía en **03/02/2025,** 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 **03** días del mes **FEBRERO** del año **2025.**

Firma Autorizada - Compañia Mundial de Seguros S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
Protege el Medio Ambiente evitando la impresión de este documento.

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

seguros mundial®

Mundial de Seguros S.A.
860.037.013-6

Recibo de Pago

- CLIENTE-

Referencia de Pago No.	270167497
Fecha de Facturación	03/02/2025
POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082	
Póliza No.	CBC–100063944
Periodo Facturado	05/02/2025 — 19/04/2026
Fecha Límite de Pago	05/03/2025
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	CRUZ, LEIDY
CRA 4 NO 11–95	35254472
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 **05/03/2025** 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 correctame 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.segurosmundial.com.co** en la imagen de PSE haga clic y continue el proceso de pago.

ESPACIO PARA EL TIMBRE

VÁLIDO COMO RECIBO DE PAGO

- BANCO -

Referencia de Pago No.	270167497
Fecha de Facturación	03/02/2025
POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082	
Póliza No.	CBC–100063944
Periodo Facturado	05/02/2025 — 19/04/2026
Fecha Límite de Pago	05/03/2025
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	CRUZ, LEIDY
CRA 4 NO 11–95	35254472
Intermediario	ANA CLARICIA MONROY REY

Cheque

Banco	No Cuenta	No Cheque	Valor Cheque
TOTAL			

Corresponsales
OPCIÓN1

(415)7709998434219(8020)000002701674 97(3900)000000037485(96)20250305

Bancos Corresponsales
OPCIÓN 2

(415)7709998039933(8020)031594(8020)22990270167497(3900)000000037485(96)20250305

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

seguros mundial®

Recibo de Pago

Mundial de Seguros S.A.
860.037.013-6

INFORMACIÓN DE PAGO

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

OPCIÓN 1

CORRESPONSALES

Carulla · grupo éxito · efecty · edeq · Bancolombia Corresponsal Bancario · Punto de pago · Mercar · 472

OPCIÓN 2

BANCOS

Scotiabank · DAVIVIENDA · Banco de Bogotá · Bancolombia · Banco de Occidente

CORRESPONSALES

puntored
Te damos más

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Tu compañía siempre

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Soacha, 23 de febrero de 2015

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

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

T.I.	**1.171.213.058**	**JANNA DANIELA DE LUQUE CRUZ**	**HIJO**
C.C.	**1.071.788.391**	**LAURA SOFÍA DE LUQUE CRUZ**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Elija un elemento.

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

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



FIRMA
Nombre: ____Leidy Magally Cruz Romero_____
C.C. ____35.254.472_____

REPUBLICA DE COLOMBIA

Nº 2572

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

NUIP 1.171.213.058

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 42373075

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código E D E

País - Departamento - Municipio - corregimiento o/o Inspección de Policía

REGISTRAIDURIA DE FUSAGASUGA. HOSP SAN RAFAEL - COLOMBIA - CUNDINAMA

Datos del inscrito

Primer Apellido: DE LUQUE

Segundo Apellido: CRUZ

Nombre(s): YANNA DANIELA

Fecha de nacimiento: Año 2009 Mes MAR Día 30

Sexo (en letras): FEMENINO

Grupo sanguíneo:

Factor RH:

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA FUSAGASUGA

Tipo de documento antecedente o Declaración Artículo 44

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: 51690253-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: CRUZ ROMERO LEIDY MAGALLY

Documento de identificación (Clase y número): CC 35.254.472

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: DE LUQUE CEPEDA JAIME DE JESUS

Documento de identificación (Clase y número): CC 85.468.302

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: DE LUQUE CEPEDA JAIME DE JESUS

Documento de identificación (Clase y número): CC 85.468.302

Firma: Jaime de Luque C.

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número):

Firma:

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número):

Firma:

Fecha de inscripción

Año 2009 Mes MAR Día 31

Nombre y firma del funcionario que autoriza

CARLOS EDUARDO BUITRAGO CASAS - R

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Jaime de Luque C.

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

31.MAR.2009 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 001 FOLIO 054

ORIGINAL FAR

ICINA DE REGISTRO

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL. SE EXPIDE PARA
ACREDITAR PARENTESCO DE CONFORMIDAD CO
ARTICULO 115 DEL DECRETO LEY 1260 DE 1

DIANA MARIA DONATO SEPULVEDA
Registradora del Estado Civil (E)
Fusagasugá (Cundinamarca)

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1071788391

Indicativo Serial 33525750

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código J 6 L

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

NOTARIA 2 FUSAGASUGA COLOMBIA CUNDINAMARCA FUSAGASUGA

Datos del inscrito

Primer Apellido: DE LUQUE | Segundo Apellido: CRUZ

Nombre(s): LAURA SOFIA

Fecha de nacimiento: Año 2006 Mes DIC Día 01 | Sexo (en letras): FEMENINO | Grupo sanguíneo: O | Factor RH: +

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA FUSAGASUGA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | Número certificado de nacido vivo: A 7689198

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: CRUZ ROMERO LEIDY MAGALLY

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 0035254472 | Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: DE LUQUE CEPEDA JAIME DE JESUS

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 0085468302 | Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: DE LUQUE CEPEDA JAIME DE JESUS

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 0085468302 | Firma: Jaime Deluque C.

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: **********

Documento de identificación (Clase y número): ********** | Firma: **********

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: **********

Documento de identificación (Clase y número): ********** | Firma: **********

Fecha de inscripción: Año 2006 Mes DIC Día 11

Nombre y firma del funcionario que autoriza: MARIA DEISI DE ALARCON — Nombre y firma

Reconocimiento paterno: Jaime Deluque C. — Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: MARIA DEISI DE ALARCON — Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS TOMO 4 FOLIO NO. 293

REPUBLICA DE COLOMBIA MARIA DEISI DE ALARCON NOTARIA Segunda de Fusagasugá (Cund.)

IMPRESO POR PAPAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-6

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

* 33525750 *

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Libertad y Orden

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CONTRASEÑA



PRIMERA VEZ CC
1.071.788.391

APELLIDOS / NOMBRES
DE LUQUE CRUZ
LAURA SOFIA

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
01-DIC-2006
FUSAGASUGA - CUNDINAMARCA

FECHA DE EXPEDICIÓN
03-DIC-2024

SEXO
FEMENINO

LUGAR DE PREPARACIÓN
FUSAGASUGA - FUSAGASUGA

OFICINA DE ENTREGA
FUSAGASUGA - FUSAGASUGA

- Escanee el código para verificar su autenticidad.
- El titular tendrá un plazo máximo de un (1) año para reclamar el documento a partir de la fecha de producción.

ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO HASTA EL 03-JUN-2025

8513736984
03-DIC-2024

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.171.213.058**

DE LUQUE CRUZ

APELLIDOS

JANNA DANIELA

NOMBRES

Janna Daniela Deluque

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **31-MAR-2009**

FUSAGASUGA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

31-MAR-2027

FECHA DE VENCIMIENTO

A-

G S RH

F

SEXO

22-ABR-2016 FUSAGASUGA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1509400-01117751-F-1171213058-20191204

0069178575A 1

1765768550

FINCOMERCIO Cooperativa de Ahorro y Crédito — FINCOEDUCAR Crédito educativo

Solicitud de Crédito Fincoeducar

16/12/24 04:17 PM

Valor matrícula a finananciar	Plazo en meses	Linea de crédito	Solicitud de Crédito N°
$ 9.133.750	8	FINCOEDUCAR	147859

Universidad	PAF	Canal de Información
UNIVERSITARIA - UNIAGRARIA		Punto Atención en Universidad

Autorización Apertura de Ahorro

Valor cuota: Plazo ahorro:

DATOS DE ASOCIADO

Tipo y N° Identificación:	CC 82389576	Nombres y Apellidos:	CARLOS HERNAN CRUZ ROMERO						
Fecha y Ciudad Expedición:	26/02/1993 FUSAGASUGA (C-MARCA)	Tipo Actividad Económica:	PERSONAS NATURALES SIN ACTIVIDAD ECONÓMICA.						
Fecha y Ciudad de Nacimiento:	24/12/1974 PASCA (C-MARCA)	Genero:	M	¿Es Cabeza de Familia?:	NO	Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	¿No Personas a Cargo?:	0
Estrato:									
Nivel Educativo:	UNIVERSITARIO	Tipo de Vivienda:	ARRIENDO	Nacionalidad:	null	¿Posee Tarjeta de residencia permanente	NO	¿Sus padres Poseen Nacionalidad Estadounidense?	NO
Dirección:	NOMBRE VIA MANZANA E CASA 15	Ciudad:	FUSAGASUGA (C-MARCA)	Barrio:	CONJUNTO RESIDENCIAL LA PALMA I				
Teléfono:	0	Celular:	3167898467	E-mail Personal:	carlos1974carlos1974@gmail.com				
Tipo de Contrato:	TERMINO INDEFINIDO	Cargo Actual:	ESTUDIANTE	Empresa:	COLSUBSIDIO	Fecha de Ingreso:	27/10/2000		
Dirección de la Empresa:	CL 170 02 02	Ciudad:	BOGOTA D.C. (D.C)	Teléfono Empresa:	0	Ext:		Envío de Correspondencia:	05 EMAIL PERSONAL

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA UNIVERSIDAD

Carrera:	MEDICINA VETERINARIA	Cobertura Matricula:	TOTAL	Semestre a Cursar:	2	Tipo Matricula:	Semestral
Código de Estudiante en Universidad:	45069	N° de Recibo Orden de Matricula:	10000000010000360055	Fecha Vencimiento Matricula:	26/12/2024	Parentesco con Codeudor:	TÍO(A)

INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Activos	$ 214.000.000	Total Pasivos	$ 100.000.000	Ingresos Mensuales	$ 8.600.000	Ingresos Adicionales	$ 0	Total Ingresos	$ 8.600.000	Egresos Mensuales (Gastos)	$ 500.000

DECLARACIÓN ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS Y OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

¿Ejerce o ha ejercido en los últimos 3 años alguna función pública en alguna organización internacional y/o estado?	NO	¿Maneja recursos públicos?	NO	¿Goza de reconocimiento público?	NO	¿Realiza operaciones en moneda extranjera?	NO	¿Cuales?		¿Posee cuentas en moneda extranjera?	NO

Observaciones:

DATOS DEL CODEUDOR

Tipo y N° Identificación:	TI 1071788391	Nombres y Apellidos:	LAURA SOFIA DE LUQUE CRUZ						
Fecha y Ciudad Expedición:	03/12/2024 FUSAGASUGA (C-MARCA)	Tipo Actividad Económica:	PERSONAS NATURALES SIN ACTIVIDAD ECONÓMICA.					Genero:	F
Fecha y Ciudad de Nacimiento:	01/12/2006 FUSAGASUGA (C-MARCA)	¿Es Cabeza de	NO	Estado Civil:	SOLTERO(A)	¿No Personas a Cargo?:	0	Estrato:	Parentesco con el Estudiante: TÍO(A)
Nivel Educativo:	BACHILLER	Tipo de Vivienda:	FAMILIAR	Nacionalidad:		¿Posee Tarjeta de residencia permanente	NO	¿Sus padres Poseen Nacionalidad Estadounidense?	NO
Dirección:	NOMBRE VIA MANZANA E CASA 15	Ciudad:	FUSAGASUGA (C-MARCA)	Barrio:	CONJUNTO RESIDENCIAL LA PALMA I				
Teléfono:	0	Celular:	3195293410	E-mail Personal:	deluquecruzlaura@gmail.com				
Tipo de Contrato:	TERMINO INDEFINIDO	Cargo Actual:	ESTUDIANTE	Empresa:	UNIAGRARIA	Fecha de Ingreso:	16/12/2024		
Dirección de la Empresa:	CL 170 02 02	Ciudad:	BOGOTA D.C. (D.C)	Teléfono Empresa:	0	Ext:		Envío de Correspondencia:	05 EMAIL PERSONAL

INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Activos	$ 0	Total Pasivos	$ 0	Ingresos Mensuales	$ 0	Ingresos Adicionales	$ 0	Total Ingresos	$ 0	Egresos Mensuales (Gastos)	$ 0

DECLARACIÓN ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS Y OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

¿Ejerce o ha ejercido en los últimos 3 años alguna función pública en alguna organización internacional y/o estado?	NO	¿Maneja recursos públicos?	NO	¿Goza de reconocimiento público?	NO	¿Realiza operaciones en moneda extranjera?	NO	¿Cuales?		¿Posee cuentas en moneda extranjera?	NO

Observaciones:

RELACIÓN DE POSESIONES

¿Posee Vivienda?:	NO	Dirección:		Ciudad:		Valor Comercial:	$ 0	¿Tiene Hipoteca?:	NO
¿Posee Vehiculo?:	NO	Tipo de Vehiculo:		Marca:		Modelo:	0	Valor Comercial:	$ 0	¿Tiene Hipoteca?:	NO

REFERENCIA PERSONAL

Nombres y Apellidos:	LEIDY CRUZ	Ciudad:	FUSAGASUGA (C-MARCA)	Teléfono Fijo:	0	Celular:	3013511519

FMT-CRED-S0044-1 02/2024 VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE LA ECONOMIA SOLIDARIA - INSCRITA FOGACOOP

CONDICIONES Y DECLARACIONES

ORIGEN DE FONDOS

Declaro que los recursos depositados, obtenidos y/o involucrados en las operaciones financieras con **FINCOMERCIO**, tienen origen y destino lícito en las actividades de igual tipo que constituyen el giro normal de mis negocios, tal como se describen en esta solicitud y que no se relacionan con actividades ilícitas o delictivas, especialmente lavado de activos y/o financiación al terrorismo. Que conozco y aplico las normas de prevención de lavado de activos y financiación al terrorismo y no permitiré que terceros realicen transacciones de ninguna naturaleza en mis productos o entreguen en mi nombre o de la entidad que represento fondos, bienes y/o servicios relacionados con actividades ilícitas o a favor de personas involucradas con las mismas. Autorizo a **FINCOMERCIO** para terminar unilateralmente cualquier relación contractual o exigir en forma anticipada el pago de cualquier obligación en el caso de vinculación o sospecha de realización de actividades ilícitas o violación de las normas sobre lavado de activos y financiación al terrorismo de mi como solicitante, de los representantes, socios, administradores, accionistas o personas vinculadas

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y HABEAS DATA

AUTORIZO de forma expresa a **FINCOMERCIO** y dentro de lo estipulado en la Ley 1581 de 2012 y 1266 de 2008, para que reciba, solicite, almacene, consulte, reporte, utilice y entregue la información relacionada con mis datos personales para únicamente los siguientes efectos: **A.** Envió de información de datos personales con todas las empresas y/o entidades públicas y privadas con que la Cooperativa de Ahorro y Crédito tenga convenios vigentes, para efectos del desarrollo del objeto y fines sociales que persiguen las entidades que pertenecen al sector de la economía solidaria, así mismo manifiesto que he sido informado del derecho que me asiste de solicitar rectificación y actualización de la información cuando esta no corresponda con la realidad, sin que este derecho implique revocatoria alguna a las autorizaciones conferidas a la Cooperativa. **B.** a utilizar por parte de la Cooperativa o a través de las empresas con las que suscriba convenios para la prestación de servicios y venta de bienes dirigido a los Asociados, la información por mi suministrada para el envío de cualquier tipo de información como; de servicios, comercial, legal, estatutaria o de **REPORTES NEGATIVOS ANTE CENTRALES DE INFORMACIÓN** FINANCIERA conforme al artículo 12 Ley 1266/2008, relacionada con mi comportamiento de pago, a través de correos electrónicos, mensajes de texto, por la plataforma Whatsapp o por cualquier otro medio de comunicación masiva y tecnológico, comunicación telefónica fija o móvil y correspondencia a las direcciones registradas en el presente formato y a las que futuro **FINCOMERCIO** identifique como sitios de localización. **C.** para que en virtud de las obligaciones económicas adquiridas con la cooperativa, en caso de presentar mora **AUTORIZO** a **FINCOMERCIO** para que entregue los datos correspondientes a mi identificación, domicilio, contacto y estado de mis obligaciones, con el fin de efectuar las gestiones de cobro jurídico o pre-jurídico según correspondan a las empresas de gestión de cobranza contratadas para el efecto. D. **CERTIFICO** que los datos de localización aquí suministrados incluyen todos los detalles y no contienen errores. Igualmente me comprometo durante la vigencia del vínculo a actualizar la información suministrada en la presente solicitud o la que reporta la Cooperativa por lo menos una vez al año, no obstante, la actual estará vigente hasta tanto no notifique de manera expresa lo contrario, así mismo asumo toda la responsabilidad frente a la veracidad y eficiencia de la información suministrada y los efectos que se deriven de su falsedad o inconsistencia. **AUTORIZO** de forma libre, autónoma y voluntaria a la Cooperativa de Ahorro y crédito **FINCOMERCIO** para que sin perjuicio de la perdida de mi calidad de asociado, cliente, deudor o contratante de los servicios de la cooperativa, mantenga dentro de sus bases mis datos personales y de contacto con el fin de que pueda contactarme para darme información de carácter comercial relativa a la reactivación de los servicios de la entidad. En caso de que, en un futuro **FINCOMERCIO** efectúe una venta o cesión a cualquier título de las obligaciones a mi cargo, los efectos de la presente autorización se extenderán a éste en los mismos términos y condiciones. **ACEPTO** que **FINCOMERCIO** no hará devolución de la documentación entregada o que contenga cualquier convenio celebrado, la cual se archivará o destruirá conforme a las normas y políticas aplicables. Asimismo **AUTORIZO** de manera permanente e irrevocable y en los términos del artículo 8° de la Ley 1527 de 2012, a realizar actualizaciones y consultas de mis datos personales contenidos en la base de datos de las administradoras de pensiones y de salud, que para el efecto autorice o administre el Ministerio de la Protección Social o quien haga sus veces. Así como acceder a los Datos Personales contenidos en la base de terceros, operadores de información, operadores de información de Seguridad Social y proveedores Tecnológicos de Facturación y Nómina Electrónica.

Expresamente extendemos estas autorizaciones a cualquier entidad que preste los servicios a la Cooperativa de Aval, garantía de crédito o de información comercial. De igual forma, autorizo (amos) irrevocablemente a Fincomercio para que una vez ejecutada loa garantía las sumas adeudadas pueda cobrarse ya sea por Fincomercio, por la entidad avalista o por la sociedad que estos designen para efectuar el cobro. El tenedor del pagaré que respalda mi(s) obligaciones queda facultado para ceder una o mas cuotas de las mensuales en que consecutivamente deberé pagarlo. PARAGRAFO: Endosada una o mas cuotas por el tenedor del pagaré, la cuota y/o cuotas endosadas junto con sus correspondientes intereses en el plazo y/o en la mora la(s) pagaré al respectivo endosatario de la misma o de las mismas, y, las cuotas no endosadas junto con los correspondientes intereses en el plazo y/o en la mora la(s) pagaré al tenedor del título valor. Autorizo (amos) expresa e irrevocablemente a Fincomercio para que el dinero, producto del préstamo que solicito (hemos) si es aprobado, sea girado a la institución de Educación Superior "IES" indicada en el anverso de esta solicitud o a la Institución de Educación Superior técnica, tecnóloga, o instituciones y programas técnicos conducentes a certificados de aptitud ocupacional, debidamente acreditados, indicada en el documento que adjunte en el momento de la renovación si fuere el caso. Autorizo(amos) expresa e irrevocablemente a la IES, para que en el evento de que por cualquier causa o motivo el alumno financiado suspenda sus estudios o se retire de la IES, esta última reintegre y gire directamente a Fincomercio, el valor de la matricula financiada por dicha entidad y no causado durante el (los) respectivo(s) periodo(s) académico(s). De igual manera autorizo (amos) expresa e irrevocablemente a Fincomercio, para reclamar y recibir de la IES el referido valor. Es entendido que si el estudiante por cualquier motivo abandona sus

AUTORIZACIÓN Y CONTINUIDAD DE DESCUENTO

Con mi firma en este documento y en mi calidad de trabajar de pendiente, pensionado o independiente por prestación de servicios **AUTORIZO DE MANERA EXPRESA, AMPLIA Y CONTINUA**, a mi empleador o pagador a descontar de mi salario o ingreso mensual la suma que corresponda para que sean giradas y entregadas a la **COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO FINCOMERCIO LTDA.** Para que sean aplicados a todos mis productos de crédito, convenios y servicios contraídos con esta entidad. Así mismo **PIGNORÓ O CONSTITUYÓ PRENDA A FAVOR de FINCOMERCIO**, de conformidad con los parámetros establecidos en la Ley 79 de 1988, Ley 1527 de 2012 y, aplicando lo establecido en el Código Sustantivo del Trabajo (Decreto Ley 2663 de 1950), sobre mis prestaciones sociales, salarios, bonificaciones, indemnizaciones, y cualquier otra suma o compensación económica a la que tenga derecho por la terminación de mi contrato de trabajo, o de prestación de servicios, sea cual sea la causa, para que esta Cooperativa aplique a la cancelación del saldo que le esté adeudando. Extiendo esta **AUTORIZACIÓN** a la **CONTINUIDAD DE LA AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO**, en los términos del artículo 7° de la Ley 1527 de 2012 y demás normas que las actualicen, sustituyan o modifiquen, si llegara a cambiar de empresa, empleador o pagador. Independiente a que mi condición al momento del otorgamiento sea proveniente de una actividad económica como Independiente y no de una relación laboral o contrato de prestación de servicios, extiendo los términos de **DESCUENTO** y **CONTINUIDAD DE LA AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO** que trata ese aparte, para que al momento en que mi condición cambie a empleado o contratista por prestación de servicios de alguna entidad pública o privada, **FINCOMERCIO** dé trámite en cualquier tiempo a esta **AUTORIZACIÓN de DESCUENTO** y **CONTINUIDAD DE LA AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO.** Entiendo de mi obligación de cancelar directamente por cualquier medio de recaudo habilitado por **FINCOMERCIO** los valores no descontados por mi empleador y adeudados por mí, mientras comienza a operar esta **AUTORIZACIÓN de DESCUENTO** y **CONTINUIDAD DE LA AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO.** En caso que el crédito a mi nombre registre mora por la no inclusión del descuento, inclusión tardía o desactivación y posterior activación de los descuentos por parte del empleador o entidad pagadora (art.2, literal b de la ley 1527/2012), previamente autorizo aplicar el ajuste al crédito que me permita dejar al día y normalizar la obligación con la cooperativa.

GARANTÍA

Entiendo que la Cooperativa de Ahorro y Crédito **FINCOMERCIO** es una entidad sin ánimo de lucro que busca el fortalecimiento de sus asociados, con lo cual reconozco que mis **AHORROS Y APORTES** de cualquier naturaleza constituidos en la Cooperativa son garantía directa de mis obligaciones contraídas con **FINCOMERCIO**, en caso de mora en el pago habitual de mi (s) cuota (s) comprometida (s).

SEGUROS

En caso de ser aprobada la presente solicitud de crédito, **AUTORIZO (AMOS)** a la Cooperativa de Ahorro y Crédito Fincomercio, para que a su juicio constituya o no a mi cargo, un seguro de desempleo en el que la Cooperativa su cesionario y/o avalista sean los beneficiarios, seguro que estará destinado a garantizar total o parcialmente el pago de la obligación adquirida sin perjuicio de las acciones legales que se surtan por el incumplimiento de la obligación crediticia. Entiendo que mi crédito cuenta con el servicio de seguro de vida deudor, el cual se podrá hacer efectivo por fallecimiento, incapacidad total o permanente del titular del crédito durante la vigencia de la póliza, estas dos últimas condiciones deberán ser calificadas por los entes autorizados por el Gobierno Nacional y con base en el manual único de calificación vigente tener una pérdida de la capacidad laboral mayor o igual al 50%.

CUPO ROTATIVO

Valor Primera Utilización

En caso que con el otorgamiento del presente crédito se me asigne un cupo de crédito rotativo, entiendo que desde el momento en que se realice la primera utilización y dependiendo el ciclo de facturación, debo realizar los pagos generados por este cupo directamente en las cajas de Fincomercio, en los bancos autorizados, por PSE, o por cualquier medio autorizado de recaudo por la cooperativa.

Firma solicitante

AL ACEPTAR EL PRESENTE DOCUMENTO EL DEUDOR DECLARA QUE FIRMA ELECTRÓNICAMENTE DE MANERA EXPRESA E INEQUÍVOCA Y AUTORIZA LOS TÉRMINOS DEL DOCUMENTO AQUÍ CONTENIDOS.

CARLOS HERNAN CRUZ ROMERO
CC 82389576
80053

N° de 82389576

Huella

Firma codeudor

AL ACEPTAR EL PRESENTE DOCUMENTO EL DEUDOR DECLARA QUE FIRMA ELECTRÓNICAMENTE DE MANERA EXPRESA E INEQUÍVOCA Y AUTORIZA LOS TÉRMINOS DEL DOCUMENTO AQUÍ CONTENIDOS.

LAURA SOFIA DE LUQUE CRUZ
TI 1071788391
74094

N° de 1071788391

Huella

Con la firma en este documento autorizo (amos) de manera permanente e irrevocable a Fincomercio Ltda. para verificar la información registrada en

UNIAGRARIA
Fundación Universitaria Agraria de Colombia
Institución Universitaria
Personería Jurídica N°2599-86 M.E.N.

LA U VERDE DE COLOMBIA

NIT. 860.531.081-5

ESTUDIANTE	Laura Sofia De Luque Cruz
IDENTIFICACIÓN	1071788391

CONCEPTO		VALOR
Matrícula Pregrado		9.133.750
1ª FECHA PAGUE HASTA	2024-12-26	9.133.750
2ª FECHA PAGUE HASTA	2025-02-10	9.590.438

FECHA DE IMPRESION	2024-12-09	**CIUDAD**	**BOGOTÁ D.C.**

ORDEN DE PAGO

No. 1110000000010000360055

PROGRAMA ACADÉMICO	2025 Primer Semestre Pregrado - BVETD		
ID. DEL ESTUDIANTE	0000045069	**CICLO LECTIVO**	2561

COD. BANCO	CHEQUE	CUENTA	VALOR
		EFECTIVO	
		TOTAL	

TIMBRE CAJERO

COPIA ESTUDIANTE

Importante: Ni la entrega del comprobante de pago, ni su cancelación significa que el estudiante se encuentra matriculado para el respectivo semestre académico. Para que se considere que un estudiante está matriculado en la Institución debe cumplir con las condiciones establecidas en el Reglamento General de Estudios.

Banco Davivienda / Banco Colpatria / Banco Occidente / Bancolombia

---

UNIAGRARIA
Fundación Universitaria Agraria de Colombia
Institución Universitaria
Personería Jurídica N°2599-86 M.E.N.

LA U VERDE DE COLOMBIA

NIT. 860.531.081-5

ESTUDIANTE	Laura Sofia De Luque Cruz
IDENTIFICACIÓN	1071788391

CONCEPTO		VALOR
Matrícula Pregrado		9.133.750
1ª FECHA PAGUE HASTA	2024-12-26	9.133.750
2ª FECHA PAGUE HASTA	2025-02-10	9.590.438

FECHA DE IMPRESION	2024-12-09	**CIUDAD**	**BOGOTÁ D.C.**

ORDEN DE PAGO

No. 1110000000010000360055

PROGRAMA ACADÉMICO	2025 Primer Semestre Pregrado - BVETD		
ID. DEL ESTUDIANTE	0000045069	**CICLO LECTIVO**	2561

COD. BANCO	CHEQUE	CUENTA	VALOR
		EFECTIVO	
		TOTAL	

TIMBRE CAJERO

COPIA BANCO

Cancelar en la cuenta

Banco Davivienda / Banco Colpatria / Banco Occidente / Bancolombia

(415)7709998004245(8020)000100003600550000045069(3900)09133750(96)20241226

(415)7709998004245(8020)000100003600550000045069(3900)09590438(96)20250210