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	**65656-630862**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ANDREA MARITZA VILLAMIZAR GOMEZ	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	35.534.775	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	amvillamizar57@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	462270033741
IP/Nº de contacto:		**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	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a $164.336.700 (debe registrarse como responsable del IVA)	NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	7356808/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**13825**	**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 del programa "Articulación con la Educación Media", con el propósito de atender las necesidades de formación técnica, de acuerdo con el perfil profesional requerido para la ejecución de los programas ofertados por el Centro Industrial y de Desarrollo Empresarial de Soacha.

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**10/02/2025**	**Al**	**28/02/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 45.995.110
Número de pago	**1**			**Valor Total del Contrato:**	$ 45.995.110
Valor Bruto Pago:			**$ 3.219.658,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 42.775.452

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.219.658	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	**$ 3.219.658**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.104.358**	**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		----------	**9481045523**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.423.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 178.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 227.800	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 7.500	$ 0
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ -	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 36.062.775	$ 702.000	
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	2.104.358,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.813.858,00	
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	16.883,00	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	**$3.202.775,00**	

SON: TRES MILLONES DOSCIENTOS DOS MIL SETECIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Asistir a la reunión por parte de la Coordinación de articulación, con el fin de recibir la socialización para el desarrollo de la Planeación Pedagógica Vigencia 2025

Realizar seguimiento con las Instituciones Educativas para la verificación del Proceso de Matrícula 2025

Asistir a capacitación con el fin de conocer los cambios relacionados en el Acuerdo 009, correspondiente al Reglamento del Aprendiz.

Asistir a reunión con la Coordinación de Articulación, con el fin de conocer los lineamientos de los temas relacionados con el seguimiento a las Instituciones Educativas Privadas, Asesorías a Proyectos Productivos, Transversales tales como Emprendimiento, Seguridad Salud en el Trabajo y TIC.

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

ANDREA MARITZA VILLAMIZAR GOMEZ
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,

JAIRO ALBERTO RIVERA MURILLO
INSTRUCTOR G09

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)

26/02/25 12:41:12 USUARIO: SIC - C.C. 35534775

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

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

CERTIFICA

Que Andrea Maritza Villamizar Gomez, identificado(a) con CC número 35534775, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 35534775
NOMBRES Y APELLIDOS	Andrea Maritza Villamizar Gomez
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	23/06/1982
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	17/04/2002
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	512 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	47 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	07/01/2016
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 35534775 ANDREA MARITZA VILLAMIZAR GOMEZ Desde 01/07/2024 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA 35534775 Trabajador Independiente Desde 01/06/2023 Hasta 30/06/2024

Generado por interfaces 14/01/2025

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 35534775		VILLAMIZAR GOMEZ ANDREA MARITZA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 12 a # 71 c - 20 trr 10 apt 802	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8900348	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	1247629368	9481045523	I	2025/02/18	2025/02/06	BANCO DAVIVIENDA	0	$413,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
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
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
1	CC	35534775 VILLAMIZAR ANDREA	231001	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,423,500	$7,500	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 35534775		VILLAMIZAR GOMEZ ANDREA MARITZA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 12 a # 71 c - 20 trr 10 apt 802	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8900348	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	1247629368	9481045523	I	2025/02/18	2025/02/06	BANCO DAVIVIENDA	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
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	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
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$413,300	$0	$0	$413,300

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14893769811

(415)7707212489984(8020) 000001489376981 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 5 5 3 4 7 7 5	9	Impuestos de Bogotá 3 2	

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 5 3 4 7 7 5	

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VILLAMIZAR	GOMEZ	ANDREA	MARITZA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
CR 2 7 47 BRR ZAMBRANO CAMADER

42. Correo electrónico andvilgo@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 4 3 3 6 2 2 1 6	3 1 8 9 0 0 3 4 8

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 7 2 9	2 0 2 2 1 2 0 1	5 6 2 1	2 0 2 2 1 2 0 1		8 5 4 2	8 5 2 3		

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

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 VILLAMIZAR GOMEZ ANDREA MARITZA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14893769811

(415)7707212489984(8020) **000001489376981 1**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 5 5 3 4 7 7 5	9	Impuestos de Bogotá 3 2	

Características y formas de las organizaciones

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

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 9	
72. Número		
73. Fecha		
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 1 4 0 2 0 6	
77. No. Matrícula mercantil	0 0 0 0 0 0 8 5 9 9 2	
78. Departamento	2 5	
79. Ciudad/Municipio	4 7	
Vigencia		
80. Desde		
81. Hasta		

Composición del Capital

82. Nacional ____ %

83. Nacional público ____ %

84. Nacional privado ____ %

85. Extranjero ____ %

86. Extranjero público ____ %

87. Extranjero privado ____ %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1		Año Mes Día		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

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

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

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

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Juan Bautista
SALUD OCUPACIONAL

MEDICINA OCUPACIONAL - AUDIOMETRÍA - OPTOMETRÍA - ESPIROMETRÍA - VALORACIÓN PSICOTÉCNICA - PSICOMETRÍA - LABORATORIO CLINICO - ASESORÍA OCUPACIONAL

Av. Carrera 30 No. 46-86 Teléfonos: 7444003 - Barrio Belalcazar - Bogotá D.C.
www.ocupacionaljb.com

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL



EXAMEN:	INGRESO	**FECHA CERTIFICADO:**	31/1/2023 8:43:25 AM	**EMPRESA:**	PARTICULAR		
NOMBRE:	ANDREA MARITZA VILLAMIZAR GOMEZ	**CEDULA:**	35534775	**EDAD:**	40 Años	**CARGO:**	CONTRATISTA
EPS:	SANITAS	**ARP:**	NO SABE	**AFP:**	COLFONDOS		

CONCEPTO APTITUD

CONCEPTO	CONCEPTO
APTO	
ESPECIFIQUE	

SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR/ASPIRANTE SE EVALUO EN LOS SIGUIENTES EXAMENES PARACLINICOS

OPTOMETRIA	X	CUADRO HEMATICO	X	PARCIAL ORINA	X	GLICEMIA BASAL	X	PERFIL LIPIDICO	X	PSICOFISICO	X		
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	X												

RECOMENDACIONES

1.	RECOMENDACIONES GENERALES -CONTINUAR MANEJO Y SEGUIMIENTO EN EPS DE: 1- PATOLOGIA GASTRO INTESTINAL BENIGNA ; 2- ALTERACIONES EN EL CICLO MENSTRUAL ; 3- MEMBRANA CONJUNTIVAL OJO IZQUIERDO
2.	HABITOS DE VIDA SALUDABLE : DIETA BAJA EN GRASAS, HARINAS Y AZUCARES PARA REDUCCIÓN DE PESO CON EJERCICIO CARDIOVASCULAR PERIÓDICO-CUMPLIR CON LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD
3.	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES -HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA – EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MUSCULAR (PAUSAS ACTIVAS) – USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL- SE REALIZA ENFASIS CARDIOVASCULAR
4.	
5.	

REMISION A EPS: NO

Yo, ANDREA MARITZA VILLAMIZAR GOMEZ identificado(a) con CC No. 35534775, de manera libre y voluntaria autoricé al profesional abajo mencionado a realizar el examen médico y/o examenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización del examen médico ocupacional y/o examenes complementarios. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo confidencial que le dé JUAN BAUTISTA SALUD OCUPACIONAL a la misma. Autorizo que se suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el buen cumplimiento del Sistema de Gestion en Salud y Seguridad en el trabajo.

ESTA CERTIFICACIÓN SE EXPIDE CON BASE EN LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL DEL PACIENTE, LA HISTORIA CLINICA ES UN DOCUMENTO PRIVADO Y SOMETIDO A RESERVA DEL PRESTADOR DEL SERVICIO DE SALUD, SEGÚN RESOLUCION 2346 DE 2007 DEL MINISTERIO DE SALUD, DECRETO2174 DE 1996 Y RESOLUCION 1918 DE 2009.

Medico Especialista	Aspirante/trabajador
Dr. Wilson Cristancho Especialista Salud Ocupacional y Riesgos Laboales Derecho laboral C.C. 79.670.821 L.S.O. 4331 25 Abril 2017	
Firma	Firma
R.M. 79670821 L.S.O. 4331 cd 25/04/2017	CC : 35534775
Nombre: Dr(a). Jose Wilson Cristancho Riscanevo	Nombre: ANDREA MARITZA VILLAMIZAR GOMEZ

Powered by CamScanner

Inicio Imprimir

Juan Bautista
SALUD OCUPACIONAL

MEDICINA OCUPACIONAL - AUDIOMETRÍA - OPTOMETRÍA - ESPIROMETRÍA - VALORACIÓN PSICOTÉCNICA - PSICOMETRÍA - LABORATORIO CLINICO - ASESORÍA OCUPACIONAL

Av. Carrera 30 No. 46-86 Teléfonos: 7444003 - Barrio Belalcazar - Bogotá D.C.
www.ocupacionaljb.com

REGISTRO OPTOMÉTRICO



Fecha: 30/1/2023 Barrio: KENNEDY-ALSACIA Teléfono:

Primer Apellido: VILLAMIZAR Segundo Apellido: GOMEZ Primer Nombre: ANDREA Segundo Nombre: MARITZA Cédula: 35534775

Ocupación: CONTRATISTA Edad: 40

Temporal: SIN TEMPORAL Empresa: PARTICULAR Anamnesis: CIRUGIA REFRACTIVA HACE 12 AÑOS.

AGUDEZA VISUAL LEJANA	Con Correccion	Sin Correccion
Ojo derecho	20/ 0	20/ 20
Ojo izqierdo	20/ 0	20/ 20
Ambos Ojos	20/ 20	

AGUDEZA VISUAL CERCANA	Con Correccion	Sin Correccion
Ojo derecho	20/ 0	20/ 20
Ojo izqierdo	20/ 0	20/ 20
Ambos Ojos	20/ 20	

Examen Externo: OD: SANO Y NORMAL OI: PTERIGION GRADO II LADO NASAL

Covert Test: Lejos ORTHOFORIA 30 cms EXOFORIA Punto próximo de: Convergencia 10 CM

OFTALMOSCOPIA

Ojo Derecho: MEDIOS TRANSPARENTES, NO ACERCAMIENTO POR COVID-19 Daltonismo: NO

Ojo Izquierdo: MEDIOS TRANSPARENTES, NO ACERCAMIENTO POR COVID-19 Estereopsis: Normal

QUERATOMETRIA

Ojo Derecho: No Aplica Gafas: NO USA

Ojo Izquierdo: No Aplica En Uso: NO APLICA

RETINOSCOPIA

Ojo Derecho: NEUTRO

Ojo Izquierdo: NEUTRO

SUBJETIVO

Ojo Derecho: NEUTRO

Ojo Izquierdo: NEUTRO

FORMULA FINAL

Ojo Derecho: NEUTRO Agudeza Visual Lejana: 20/ 20 20/ 20

Ojo Izquierdo: NEUTRO Agudeza Visual Cercana: 20/ 20 20/ 20

Adición: NO APLICA

Diagnostico Principal: EXAMEN NORMAL

Diagnostico Relacionado1: PTERIGION

Diagnostico Relacionado2:

Diagnostico Relacionado3:

Concepto: Normal Seguimiento: Recomienda Control Anual

Observaciones y Disposición: 1. PACIENTE VISUALMENTE SANO 2. 40" DE ARCO NORMAL CON BUTTERFLY-S 3. PAUSAS ACTIVAS A NIVEL VISUAL 4. CONTROLES VISUALES AL AÑO. 5. SE SUGIERE USAR GAFAS DE SEGURIDAD, EN AREAS OPERATIVAS.

Yo, ANDREA MARITZA VILLAMIZAR GOMEZ identificado(a) con C.C. No. 35534775, de manera libre y voluntaria autoricé al profesional abajo mencionado a realizar el examen médico y/o examenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización del examen médico ocupacional y/o examenes complementarios. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo confidencial que le dé JUAN BAUTISTA SALUD OCUPACIONAL a la misma. Autorizo que se suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas por la legislación colombiana.

Dr(a). Ingrid Zoraida Palomino Rojas
LSO: 15612 de 9/12/2015 **RM**:3118CTNP0

ANDREA MARITZA VILLAMIZAR GOMEZ
35534775

PAD-CAP

Powered by CamScanner

Inicio Imprimir

Juan Bautista SALUD OCUPACIONAL

MEDICINA OCUPACIONAL - AUDIOMETRÍA - OPTOMETRÍA - ESPIROMETRÍA - VALORACIÓN PSICOTÉCNICA - PSICOMETRÍA - LABORATORIO CLINICO - ASESORÍA OCUPACIONAL
Av. Carrera 30 No. 46-86 Teléfonos: 7444003 - Barrio Belalcazar - Bogotá D.C.
www.ocupacionaljb.com

EVALUACION PSICOFISICA



SITIO: JUAN BAUTISTA HORA ATENCION: 2:41:44 PM FECHA: 30/1/2023 TIPO DE EXAMEN: INGRESO
TEMPORAL: SIN TEMPORAL EMPRESA: PARTICULAR CARGO: CONTRATISTA
PRIMER APELLIDO: VILLAMIZAR SEGUNDO APELLIDO: GOMEZ PRIMER NOMBRE: ANDREA SEGUNDO NOMBRE: MARITZA
DIRECCIÓN: ESTRATO: 3 TELÉFONO: PRACTICANTE/APRENDIZ: COMPOSICION FAMILIAR: 2
FECHA DE NAC.(DD/MM/AAAA): 23/6/1982 EDAD: 40 TIPO DOCUMENTO: CC CEDULA No.: 35534775 GENERO: Femenino ESTADO CIVIL: Soltero
DEPTO: Bogota -BOGOTÁ D.C. CIUDAD: BOGOTA LOCALIDAD 8-Kennedy UBICACIÓN: Barrio ESCOLARIDAD: PROFESIONAL
HERRAMIENTA DE TRABAJO: MANUAL JORNADA LABORAL: DIURNO
ACTIVIDAD ECONÓMICA: SERVICIOS EPS: SANITAS ARP: NO APLICA AFP: COLFONDOS
NOMBRE ACOMPAÑANTE: NO TELEFONO ACOMPAÑANTE: NO PARENTESCO ACOMPAÑANTE: NO

PERFIL EVOLUTIVO GENERAL

I. CARACTERISTICAS DEL YO			
a) Actitud	DESTRUCTIVA	CONSTRUCTIVA	ENERGICA
		CONSTRUCTIVA	
	LIDERAZGO	DOMINACION	RIGIDA
b) Creatividad	POBRE	RECURSIVO	INNOVADORA
		RECURSIVO	
c) Persistencia en metas	POBRE	MEDIO	ALTO
		MEDIO	
d) Acción o propósito	POBRE	MEDIO	EFECTIVA
		MEDIO	
e) Grado de Autonomía	DEPENDIENTE	MEDIO	INDEPENDIENTE
			INDEPENDIENTE
f) Toma de decisiones	INEFECTIVA	AMBIVALENTE	EFECTIVA
			EFECTIVA
g) Juicio y realidad	DEFICIENTE	FUNCIONAL	RIGIDO
		FUNCIONAL	
h) Nivel de conciencia	BAJO	MEDIO	DESARROLLADA
		MEDIO	
i) Capacidad instrospectiva	BAJO	MEDIO	DESARROLLADA
			DESARROLLADA
j) Porte y expresión facial	OPOSICION	EVASION	APATIA
	IRRITABILIDAD	COMPLACIENTE	CONFORME
		COMPLACIENTE	
k) Grado de sociabilidad	INTROVERSION	MEDIO	EXTROVERSION
			EXTROVERSION

II. APTITUDES			
	BAJO	MEDIO	ALTO
a) Aptitud numérica		**6**	
b) Aptitud mecánica		**6**	
c) Racionamiento lógico deductivo			**7**

III. FUNCIONES INTELECTUALES			
	POBRE	MEDIO	DESARROLLADA
a) Orientación		**6**	
b) Coordinación visomotora			**7**
c) Memoria visual		**6**	
d) Sensopercepción			**7**
e) Atención y concentración		**6**	
f) Capacidad refleja			**7**
g) Anticipación a estímulos		**6**	

IV. LENGUAJE Y COMUNICACION			
	POBRE	MEDIO	DESARROLLADA
a) Fluidez verbal		**6**	
b) Aptitud verbal			**7**

a) Afecto	DEPRESIVO	MEDIO	AGRESIVO
		6	
b) Conducta motora	PASIVO	MEDIO	IMPULSIVO
			7
c) Control de ansiedad	BAJO	MEDIO	ALTO
		6	
d) Cambios de humor	INESTABLE	MEDIO	ESTABLE
			7
e) Manejo de stress	PESIMISTA	MEDIO	ENTUSIASTA
		6	
f) Nivel de compromiso	IRRESPONSABLE	MEDIO	RESPONSABLE
			7
g) Sensibilidad ante la frustración	BAJO	MEDIO	ALTO
		6	
h) Grado de seguridad	INSEGURO	MEDIO	SEGURO
			7

CONCEPTO

PERSONA QUE MUESTRA UN BUEN GRADO DE ESTRUCTURACION DEL YO. HAY UN BUEN GRADO DE TOLERANCIA ANTE LE MEDIO. MUESTRA UN BUEN CONTROL DE LAS FUNCIONES DE ASOCIACION, PUEDE VIVIR EN COMUNIDAD.

Yo, ANDREA MARITZA VILLAMIZAR GOMEZ identificado(a) con C.C. No. 35534775, de manera libre y voluntana autoricé al profesional abajo mencionado a realizar el examen médico y/o examenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización del examen médico ocupacional y/o examenes complementarios. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo confidencial que le dé JUAN BAUTISTA SALUD OCUPACIONAL a la misma. Autorizo que se suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas por la legislación colombiana.

Médico Especialista	Aspirante o Trabajador
Claudia Oliveros R.M. L.S.O.	ANDREA MARITZA VILLAMIZAR GOMEZ C.C. No.:35534775

Powered by CamScanner

Inicio Imprimir

Juan Bautista SALUD OCUPACIONAL

MEDICINA OCUPACIONAL - AUDIOMETRÍA - OPTOMETRÍA - ESPIROMETRÍA - VALORACIÓN PSICOTÉCNICA - PSICOMETRÍA - LABORATORIO CLINICO - ASESORÍA OCUPACIONAL
Av. Carrera 30 No. 46-86 Teléfonos: 7444003 - Barrio Belalcazar - Bogotá D.C.
www.ocupacionaljb.com

LABORATORIO



Nombre:	**ANDREA MARITZA VILLAMIZAR GOMEZ**				
Identificacion:	**CC :35534775**	Tel.:	3143362216	Fecha recepcion:	30/1/2023 9:54:51 AM
Edad:	40 años 7 meses 8 dias	Sexo:	Femenino	Fecha entrega:	31/1/2023 8:34:00 AM
Medico:	MEDICOS VARIOS			Empresa:	SIN TEMPORAL-PARTICULAR
No. Ordenamiento:	378511				

CUPS	EXAMEN	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
902209	**CUADRO HEMATICO** (Técnica Colorimetrica para HGB, Técnica Impedancia para WBC, RBC Y PLT)			
	LEUCOCITOS			
	LEUCOCITOS	7.3	miles/ul.	4.5-10.0
	LINFOCITOS	3.0	miles/ul.	1.00-4.00
	MIXTAS	0.6	miles/ul.	0.00-0.80
	POLIMORFONUCLEARES	3.7	miles/ul.	2.00-7.50
	LINFOCITOS	41.7	%	20-40
	MIXTAS	7.6	%	0-8
	POLIMORFONUCLEARES	50.7	%	55-75
	HEMOGLOBINA	14.2	g/dL.	13-16
	ERITROCITOS	4.69		4.20-5.40
	HEMATOCRITO	43.8	%	37-47
	MCV	93.4	fL.	80-98
	MCH	30.2	pg	25-32
	MCHC	32.3	g/dL.	31-36
	RDW-CV	12.1	%	11-15
	PLT	337		150-450
	MPV	8.4	fL.	7.5-8.5
	PDW	15.7		
	PCT	0.285	%	
	OBSERVACIONES	Ninguna		
903841	**GLICEMIA BASAL** (Técnica enzimática colorimétrica punto final)	82.6	mg/dL.	70-105
	GLICEMIA BASAL	Ninguna		
	OBSERVACIONES			
	PERFIL LIPIDICO			
	903818-COLESTEROL TOTAL (Técnica enzimática colorimétrica punto final)	184.4	mg/dL.	Hasta 200 mg/dL
	OBSERVACIONES	Ninguna		
	903868-TRIGLICERIDOS (Técnica enzimatica colorimétrica punto final)	145.9	mg/dL.	Hasta 200 mg/dL
	OBSERVACIONES	Ninguna		
	903815-COLESTEROL HDL (Técnica precipitación)	51.5	mg/dL.	Mayor de 45 mg/dL
	OBSERVACIONES	Ninguna		
	903817-COLESTEROL LDL (Técnica calculo)	104	mg/dL.	Menor 140 mg/dL
	OBSERVACIONES	Ninguna		
907106	**PARCIAL ORINA** (Técnica Microscopia y Enzimatico Colorimetrico semicuantitativo)			
	FISICO			
	COLOR	AMARILLA		
	ASPECTO	LIG.TURBIO		
	QUIMICO			
	pH	6.0		
	DENSIDAD	1.030		
	NITRITOS	NEGATIVO		NEGATIVO
	PROTEINAS	NEGATIVO	mg/dL.	NEGATIVO
	LEUCOCITOS	NEGATIVO		NEGATIVO
	UROBILINOGENO	NORMAL	mg/dL.	NORMAL
	SANGRE	NEGATIVO		NEGATIVO
	CETONA	NEGATIVO	mg/dL.	NEGATIVO
	BILIRRUBINAS	NEGATIVO		NEGATIVO
	GLUCOSA	NEGATIVO	mg/dL.	NEGATIVO
	MICROSCOPICO			
	CELULAS EPITELIALES	0-3	x campo	
	LEUCOCITOS	0-3	x campo	
	HEMATIES	0-1	x campo	
	BACTERIAS	ESCASAS	cruces	
	MOCO	NO SE OBSERVAN	cruces	
	CRISTALES	NO SE OBSERVAN	cruces	
	CILINDROS	NO SE OBSERVAN	x campo	
	ESPERMATOZOIDES	NO SE OBSERVAN	cruces	
	CELULAS RENALES	NO SE OBSERVAN	x campo	
	OBSERVACIONES	Ninguna		

HORA DE TOMA DE LA MUESTRA

Dr(a). Amalia Velasquez Diaz
LSO: RM:51961528

ANDREA MARITZA VILLAMIZAR GOMEZ
CC :35534775

PAD-CAPL-01

Powered by CamScanner

Hace constar:

Que el Sr(a) ANDREA MARITZA VILLAMIZAR GOMEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 35534775 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 ANDREA MARITZA VILLAMIZAR GOMEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 35534775 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) ANDREA MARITZA VILLAMIZAR GOMEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 35534775 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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 05/02/2025

VIGILADO 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	3470	10/02/2025	CC 35534775	VILLAMIZAR GOMEZ ANDREA	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.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

4C3D0DA612DE8C5DECADA81AF0FDB6AC

Certificado impreso el día 2/5/2025 3:15:44 PM por el portal de empresas Edesk

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

SOACHA, **23/02/2025**
CUNDINAMARCA,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor ANDREA MARITZA VILLAMIZAR GOMEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **35534775**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**462270033741**
Fecha de apertura	**20/01/2022**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN:	SUCURSAL:	COD. SUC:	NO. PÓLIZA:	ANEXO:
BOGOTA, D.C.	OFICINA PARQUE 93-AG. REPRESENTANTE	62	62-46-101011513	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
30	01	2025	10	02	2025	00:00	15	04	2026	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		IDENTIFICACIÓN:	
VILLAMIZAR GOMEZ ANDREA MARITZA			C.C. :35,534,775
DIRECCIÓN: CALLE 12 A N 71C -20 TORRE 10 APTO 802	CIUDAD: BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL		TELÉFONO: 3143362216

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN:
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA CENTRO INDUSTRIAL Y DE DESARROLLO EMPRESARIAL DE SOACHA		NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN: CALLE 13 NO. 10-63	CIUDAD: SOACHA - CUNDINAMARCA	TELÉFONO: 6015978250
ADICIONAL:		

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.7356808 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: 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 PERFIL PROFESIONAL REQUERIDO PARA LA EJECUCIÓN DE LOS PROGRAMAS OFERTADOS POR EL CENTRO INDUSTRIAL Y DE DESARROLLO EMPRESARIAL DE SOACHA

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	10/02/2025	15/04/2026	$ 4,599,511.00

ACLARACIONES:

VALOR PRIMA NETA:	GASTOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
$ 21,624.00	$ 8,000.00	$ 5,628.56	$ 35,252.56	$ 4,599,511.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
ANDREA MARCELA SARMIENTO MARTINEZ	220528	100,00			

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

PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CRA. 11A NO. 93A - 62 - TELÉFONO: 7422342 - BOGOTA, D.C.

62-46-101011513
FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

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

Hacemos constar, que la póliza No. 62-46-101011513, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

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

Dado en BOGOTA, D.C., a los 30 días del mes de Enero de 2025



FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: RECIBO DE PAGO N°: 62461010115130

FECHA	
CONTADO	
RECIBIMOS DE:	VILLAMIZAR GOMEZ ANDREA MARITZA — C.C. C.C. :35,534,775
LA SUMA DE:	TREINTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y DOS CON CINCUENTA Y SEIS CENTAVOS PESOS M/CTE
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 62-46-101011513

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
OFICINA PARQUE 93-AG. REPRESENTANTE - CU. ESTATAL - 101011513 - 0 - 0	$ 21,624.00	$ 8,000.00	$ 5,628.56	$ 35,252.56

FORMA DE PAGO

		EFECTIVO:	$ 35,252.56
		CHEQUE:	$ 0.00
		TARJETA:	$ 0.00
		BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO:	ANDREA MARCELA SARMIENTO MARTINEZ - 220528	OTROS:	$ 0.00
		TOTAL:	$ 35,252.56
		CAJERO: RAPIESTADO	

ORIGINAL

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: RECIBO DE PAGO N°: 62461010115130

FECHA	
CONTADO	
RECIBIMOS DE:	VILLAMIZAR GOMEZ ANDREA MARITZA — C.C. C.C. :35,534,775
LA SUMA DE:	TREINTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y DOS CON CINCUENTA Y SEIS CENTAVOS PESOS M/CTE
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 62-46-101011513

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
OFICINA PARQUE 93-AG. REPRESENTANTE - CU. ESTATAL - 101011513 - 0 - 0	$ 21,624.00	$ 8,000.00	$ 5,628.56	$ 35,252.56

FORMA DE PAGO

		EFECTIVO:	$ 35,252.56
		CHEQUE:	$ 0.00
		TARJETA:	$ 0.00
		BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO:	ANDREA MARCELA SARMIENTO MARTINEZ - 220528	OTROS:	$ 0.00
		TOTAL:	$ 35,252.56
		CAJERO: RAPIESTADO	

COPIA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.62-46-101011513

1. AMPAROS.

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

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

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

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

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

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

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

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

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

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

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

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

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

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

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

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

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

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

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

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

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

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

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

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

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

2. EXCLUSIONES.

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

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

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

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

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

3. SUMA ASEGURADA.

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

4. VIGENCIA.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. COMPENSACIÓN.

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

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

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

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

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

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

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

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

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

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

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

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

13. COASEGURO

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO