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 VALLE

CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE

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

Código Regional	**76**
Código Centro	**912410**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**62188-852108**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	LUZ STELLA OROZCO VARGAS	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	34.556.846	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	lsorozco@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	055019700010081 2
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**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a $65.891.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a $164.336.700 (debe registrarse como responsable del IVA)	NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	7545114/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**31225**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: SERVICIOS PROFESIONALES DE FORMACION-EVALUACION A POBLACION CAMPESINA ECONOMIA POPULAR

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**24/02/2025 Al 28/02/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 45.381.842
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 45.381.842
Valor Bruto Pago:	**$ 1.073.219,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 44.308.623

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.073.219	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	**$ 1.073.219**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 409.197**	**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		----------	**9480758656**
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	II	$ 14.900	$ 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		$ 107.322	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 36.062.775	$ 136.000	
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	409.197,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	1.073.219,00	
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 - 8523 - GUADALAJARA D	3.220,00	0,300%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Pro-UCEVA	5.366,00	0,500%
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	**$1.064.633,00**	

SON: UN MILLÓN SESENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

INFORME MENSUAL DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL E INFORME DE EVIDENCIAS DEL MES DE FEBRERO DEL 2025

SE ADJUNTAN DOCUMENTOS SOLICIDADOS, CERTIFICADO SALUD Y PENSIÓN, RUT, EXAMEN OCUPACIONAL, CONSTANCIA DE INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SIGA, CERTIFICACIÓN ARL, CERTIFICADO BANCARIO, POLIZA, CERTIFICACIÓN POR DEPENDIENTES.

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

LUZ STELLA OROZCO VARGAS
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,

LUDWIG MAURICIO ROJAS DELGADO
INSTRUCTOR G10

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
HEBERTH HERNANDO GARCIA TAMAYO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 34556846		OROZCO VARGAS LUZ STELLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 6 9 16	POPAYAN-CAUCA	8205280	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	1221627716	9480758656	I	2025/02/12	2025/01/27	BANCOLOMBIA	0	$457,900

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	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	34556846	OROZCO LUZ																		25-14	30	$1,480,000	$236,800	EPS037	30	$1,480,000	$185,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,480,000	$36,100	0	$0	$0	No	$457,900
Total	**Afiliados(1)**																						$1,480,000	$236,800			$1,480,000	$185,000			$0	$0			$1,480,000	$36,100		$0	$0		$457,900

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 34556846		OROZCO VARGAS LUZ STELLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 6 9 16	POPAYAN-CAUCA	8205280	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	1221627716	9480758656	I	2025/02/12	2025/01/27	BANCOLOMBIA	0	$457,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$236,800	$0	$0	$236,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$236,800	$0	$0	$236,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$36,100	$0	$0	$36,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$36,100	$0	$0	$36,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,000	$0	$0	$185,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$185,000	$0	$0	$185,000
TOTAL				**1**	**$457,900**	**$0**	**$0**	**$457,900**

CERTIFICA

Que la persona relacionada a continuación, en cumplimiento a lo establecido en las normas legales vigentes, ha cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

Datos del COTIZANTE	
CC 34556846 LUZ STELLA OROZCO VARGAS	
Estado Cotizante:	**Vigente**
Causal:	
Semanas Cotizadas Nueva EPS S.A.:	**625**
Fecha Afiliación:	**01/08/2008**
Fecha Último Periodo Cotizado:	
Fecha Cancelación:	

La presente certificación se expide el día 18 de Febrero de 2025 a solicitud del (de la) interesado(a).

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS

Cordialmente,



Gerencia de Afiliaciones

Nueva EPS S.A.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LUZ STELLA OROZCO VARGAS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **34556846,** se encuentra afiliado/a desde **14/04/2003** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

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



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14729522431

(415)7707212489984(8020) 000001472952243 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 4 5 5 6 8 4 6	4	Impuestos y Aduanas de Popayán 1 7	

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 4 5 5 6 8 4 6	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cauca 1 9	Popayán 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
OROZCO	VARGAS	LUZ	STELLA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cauca 1 9	Popayán 0 0 1

41. Dirección principal: CR 10 9 N 41 BRR SANTA CLARA

42. Correo electrónico: lsov@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 0 6 6 5 6 4 1 7	

CLASIFICACIÓN

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

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 OROZCO VARGAS LUZ STELLA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA

comfacauca

al servicio del trabajador y su familia

NIT. 891500182-0

Calle 2 N # 6 A 54 Barrio Modelo

Popayán - Santander de Quilichao - Puerto Tejada

Cel: 3174378962 - Tel: (032) 8206860

E-mail: ips@comfacauca.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 101.092

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
30 DIA	06 MES	2023 AÑO	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

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

PARTICULARES POPAYAN SALUD OCUPACIONAL	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)

OROZCO VARGAS LUZ STELLA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres	FEMENINO	55 AÑOS 3 MESES 4 DÍAS	CC (Tipo)	34556846 (Número)
Cargo: INSTRUCTOR				

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CONDICIONES DE SALUD QUE REQUIEREN RECOMENDACIONES MEDICAS PARA QUE EL TRABAJADOR PUEDA DESEMPEÑAR SU LABOR

Observaciones: *PUEDE DESEMPEÑARSE EN EL CARGO TIENE RECOMENDACIONES ESPECIFICAS A CUMPLIR.*

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:

PAQUETE OPTOMETRICO ✓	HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA) AUTOMATIZADO ✓
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	PERFIL LIPIDICO MAS GLICEMIA ✓
UROANALISIS ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO	USO DE EPP : SE LE RECOMIENDA DE MANERA ESPECIAL EL USO DE LOS E.P.P. LA REALIZACIÓN DE PAUSAS ACTIVAS , POSTURAS ERGONOMICAS Y ADECUADO MANEJO DE CARGAS. EVITAR ACTOS INSEGUROS QUE PUEDAN CAUSAR UN ACCIDENTE LABORAL.	HÁBITOS SALUDABLES : DIETA SANA, EJERCICIO CONSTANTE , TIEMPO ADECUADO PARA EL DESCANSO Y LA RECREACION NO LICOR, NO CIGARRILLO NI DROGAS. CONTROLES MEDICOS PREVENTIVOS EN SU EPS.
USAR CORRECCIÓN VISUAL	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE CARDIOVASCULAR	HACER DEPORTE
VALORACIÓN POR EPS : VALORACION MEDICO NUTRICIONAL EN SU EPS PARA EVALUACION Y MANEJO INTEGRAL DE SU CONDICION DE PESO ACTUAL VALORACION DE HEMOGRAMA POR MEDICINA GENERAL	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
	SVE OSTEOMUSCULAR	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PACIENTE EVALUADA PARA EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO, EVIDENCIANDOSE CONDICIONES CLINICAS DE ORIGEN COMUN NO ASOCIADA A CAUSALES DE RESTRICCION LABORAL PREVIA Ó ACTUAL PARA EL CARGO . NO INDICIOS NI PATOLOGIA DE ORIGEN LABORAL. NIEGA COVID 19 NI SINTOMAS SUGESTIVOS EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS. VACUNA COVID-19: SI 2 DOSIS. . PARACLINICOS COMPLEMENTARIOS REVIZADOS : VISIOMETRIA, UROANALISIS, HEMOGRAMA, GLICEMIA Y PERFIL LIPIDICO. PUEDE DESEMPEÑARSE EN EL CARGO , DEBE CUMPLIR CON RECOMENDACIOINES ESPECIFICAS IMPARTIDAS. EVALUACION OSTEOMUCULAR: RESPUESTA FUNCIONAL ACEPTABLE PARA EL CARGO.

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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Scanned by TapScanner

Ficha de Evaluacion Ocupacional

Dr. Leonardo Africany Villamil
Optómetra - Reg 01 Cauca

IPS

Fecha 30 jun 23 **Nombre** Luz Stella Orozco Vargas ID: 34556846. Edad 55 Sexo Tel: 3206656417

Entidad SENA Area de Trabajo: Cargo Instructora

Antecedentes Diabetes HTA Tto Qx Trauma Ocular LASIK ✔ Gafa VL ✔ VP

Tipo de gafa que usa: **Monofocal** **último control : Más de 1 año**

Sintomatología

Cefalea Lagrimeo Ardor Ojo Rojo Escosor Baja Av Vl Baja AV Vp Dolor Ocular

Astenopia Secreción Fosfenos Fotofobia Salto de renglones Confusión de letras o Renglones

Riesgos Ocupacionales Humo Radiación Infra Roja Radiación Ultra Violeta Iluminacion Baja Iluminacion Alta

Polvo Disolventes Vapores Liquidos Riesgos Ergonomicos Monitores Nivel de estress

Esquirlas Aire Acondicionado Tiempo de Exposicion dia: Tiempo de exposicion acumulado:

Agudeza Visual Habitual en Visión Lejana

AV VL CC Av OD: 20/20 AV OI: 20/20 AV A.O : 20/20 Stereopsis: Normal

Vision del Color: **Normal** Visión Binocular Foria VL:

Agudeza Visual Habitual en Visión Próxima

✔ AVVPCC A.V OD 1.50M A.V OI: 1.50M A.V AO: 1.50M Stereopsis: 60 Seg VB Foria VP:

Rx OD: Sin cambipos **Rx OI: Sin cabios** Av OI: Add OD: Av:

Vision del Contraste OD: **Normal** Visión del Contraste OI: **Normal** Add OI: Av:

Gata Recomendada:

Presion Intra Ocular:

PIO OD 10 PIO OI: 10 **Papila OD: Normal** **Papila OI: Normal**

Dx Refractivo Presbicie Dx Vision Binocular Dx Patologia:

Evaluado Por: Africany Remitido a Optometria Remitido a Oftalmologia

Notas: Usa ODI Vp -2,25 **Se recomeinda la gafa e Vp**



Scanned by TapScanner

LABORATORIO CLINICO AGUSTIN RENTERIA

DRA. ANA ROSA P. DE RENTERÍA
Bacterióloga

DRA. MARTHA ISABEL RENTERÍA P.
Patóloga

DRA. CARMEN ELISA RENTERIA P.
Bacterióloga

Nombre	:	**LUZ STELLA OROZCO VARGAS**
Identificación	:	34556846
Edad	:	55 años
Entidad	:	Comfacauca IPS
Fecha toma de muestra	:	Junio 30/2023
Fecha informe de muestra	:	Junio 30/2023

PERFIL DE LIPIDOS

COLESTEROL TOTAL: 180 mg/dl
Valor ideal : menor de 200

COLESTEROL HDL: 53.0 mg/dl
Hombres y mujeres postmenopáusicas: Mayor de 35
Mujeres premenopáusicas: Mayor de 45

COLESTEROL LDL: 112.8 mg/dl
Valor ideal: hasta 100

V. L. D. L.: 14.2 mg/dl
Referencia: 20 a 30

TRIGLICERIDOS: 71 mg/dl
Valor ideal: menor de 200

INDICE ARTERIAL: 3.40
Normal hombres: 3.8 a 5.9
Normal mujeres: 3.1 a 4.6

RELACION C-LDL/C-HDL: 2.13
Riesgo alto: > 5
Riesgo medio: 3 - 5
Riesgo bajo: < 3

INTERPRETACION EXCLUSIVAMENTE DEL MEDICO.

Carmen Elisa Rentería P.
Bacterióloga Especializada
Universidad del Valle

Carrera 8a. No. 2 - 44 Edificio Hormaza Apto 101 Tel. 8240289
Calle 15N No. 2 - 256 Centro Médico Quirúrgico Tels. 8237103 - 8239649 - 8239908 Celular 320 295 2631

Scanned by TapScanner

LABORATORIO CLINICO AGUSTIN RENTERIA

DRA. ANA ROSA P. DE RENTERIA
Bacteriólogo

DRA. MARTHA ISABEL RENTERIA P.
Hematóloga

DRA. CARMEN ELISA RENTERIA P.
Bacteriólogo

Nombre	:	**LUZ STELLA OROZCO VARGAS**
Identificación	:	34556846
Edad	:	55 años
Entidad	:	Comfacauca IPS
Fecha toma de muestra	:	Junio 30/2023
Fecha informe de muestra	:	Junio 30/2023

UROGRAMA

FISICO QUIMICO

Color: Amarilla	Albumina : ----
Aspecto : Lig. Turbio	Glucosa : -----
Sedimento : ----	C. Cet. : ------
Densidad : 1.030	Pig. Biliares : ----
P.H. : 6.0	Hemoglobina : **Trazas**
Moco : **----**	Urobilinogeno : ----
	Nitritos : ----

MICROCOSPICO

Leucocitos : Escasos
Hematies Eumorficos : Ocasionales
Hematies Dismorficos : ----
Celulas Bajas : +
Celulas Altas : --
Cristales : -----
Oxalatos de Ca : ---
Bacterias : ++

Gram de orina sin centrifugar:

CILINDROS

- Hialinos : ----
- **Hematicos** : ----
- Granulosos Anchos : ----
- Granulosos Finos : ----
- Cereos : ----
- Grasos : ----

INTERPRETACION EXCLUSIVAMENTE DEL MEDICO

Carmen Elisa Renteria P.
Bacteriólogo
Universidad del Cauca

Scanned by TapScanner

LABORATORIO
CLINICO RENTERIA
Carrera 8 #2_44
EDIFICIO HORMAZA
POPAYAN - CAUCA

6

2023/06/30 12:25:19

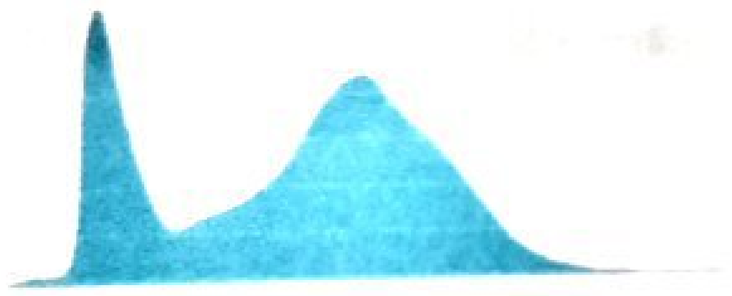
Tipo: Human / Closed / Humano

NOMBRE : LUZ STELLA OROZCO VARGAS

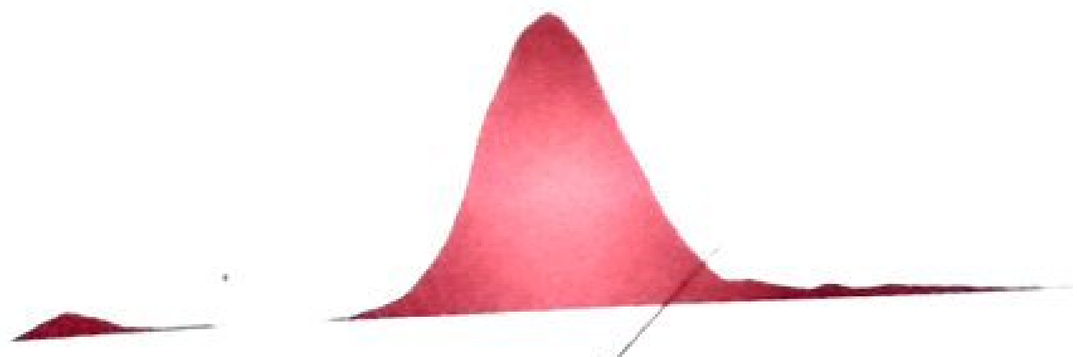
CC/TI/RC : 34556846

COMENTARIO : Comfacauca IPS

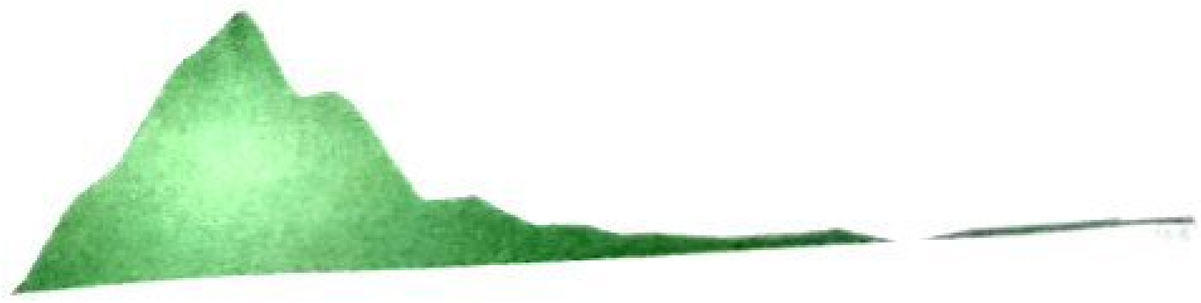
WBC	7.2	$10^3/\mu L$	[3.7 - 11.7]	LYM	1.9	$10^3/\mu L$	[1.1 - 4.8]
MID	0.4	$10^3/\mu L$	[0.2 - 1.2]	GRA	4.8	$10^3/\mu L$	[1.9 - 7.9]
LYM%	26.6	%	[14.1 - 52.8]	MID%	6.1	%	[3.2 - 17.7]
GRA%	67.3	%	[39.6 - 78.4]				



RBC	4.00	$10^6/\mu L$	[3.85 - 5.79]	HGB	11.3	↓ g/dL	[12.0 - 17.2]
MCV	86.6	fL	[78.0 - 96.0]	HCT	34.6	↓ %	[34.8 - 50.9]
MCH	28.20	pg	[26.40 - 33.70]	MCHC	32.6	g/dL	[31.8 - 36.7]
RDWsd	37.1	fL		RDWcv	14.7	%	[13.1 - 24.6]



PLT	283	$10^3/\mu L$	[177 - 440]	MPV	8.4	fL	[8.1 - 9.1]
PCT	0.24	%	[0.07 - 0.49]	PDWcv	50.5	%	
PDWsd	10.6	fL		PLC-R	44	%	
PLC-C	125	$10^3/\mu L$					



Carmen Renteria P.
Bacteriologa Especializada
Mat. Profesional Especiana
No. 3026

Scanned by TapScanner

LABORATORIO CLINICO AGUSTIN RENTERIA

DRA. ANA ROSA P. DE RENTERÍA
Bacteriólogo

DRA. MARTHA ISABEL RENTERÍA P.
Patóloga

DRA. CARMEN ELISA RENTERÍA P.
Bacteriólogo

Nombre	:	**LUZ STELLA OROZCO VARGAS**
Identificación	:	34556846
Edad	:	55 años
Entidad	:	Comfacauca IPS
Fecha toma de muestra	:	Junio 30/2023
Fecha informe de muestra	:	Junio 30/2023

EXAMEN SOLICITADO		**RESULTADO**	***V. REFERENCIA***
Glicemia Basal	:	86 mg/dl	50 – 100 mg/dl

INTERPRETACION EXCLUSIVAMENTE DEL MEDICO.

Scanned by TapScanner



EVALUACION PSICO SOCIAL CON ENFOQUE NEUROPSICOLOGICO

LUZ STELLA OROZCO VARGAS

INFORME DE EVALUACION NEUROPSICOLOGICO

I.DATOS DE IDENTIFICACIÓN

FECHA ACTUAL: 1 JULIO DE 2023	**FECHA INICIO EVALUACION:** 30 DE JUNIO DE 2023
NOMBRE: LUZ STELLA OROZCO VARGAS	
FECHA NACIMIENTO: 25 MARZO DE 1978	**EDAD: 55** AÑOS
ESCOLARIDAD: UNIVERSITARIO	**IDENTIFICACION:** CC 34556846
CELULAR: 3206656417	
REFERIDO POR: PSICOLOGA SST	**INFORMANTE**: PACIENTE

II. MOTIVO DE CONSULTA:

Paciente de 55 años, quien consulta con el fin de realizar evaluación psico social con enfoque neuropsicológico.

III. ANTECEDENTES MEDICOS:

***Patológicos:** Uso de gafas.

***Quirúrgicos:** apendicitis, miomas, enterectomia, hernia epigástrica.

***Traumáticos:** No refiere.

***Farmacológicos:** No refiere.

***Heredofamiliares:** No refiere.

***Evaluaciones y tratamientos:** No refiere.

IV. Hábitos: No tiene hábitos nocivos, sedentaria.

V. Alteración del ciclo del sueño: Ciclo del sueño regulado.

VI. Historia familiar: Paciente que convive con su hijo.

VII. Aspectos emocionales y comporta mentales: Paciente ubicada en tiempo, lugar y persona, buena presentación personal, lenguaje claro y coherente.

VIII. Historia laboral: zootecnista, instructora del Sena, apicultura.

leidystefanyramirezflor@gmail.com
Cel: 3206586236

Powered by CamScanner



IX.INSTRUMENTOS DE EVALUACION UTILIZADOS: (Estrategias de recolección de información).

- Entrevista Clínica.
- Esquema de Diagnóstico Neuropsicológico Ardila-Ostrosky, NEUROPSI.
- Cuestionario de personalidad de EYSENCK.

X.RESULTADOS DE LA EVALUACION

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE EYSENCK EPQ-R:

DIMENSIONES	PD	T	PUNTUACIONES BAJAS CARATERIZAN A UNA PERSONA COMO ...	30	40	50	60	70	PUNTUACIONES ALTAS CARATERIZAN A UNA PERSONA COMO ...
EXTRAVERSION	11	30	Reservada, discreta, socialmente inhibida						Sociable, activa, animada
EMOTIVIDAD	11	45	Relajada, poco preocupada						Aprensiva, ansiosa, y con humor deprimido
DUREZA	2	4	Altruista, empática, y convencional						Impulsiva, creativa, y poco socializada

COMPONENTE COGNITIVO SOCIAL:

Los resultados obtenidos de la prueba de personalidad no permiten ver algunos rasgos de personalidad que se asocian a los comportamientos de las personas, en este caso la paciente se asocia rasgos empatía, solidaridad, de pocos amigos, no obstante no le cuesta hacer nuevas amistades, suele disfrutar de reuniones sociales, pero gusta más de espacios tranquilo, sin ruido o albortos, mostrándola como una persona convencional y tranquila, suele ser mostrar pocas conductas ansiosas o de preocupación extrema, no obstante le cuesta hablar poco de sus emociones, resuelve rápidamente situaciones del trabajo y familiares, con facilidad se pone en los zapatos de los demás, cuenta con buenos mecanismo de defensa frente al estrés, no se evidencian síntomas asociados a psicotisismos, grados altos de estrés o enfermedad mental.

leidystefanyramirezflor@gmail.com
Cel: 3206586236

Powered by CamScanner



ESQUEMA DE DIAGNÓSTICO NEUROPSICOLÓGICO ARDILA-OSTROSKY, NEUROPSI.

A la usuaria Luz Stella se le aplica la NEUROPSI (Atención y Memoria) con el propósito de indagar sus funciones básicas superiores cerebrales, evidenciando los siguientes resultados:

A. ATENCION Y MEMORIA

Con base en los hallazgos encontrados se puede deducir que la paciente presenta un rendimiento normal a nivel de Orientación en tiempo, persona y espacio, lo que implica adecuados niveles de alerta y estado general de activación, para responder conscientemente a los estímulos medioambientales tanto propioceptivos como exteroceptivos.
A nivel de Atención y Concentración, se evidencia conservación de funciones tanto visuales como auditivas para retener información inmediata, focalizar su atención por periodos, respondiendo adecuadamente a las demandas del medio.
La paciente presenta mejor funcionalidad visual que auditiva.

B. FUNCIONES EJECUTIVAS

Se evidencian conservación en funciones ejecutivas las cuales se asocian a flexibildad cognitiva, planeación y organización, en las cuales la paciente presenta un desempeño normal, ejecuta sus tareas sin limitaciones, algunas tareas le toman más tiempo que otras, pero en términos generales, las ejecuta con velocidad.

Se conservan funciones motoras, indicando capacidad para realizar movimientos y acciones planificadas.

No obstante, es importante resaltar que se encontró un menor rendimiento en acciones como flexibilidad cognitiva, funciones que están relacionadas con estrategias cognitivas para resolver de forma clara y eficiente problemas de la vida diaria, así como regulación frente al estrés y cambios de estados de ánimo, ante aquellas situaciones que para ella pueden ser injustas o no están bajo su control.

CURVA DE MEMORIA:

La Memoria de trabajo se evidencio conservación para las tareas de retención de dígitos y cubos en regresión, M. lógica prom. Historias, M. Verbal Claves, lo que evidencia que la paciente presenta buena retención y evocación de información de forma acertada y en función del tiempo, la paciente codifica información de orden visual y auditivo, devela conservación de sus dispositivos para la adquisición de información externa, mantiene conservación en la curva de aprendizaje a través de los ensayos.

leidystefanyramirezflor@gmail.com
Cel: 3206586236

Powered by CamScanner



PUNTUACIONES TOTALES	PUNTUACIÓN NATURAL	PUNTUACIÓN NORMALIZADA	NIVEL
Total atención y funciones ejecutivas	110	115	Normal
Total memoria	186	128	Normal alto
Total atención y memoria	238	94	Normal

PUNTUACIÓN TOTAL NORMALIZADA	CLASIFICACION
116 en adelante	NORMAL ALTO
85-115	NORMAL
70-84	ALTERACIÓN LEVE
69 O MENOS	ALTERACIÓN SEVERA

XI.OBSERVACIONES DE LA CONDUCTA:

Paciente orientada en tiempo, lugar y persona, discurso coherente, lenguaje fluido, buena disposición en tarea, persistente, locuaz.

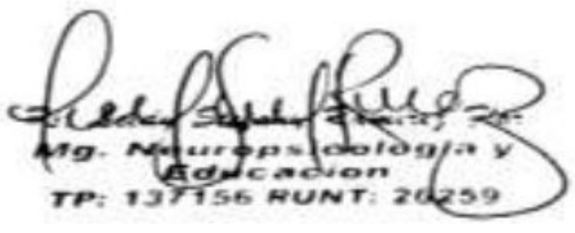
XII.CONCLUSIONES:

Paciente que devela funcionamiento cognitivo y neuropsicológica dentro de los parámetros normales, no se evidencia signos de enfermedad mental, que le impidan realizar algún tipo de trabajo, cuenta con mecanismo de afrontamiento frente a situaciones de la vida diaria.

XIV.RECOMENDACIONES:

- Realizar alguna actividad deportiva y/o cultural que sea de su preferencia como aporte al desarrollo de su disciplina y el fortalecimiento de su condición emocional, social y mental.
- Entrenar y practicar ejercicios de gimnasia cerebral.

FIRMA



LEIDY STEFANY RAMIREZ FLOR
Psicóloga Reg. 137156 COLPSI
Fundación universitaria de Popayán.
Magister Neuropsicología y educación.
Universidad internacional de la Rioja- España

leidystefanyramirezflor@gmail.com
Cel: 3206586236

Powered by CamScanner



ID: 34556846
luz stella orozco
Femenino 55Años

26-01-2024 14:31:40

FC	:	85	bpm
P	:	97	ms
PR	:	133	ms
QRS	:	75	ms
QT/QTc	:	355/422	ms
P/QRS/T	:	59/29/40	°
RV5/SV1	:	1.229/0.594	mV

Información de Diagnostico:
Ritmo del sino
ECG Normal

[redacted] Informe confirm por:

EDAN SE-601 A / B / C

Ritmo: I EDAN SE-601 A / B / C

Powered by CamScanner

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) LUZ STELLA OROZCO VARGAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 34556846 realizó el día 08/03/2025 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 LUZ STELLA OROZCO VARGAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 34556846 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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 23/02/2025

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	899999034	**Cédula Usuario:**	CC 6199170
Nombre:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA				
Dirección:	CLL 57 NO 8-69				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	abustamante@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 6199170	HEBERTH HERNANDO GARCIA TAMAYO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	738	24/02/2025	CC 34556846	OROZCO VARGAS LUZ	2	1.044	**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.

06EC68ACFFB19DE9265C5A43EFF3E157 Certificado impreso el día 2/23/2025 7:27:01 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

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

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

LUZ STELLA
OROZCO VARGAS
34556846

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
899999034

Este carné es personal e intransferible.

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

POPAYAN, **04/02/2025**
CAUCA,
COLOMBIA,
CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor LUZ STELLA OROZCO VARGAS** con **Cédula de Ciudadanía** número **34556846**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**197000100812**
Fecha de apertura	**15/05/2017**

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:
TULUA	AGENCIA TULUA	52	52-46-101005342	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
24	02	2025	24	02	2025	00:00	19	04	2026	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		IDENTIFICACIÓN:	
OROZCO VARGAS LUZ STELLA			C.C. :34,556,846
DIRECCIÓN:	CIUDAD:		TELÉFONO:
CARRERA 68 2B -11 BARRIO CALDAS	CALI - VALLE		3206656417

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN:	
SENA CENTRO AGROPECUARIO DE GUADALAJARA DE BUGA VALLE DEL CAUCA			NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN:	CIUDAD:		TELÉFONO:
CARRETERA CENTRAL, VARIANTE BUGA, TULUA	BUGA - VALLE		2376300
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.7545114 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES O DE APOYO A LA GESTIÓN EN PLANEACION Y EJECUCIÓN DE FORMACIÓN ASI COMO EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE APRENDIZAJE DEFINIDOSEN DISENOS CURRICULARES ASIGNADOS PARA DESARROLLO DE HABILIDADES Y COMPETENCIAS TÉCNICAS DE POBLACION CAMPESINA, APORTANDO AL FORTALECIMIENTO DE ECONOMÍA POPULAR,FAMILIAR,ETNICA Y COMUNITARIA,EN CONCORDANCIA CON LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR DSNFTYCOORDINACIÓNNACIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL,DIFERENCIAL E INCLUYENTE A LA ECONOMIAPOPULARCAMPESENA

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	24/02/2025	19/04/2026	$ 4,538,184.20

ACLARACIONES:

VALOR PRIMA NETA:	GASTOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
$ 20,838.35	$ 8,000.00	$ 5,479.29	$ 34,317.64	$ 4,538,184.20	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
GLORIA ISABEL SOTO VELASCO	91929	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 CALLE 28 NO. 26-63 - TELÉFONO: 2247827 - TULUA

52-46-101005342
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. 52-46-101005342, 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 TULUA, a los 24 días del mes de Febrero 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°: 52461010053420

FECHA	
CONTADO	

RECIBIMOS DE: OROZCO VARGAS LUZ STELLA C.C. C.C. :34,556,846

LA SUMA DE: TREINTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS DIECISIETE CON SESENTA Y CUATRO CENTAVOS PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 52-46-101005342

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
AGENCIA TULUA - CU. ESTATAL - 101005342 - 0 - 0	$ 20,838.35	$ 8,000.00	$ 5,479.29	$ 34,317.64

FORMA DE PAGO

EFECTIVO:	$ 34,317.64
CHEQUE:	$ 0.00
TARJETA:	$ 0.00
BD:	$ 0.00
OTROS:	$ 0.00
TOTAL:	$ 34,317.64

INTERMEDIARIO: GLORIA ISABEL SOTO VELASCO - 91929

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°: 52461010053420

FECHA	
CONTADO	

RECIBIMOS DE: OROZCO VARGAS LUZ STELLA C.C. C.C. :34,556,846

LA SUMA DE: TREINTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS DIECISIETE CON SESENTA Y CUATRO CENTAVOS PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 52-46-101005342

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
AGENCIA TULUA - CU. ESTATAL - 101005342 - 0 - 0	$ 20,838.35	$ 8,000.00	$ 5,479.29	$ 34,317.64

FORMA DE PAGO

EFECTIVO:	$ 34,317.64
CHEQUE:	$ 0.00
TARJETA:	$ 0.00
BD:	$ 0.00
OTROS:	$ 0.00
TOTAL:	$ 34,317.64

INTERMEDIARIO: GLORIA ISABEL SOTO VELASCO - 91929

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.52-46-101005342

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

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

POPAYAN, 24 de Febrero del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
POPAYAN

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:

TI	1059242639	MIGUEL ANGEL AGREDO OROZCO	Hijo(a)

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

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

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

Cordialmente,



LUZ STELLA OROZCO VARGAS
C.C. 34556846

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.059.242.639

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 52795941

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [01] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código F 3 H

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

COLOMBIA - CAUCA - POPAYAN

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
AGREDO	OROZCO

Nombre(s): MIGUEL ANGEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2009 Mes SEPTIEMBRE Día 04	MASCULINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA CAUCA POPAYAN

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
SOLICITUD ESCRITA DEL INTERESADO	**********

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: OROZCO VARGAS LUZ STELLA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. NO 34.556.846 DE POPAYAN CAUCA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: AGREDO FERNANDEZ ALVEIRO ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No 10.542.825 POPAYAN	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres cómpletos: AGREDO FERNANDEZ ALVEIRO ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No 10.542.825 POPAYAN	Alveiro Antonio A.

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	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2013 Mes OCTUBRE Día 16	MARIO FERNANDO ROSERO HERRERA Nombre y firma

REPÚBLICA DE COLOMBIA - Reinaldo Rosero Mena - Notario Tercero - POPAYAN - CAUCA

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 830.175.457-4 TEL. 430 2110

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Powered by CamScanner