SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL BOYACÁ

CENTRO MINERO-BOYACÁ

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

Código Regional	**15**
Código Centro	**911110**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**92165-319938**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	CEIDY GERALDINE PATIÑO CASTILLO	**Banco a consignar:**	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	1.057.587.488	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	cgpatino@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	24057610168
IP/Nº de contacto:	3143971989	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2024**	NO

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

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	7581926/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**21825**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	9

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONALES: RADICADO NO 15-9-2025-003520 - PRESTAR TEMPORALMENTE LOS SERVICIOS PROFESIONALES EN LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIAS LABORALES DEL SENA, Y CONSTRUCCIÓN Y REVISIÓN DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN, EN LAS FUNCIONES PROD

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**03/03/2025 Al 31/03/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 34.405.199
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 34.405.199
Valor Bruto Pago:	**$ 3.822.800,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 30.582.399

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.822.800	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	**$ 3.822.800**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.241.620**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

		Marzo	Febrero			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**7957935472**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.241.620,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.529.120	$ 0	Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.822.800,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 191.200	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 244.700	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL	II	$ 16.000	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		Reteica - 8299	0,00	1,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	1,000%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	1,000%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -		-	0,00	1,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		$ 382.280		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 796.784	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 29.505.907	$ 747.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0					
				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$3.822.800,00**	

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS VEINTIDOS MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1. Verificacion y atencion de solicitudes
2. Programacion anual de normas a certificar en el año
3. Verificacion y cargue de documentacion de proyectos de evaluacion
4. Creacion del proyecto 2025-15-9111-1058 asociado a las normas 280201243 y 280201246
5. Solicitud de de construccion de instrumentos a trabajar en el año

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

CEIDY GERALDINE PATIÑO CASTILLO
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,

MANUEL DE JESUS GUERRA MORENO
PROFESIONAL G02

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

EL ORDENADOR DEL PAGO
ANGELA MARIA MONTOYA CASTRO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

18/03/25 12:07:03 USUARIO: SIC - C.C. 1057587488

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1057587488
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CEIDY GERALDINE PATINO CASTILLO
CIUDAD/MUNICIPIO:	SOGAMOSO	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CRA 11A 19-16	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**7957935472**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/02/28	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1298365624

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 0	$ 227.800
SUBTOTALES:										**$ 227.800**	**$ 0**	**$ 227.800**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 178.000
SUBTOTALES:													**$ 178.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 178.000**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF10	CCF10-COMFABOY	1	$ 8.600	$ 0	$ 8.600
SUBTOTALES:			**$ 8.600**	**$ 0**	**$ 8.600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD					ARP															
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1057587488	PATIÑO CASTILLO CEIDY GERALDINE	INDEPEND		$ 1.590.624				NO		C-30						01-30										25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000				$ 0	$ 0	30	$ 1.423.500	CCF10-COMFABOY	$ 8.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 414.400

Planilla Pagada

Bogotá, Febrero / 27 de 2025

Señor (a): CEIDY GERALDINE PATIÑO CASTILLO
CC. 1057587488
CR 11 A 19 16
SOGAMOSO

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Enero / 1 de 2025, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.
Elaboró: *Oficina Virtual*

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

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CEIDY GERALDINE PATIÑO CASTILLO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1057587488,** se encuentra afiliado/a desde **01/10/2017** 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 27 de febrero de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **CEIDY GERALDINE PATIÑO CASTILLO** identificado con **CC** No. **1057587488**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 03/03/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 03/03/2025 **Fecha fin de Contrato:** 14/11/2025 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 2

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20250101398228.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 4 días del mes de marzo de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010

Gmail **CEIDY GERALDINE PATIÑO CASTILLO <ceidygeral@gmail.com>**

ecollect: 100000194 - Estampilla Pro-UPTC Confirmación #1345130565 BANCO CAJA SOCIAL

1 mensaje

ecollect <pagos@ecollect.co> 18 de marzo de 2025, 9:02
Para: ceidygeral@gmail.com
Cc: ingresos@uptc.edu.co, control.pagoestampillas@uptc.edu.co

Su transacción fue **APROBADA** por la Entidad Financiera

Estamos enviando el comprobante de tu transacción realizada en **UPTC - UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA NIT 8918003301**

Resumen de la Transacción

Usuario Pagador	1057587488
Descripción del Pago	100000194 - Estampilla Pro-UPTC
No. Transacción eCollect	127645735 Descargar PDF aquí
No. Autorización/CUS	1345130565
Fecha y Hora	18/03/2025 08:59:00 a.m.
Medio de Pago	BANCO CAJA SOCIAL
No. Recibo	7689928 Descargar PDF aquí
Detalle de la transacción	

Total Pagado $ 38,250.00

Detalle de la Transacción:

Descripción	Cantidad	Valor Pagado
100000194 - Estampilla Pro-UPTC	1	$ 38,250.00

La información aquí registrada es responsabilidad del usuario, ya que la estampilla es un documento digital único que no podrá ser modificado, para garantizar su integridad. De acuerdo a la Ordenanza 030 del 2005, el valor cancelado debe ser igual al 1% del valor total del contrato en múltiplos de mil. Cualquier inquietud escribir al correo cartera.estampillas@uptc.edu.co.

Guarda el comprobante generado para futuras aclaraciones

Uptc
Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA

ESTAMPILLA PRO DESARROLLO UPTC
ORDENANZA 030 DE 2005

ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL DE ALTA CALIDAD
MULTICAMPUS
RESOLUCIÓN 3910 DE 2015 MEN / 6 AÑOS

Número Estampilla	7689928
Contratista:	CEIDY GERALDINE PATIÑO CASTILLO
C.C. / Nit / Identificación Contratista:	1057587488
Objeto del Contrato	Prestar temporalmente los servicios profesionales en la Evaluación y Certificación de Competencias Laborales del SENA, y construcción y revisión de instrumentos de evaluación, en las funciones productivas o áreas claves de Agua Potable y
Contratante:	SENA - 899999034 /NIT



Numero de Contrato:	7581926	Vigencia:	2025
Base Gravable	$3822800	Tarifa: 1% del valor neto de cada contrato	$ 38,250.00
Fecha de Pago:	18/03/2025		

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Sogamoso, MARZO de 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

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

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

T.I.	**1.145.428.193**	**JUAN JOSE MORANTES PATIÑO**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

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

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



_____
FIRMA
Nombre: CEIDY GERALDINE PATIÑO CASTILLO
C.C. 1.057.587.488

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

REPUBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.145.428.193

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 54541583

* 54541583 *

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** D U Q

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

REGISTRADURIA DE SOGAMOSO H. R. SOGAMOSO - COLOMBIA - BOYACA - SOGAM

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MORANTES	PATIÑO

Nombre(s)

JUAN JOSE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2016 Mes SEP Día 27	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA BOYACA SOGAMOSO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	13619217-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

PATIÑO CASTILLO CEIDY GERALDINE

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.057.587.488	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

MORANTES HIGUERA FABIAN CAMILO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.057.577.889	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PATIÑO CASTILLO CEIDY GERALDINE

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.057.587.488	

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 2016 Mes SEP Día 28	CARLOS ARIEL PEREZ DIAZ - REGISTR Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
x Firma	Nombre y firma

REGISTRADURIA DEL ESTADO CIVIL
SOGAMOSO - BOYACÁ

ESPACIO PARA NOTAS

28.SEP.2016 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 10 FOLIO 0077

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
19601414-7

El suscrito Registrador Municipal del Estado Civil
CERTIFICA
que el presente documento es fotocopia autentica tomada del original que reposa en el despacho

Fecha: 29 SEP 2016

REGISTRADOR DEL ESTADO CIVIL

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) CEIDY GERALDINE PATIÑO CASTILLO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1057587488 realizó el día 18/03/2025 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 CEIDY GERALDINE PATIÑO CASTILLO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1057587488 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) CEIDY GERALDINE PATIÑO CASTILLO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1057587488 el día 18/03/2025 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

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

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1057587488 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 27/02/2025 11:45 PM

Código Verificación: **TSAJ472UDG**

Válida hasta: **29/05/2025**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14985796644

(415)7707212489984(8020) 000001498579664 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 5 7 5 8 7 4 8 8	8	Impuestos y Aduanas de Sogamoso 2 6	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 5 7 5 8 7 4 8 8	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Sogamoso 7 5 9

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PATIÑO	CASTILLO	CEIDY	GERALDINE

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Sogamoso 7 5 9

41. Dirección principal: CR 11 A 19 16 BRR SAN MARTIN

42. Correo electrónico: ceidygeral@gmail.com

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

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 1 1 2	2 0 2 4 0 2 0 1	7 4 9 0	2 0 1 8 0 8 3 1	7 0 2 0	4 2 9 0		2 2 1 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 PATIÑO CASTILLO CEIDY GERALDINE

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Adriana Arciniegas
Salud ocupacional
Medicina Integrativa Y Salud Ocupacional

Adriana Arciniegas
Cc 63338736, licencia SO 1430
Carrera 9 No 11-55 Cel: 318 530 5727
Correo es adrianaarciniegasmd@gmail.com
Sogamoso - Boyacá



ANEXO DE EXAMEN FÍSICO DE VALORACIÓN OSTEOMUSCULAR

DATOS PERSONALES

Ciudad y Fecha: SOGAMOSO (BOYACÁ, COLOMBIA) 20/09/2023 - 10:00 A. M.
Tipo Evaluación Medica: EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO
Empresa: SENA **Cargo:** INGENIERA AMBIENTAL
Nombres y Apellidos: PATIÑO CASTILLO CEIDY GERALDINE **:CC** 1057587488 **de** SOGAMOSO **Fecha de Nacimiento:** 24/07/1991 12:00
Edad: 32 AÑOS 1 M **Lugar de Nacimiento:** SOGAMOSO (BOYACÁ, COLOMBIA) **Dir. Residencia:** CRA 11A N 19 16
Estudios: POSTGRADO **Estado Civil:** SOLTERO(A) **E.P.S:** COMPENSAR **A.F.P:** COLPENSIONES **A.R.L:** POSITIVA

ANTECEDENTES RIESGOS ERGONOMICOS

Empresa	Cargo	Manipulación	Postura Habitual	Movimiento	Tiempo

POSTURA ESTÁTICA

ABDOMEN	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
CABEZA	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
HOMBROS	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
MIEMBROS INFERIORES	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
MIEMBROS SUPERIORES	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
OTRA ¿CUÁL?	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
PELVIS	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
TRONCO	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL

ARCOS DE MOVILIDAD

CODO EXTENSIÓN 180°	NORMAL
CODO FLEXIÓN 145°	NORMAL
CODO PRONACIÓN 90°	NORMAL
CODO SUPINA 90°	NORMAL
CUELLO-REGION CERVICAL EXTENSIÓN 30°	NORMAL
CUELLO-REGION CERVICAL FLEXIÓN 30°	NORMAL
CUELLO-REGION CERVICAL INCLINACIÓN 30°	NORMAL
CUELLO-REGION CERVICAL ROTACIÓN 30°	NORMAL
DEDOS DE LA MANO ABDUCCIÓN 20°	NORMAL
DEDOS DE LA MANO ADUCCIÓN 20°	NORMAL
DEDOS DE LA MANO EXTENSIÓN 40°	NORMAL
DEDOS DE LA MANO FLEXIÓN 90°	NORMAL
HOMBRO ABDUCCIÓN 180°	NORMAL
HOMBRO ADUCCIÓN 30-45°	NORMAL
HOMBRO CIRCUNDUCCIÓN 360°	NORMAL
HOMBRO EXTENSIÓN 30°	NORMAL
HOMBRO FLEXIÓN 180°	NORMAL
HOMBRO ROTACIÓN EXTERNA 90°	NORMAL
HOMBRO ROTACIÓN INTERNA 90°	NORMAL
MUÑECA DESVIACIÓN EXTERNA 45°	NORMAL

MUÑECA DESVIACIÓN INTERNA 15°	NORMAL
MUÑECA FLEXIÓN DORSAL 80°	NORMAL
MUÑECA FLEXIÓN PALMAR 85°	NORMAL
OTRA ¿CUÁL?	

EXTREMIDADES SUPERIORES	
FINKELSTEIN DERECHO	NEGATIVO
FINKELSTEIN IZQUIERDO	NEGATIVO
OTRA ¿CUÁL?	
PHALEN DERECHO	NEGATIVO
PHALEN IZQUIERDO	NEGATIVO
TINEL DERECHO	NEGATIVO
TINEL IZQUIERDO	NEGATIVO

EXTREMIDADES INFERIORES	
LASSEGUE DERECHO	NEGATIVO
LASSEGUE IZQUIERDO	NEGATIVO

COLUMNA VERTEBRAL	
CIFOSIS DORSAL	NO
ESCOLIOSIS	NO
ESPALDA PLANA	NO
LORDOSIS CERVICAL	NO
LORDOSIS LUMBAR	NO
OTRA ¿CUÁL?	
PRUEBA DE SCHOBER	CMS
RECTIFICACIÓN (SEGMENTO?)	NO
ROTOESCOLIOSIS	NO
TEST DE WELLS	NORMAL

OBSERVACIONES

MÉDICO

Nombre: ARCINIEGAS OCHOA ELSA ADRIANA
R. M.: 09665 **L.S.O.:** 1430

TRABAJADOR

Nombre: PATIÑO CASTILLO CEIDY GERALDINE
CC 1057587488

Adriana Arciniegas
Medicina Integrativa Y Salud Ocupacional

Adriana Arciniegas
Cc 63338736, licencia SO 1430
Carrera 9 No 11-35 Cel: 318 530 3727
Correo es adrianaarciniegasmd@gmail.com
Sogamoso - Boyacá



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 61

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
20 DÍA	09 MES	2023 AÑO	SOGAMOSO (BOYACÁ, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO

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

PARTICULARES CONTADO	SENA
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)

PATIÑO CASTILLO CEIDY GERALDINE	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	32 AÑOS 1 MESES 27 DÍAS	CC	1057587488
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INGENIERA AMBIENTAL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *REVISIÓN POR: OPTOMETRIA, CUADRO HEMATICO, GLICEMIA- PERFIL LIPIDICO-OSTEO-CARD, PRUEBA PSICO*

NO APLICA	PARA MANIPULAR ALIMENTOS Y CUMPLE CON LOS REQUISITOS
NO APLICA	PARA TRABAJAR EN ALTURAS
NO APLICA	PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	-	NO APLICA

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

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL - CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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 ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón 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 legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

E. ADRIANA ARCINIEGAS O
Medico Especialista
Salud Ocupacional
Lic. 14

Firma:

Nombre: ARCINIEGAS OCHOA ELSA ADRIANA

R. M.: 09665 L.S.O.: 1430

Código de Seguridad
C580I1O61

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: PATIÑO CASTILLO CEIDY GERALDINE

CC: 1057587488

Powered by CamScanner

Medicina Integrativa Y Salud Ocupacional

CUESTIONARIO DE MASLACH BURNOUT INVENTORY
TAMIZAJE PSICOLÓGICO - INFORME CONFIDENCIAL

Fecha: 20 de septiembre 2023

NOMBRE	Ceidy Geraldine Patiño	**EDAD**	32 AÑOS
EMPRESA	SENA	**PROFESIÓN**	Evaluador de Competencias

ASPECTO EVALUAR	NIVEL	VALOR
CANSANCIO EMOCIONAL	BAJO	03/54
DESPERSONALIZACION	BAJO	02/30
REALIZACIÓN PERSONAL	ALTA	46/48

CONCEPTO: **FAVORABLE**

Geraldine, según la prueba aplicada, es una persona en la cual no se evidencian signos de fatiga ni cansancio emocional por ende su nivel de estrés es bajo, en consecuencia, no hay signos de estrés Burnout.

Cuenta con un nivel de autorrealización alto, lo cual indica, que sus sentimientos de auto eficiencia y realización personal en el trabajo son los adecuados, manifiestos también. en sus relaciones personales, familiares, sociales y laborales, permitiéndole desempeñarse adecuadamente en las labores que le sean encomendadas.

El evaluador

Cordialmente,



Liliana Astrid Arciniegas
Psicóloga Especialista SST
Licencia No. 09304

Carrera 9 # 11-55 Sogamoso. Telefax: 7721287 -Cel: 3134679246
E-mail - admocupar@gmail.com

Adriana Arciniegas

EXAMEN DE OPTOMETRIA

EMPRESA			
NOMBRES	CEIDY GEDALDINE	FECHA	20-09-23
APELLIDOS	PATIÑO CASTILLO.	HORA	9:20 am.
DIRECCION	CRA 11 N 14 -16.	DOCUMENTO	1057 587488
TELEFONO	3143471189.	EDAD	32
EPS	COMPENSAR.	OCUPACION	IND. AMBIENTAL

ANAMNESIS

Sintomas: Asintomática.

Ultimo examen visual: hace 3 mes.

Antecedentes Generales y oculares: padres usan gafas por miopia.

AGUDEZA VISUAL

			RX En uso: No usa.	
Vision Lejana	O.D. 20/50		Vision Cercana	O.D. 0.5 M
	O.I. 20/40			] 0.5 M

EXAMEN EXTERNO Reflejo Hirshberg O.D. Centrado O.I. Centrado

Reflejos Fotomotor Normal Consensual Normal Directo Normal.

Estructuras oculares O.D.: Glandulas de Meibomio ocluidas 5-8

Estructuras oculares O.I.: Glandulas de Meibomio Ocluidas 7-7

MOTILIDAD OCULAR

Monocular Normal Binocular Normal

P.P.C. Nanz. C.T. α ϕ Ortho C.T. VP ϕ Ortho

VISION CROMATICA:

ESTEREOPSIS: Normal.

OFTALMOSCOPIA

Medios Refringentes:

Polo Posterior O.D. FAN, Fondo de Ojo Normal. Fijacion Central estable. | Fijacion Central estable.

Polo Posterior O.I. Fondo de ojo normal. | Fijacion Central estable.

ESTADO REFRACTIVO | **RX Definitiva:**

Ojo Derecho	-050-050 X 20°.
Ojo Izquierdo	-075

DIAGOSTICO

Ojo Derecho	-075 -050 X 20°	20/20
Ojo Izquierdo	-075	20/20.

RECOMENDACIONES

Realizar Valoración: descansando de pantallas, se dan ejercicios de relajación visual, nueva valoración en 1 mes.

PACIENTE APTO SI X NO

OPTÓMETRA:

Dra. Adriana Arciniegas Mejia
OPTOMETRA | COACH
2493 - CTNPO

Carrera 9 No 11-55 Sogamoso TEL: 7721287 Cel: 318 530 5727
admocupar@gmail.com

Powered by CamScanner

WINLAB
LABORATORIO CLÍNICO

10020918

Paciente:	CEIDY GERALDINE PATIÑO CASTILLO	**Orden No:**	10020918
Identificación:	1057587488	**Edad/Sexo:**	32 / F
Médico:	MEDICOS VARIOS	**Fecha Recepción:**	2023-09-20 08:28:08
Convenio:	DRA. ELSA ADRIANA ARCINIEGAS OCHOA	**Fecha Impresión:**	2023-09-20 09:33:06.

HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
Recuento de Leucocitos	**5.17**	x10e3/uL	4.50 - 10.0 x10e3/uL
% Granulocitos	**60.4**	%	50.0 - 67.0 %
% Linfocitos	**33.9**	%	18.0 - 48.3 %
% MID	**5.7**	%	3.00 - 26.0 %
# Granulocitos	**3.13**	x10e3/uL	2.00 - 7.8 x10e3/uL
# Linfocitos	**1.75**	x10e3/uL	1.00 - 4.10 x10e3/uL
# MID	**0.29**	x10e3/uL	0.10 - 2.90 x10e3/uL
Recuento de Eritrocitos	**5.15**	x10e3/uL	4.06 - 6.98 x10e3/uL
Hemoglobina	**14.8**	g/dL	12.9 - 19.2 g/dL
Hematocrito	**44.3**	%	41.7 - 57.7 %
Volumen Corpuscular Medio	**86.0**	fL	75.0 - 98.0 fL
HB Corspuscular Media	**28.8**	pg	27.8 - 35.5 pg
Concentración HB Corpucular Media	**33.5**	g/dL	30.6 - 37.4 g/dL
Ancho Distribución Eritrocitaria	**10.9**	%	11.0 - 14.8 %
Recuento de Plaquetas	**335**	x10e3/uL	150 - 450 x10e3/uL
Volumen Plaquetario Medio	**7.2**	fL	6.30 - 10.6 fL
Ancho de Distribución Plaquetas	**13.7**	10(GSD)	
Plaquetocrito	**0.240**	%	

DEYSI TATIANA NIETO
BACTERIOLOGA
T.P. 1057574084

WINLAB
LABORATORIO CLÍNICO

10020918

Paciente:	CEIDY GERALDINE PATIÑO CASTILLO	**Orden No:**	10020918
Identificación:	1057587488	**Edad/Sexo:**	32 / F
Médico:	MEDICOS VARIOS	**Fecha Recepción:**	2023-09-20 08:28:08
Convenio:	DRA. ELSA ADRIANA ARCINIEGAS OCHOA	**Fecha Impresión:**	2023-09-20 09:33:06.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
QUIMICA			
Niveles de Glucosa	**104**	mg/dl	
			Niños : 60 - 100 mg/dl
			Adultos 18-60 años : 74 - 106 mg/dl
			Adultos 60-90 años: 82 - 115 mg/dl
Colesterol Total	**184**	mg/dl	
			Optimo : Hasta 200 mg/dl
			Moderado: 200 - 239 mg/dl
			Elevado : > 240 mg/dl
Triglicéridos	**96**	mg/dl	
			Hombres :40 - 160 mg/dl
			Mujeres :35 - 135 mg/dl
Colesterol de Alta Densidad - HDL	**49.6**	mg/dl	
			Hombres Mujeres
			Riesgo Menor : > 50 mg/dl
			Riesgo Normal : 40-60 mg/dl
			Riesgo Elevado: < 40 mg/dl
Colesterol de Baja Densidad - LDL	**115.2**	mg/dl	79 Hasta 189



DEYSI TATIANA NIETO
BACTERIOLOGA
T.P. 1057574084

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

CEIDY GERALDINE PATINO CASTILLO Identificado con CC 1057587488

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina PARQUE DE LA VILLA SOGAMOSO, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24057610168
Fecha de apertura:	10 de Noviembre de 2015
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a SENA, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Jueves, 13 de Marzo de 2025.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

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

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN:	SUCURSAL:	COD. SUC:	NO. PÓLIZA:	ANEXO:
SOGAMOSO	AGENCIA SOGAMOSO	51	51-46-101021413	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
03	03	2025	03	03	2025	00:00	16	03	2026	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		IDENTIFICACIÓN:	
PATIÑO CASTILLO CEIDY GERALDINE			C.C. :1,057,587,488
DIRECCIÓN: CR 11 A 19 16 BRR SAN MARTIN	CIUDAD: SOGAMOSO - BOYACA		TELÉFONO: 3143941989

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN:	
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA			NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN: CENTRO MINERO - VDA MORCA KM 7 SECTOR BATÁ	CIUDAD: SOGAMOSO - BOYACA		TELÉFONO: 7721313
ADICIONAL:			

OBJETO DEL SEGURO

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

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.7581926 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: 15_9111_145 PRESTAR TEMPORALMENTE LOS SERVICIOS PROFESIONALES EN LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIAS LABORALES DEL SENA, Y CONSTRUCCIÓN Y REVISIÓN DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN, EN LAS FUNCIONES PRODUCTIVAS O ÁREAS CLAVE DE AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO BÁSICO, DE SERVICIOS AMBIENTALES Y DE QUÍMICA PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ESTABLECIDAS EN ESTE PROCESO QUE ATIENDE EL CENTRO MINERO DEL SENA REGIONAL BOYACÁ. SEGÚN TERMINOS, CONDICIONES Y ESPECIFICACIONES EXPRESAS EN EL CONTRATO.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	03/03/2025	16/03/2026	$ 3,440,519.90

ACLARACIONES:

VALOR PRIMA NETA:	GASTOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
$ 15,000.00	$ 8,000.00	$ 4,370.00	$ 27,370.00	$ 3,440,519.90	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
CLASS ASESORES DE SEGUROS LTDA	93098	100,00			

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

PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 10 NO. 14-130 L104 EDIF GEMINIS II - TELÉFONO: 7731957 - SOGAMOSO

51-46-101021413
FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

USTED PUEDE CONSULTAR ESTAR PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM Oficina Principal: Autopista Norte # 103 - 60, Piso 5 Bogotá D.C. Piso 5.Teléfono: 601-2186977, 601-6019330

DLF093098B

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

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

Hacemos constar, que la póliza No. 51-46-101021413, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

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

Dado en SOGAMOSO, a los 3 días del mes de Marzo de 2025



FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

Oficina Principal: Autopista Norte # 103 - 60, Piso 5 Bogotá D.C. Teléfono: 601-2186977, 601-6019330
ASISTENCIA CELULAR #388 - FUERA DE BOGOTA 018000123010
www.segurosdelestado.com

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

1. AMPAROS.

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

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

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

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

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

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

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

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

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

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

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

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

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

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

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

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

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

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

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

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

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

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

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

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

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

2. EXCLUSIONES.

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

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

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

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

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

3. SUMA ASEGURADA.

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

4. VIGENCIA.

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

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

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

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

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

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

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

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

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

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

6. COMPENSACIÓN.

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

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

8. PLAZO PARA EL PAGO.

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

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

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

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

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

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

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

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

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

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

13. COASEGURO

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860009578-6
RECIBO DE CAJA N° 49382768

Expedido en	Sucursal	Código Sucursal	Fecha de Pago	Clave	Intermediario
BOGOTA, D.C.	OFICINA PRINCIPAL	1	03/03/2025	93098	CLASS ASESORES DE SEGUROS LIMITADA

Tomador:	CEIDY GERALDINE PATIÑO CASTILLO	**NIT/CC** 1057587488
Suma de:	VEINTISIETE MIL TRESCIENTOS SETENTA PESOS M/CTE.******	
Pagador:	CEIDY GERALDINE PATIÑO CASTILLO	**NIT/CC** 1057587488
Por concepto de:	APLICACION PORTAL DE RECAUDOS #24939495	

Suc-Ramo-Póliza-Endoso-Cuota	Prima	Gasto	IVA	Runt	Valor
51-AGENCIA SOGAMOSO-46-CU. ENTIDAD.EST.ONL-101021413-0-1	$15.000,00	$8.000,00	$4.370,00	$0,00	$27.370,00

Otros conceptos de pago	Valor
CUENTA PUENTE INTERSUCURSALES	$27.370,00

Forma de pago

AHORRO	**Ahorro:**	$27.370,00
	Corriente:	$0,00
	Tarjeta:	$0,00
	Otro:	$0,00
Transacción: 17050606	**Total:**	**$27.370,00**
	Cajero:	PAGUESTADO

SEGUROS DEL ESTADO

Transacción Aprobada

Método de pago

Cuentas débito ahorro y corriente (PSE)

Total pagado	Banco
$27.370,00	BANCO CAJA SOCIAL
Autorización / CUS	Fecha de transacción
1306791181	2025-03-03 08:58:13
Recibo	Dirección IP
1665597648	186.114.123.209
Código Respuesta	
00	

El comprobante será enviado a
ceidygeral@gmail.com

Total pagado S182734631-T103

$27.370,00 COP

Transaccion de pago

Detalle del pago

Referencia
504017

Fecha de solicitud
2025-03-03 08:57:19

Fecha de vencimiento
null

Servicio a pagar
null

El proceso ha finalizado hace menos de un minuto

Obtén ayuda en
edna.hernandez@segurosdelestado.com

Hecho por placetopay by evertec