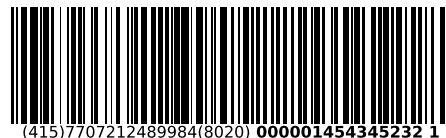


 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL MAGDALENA		Código Regional	47
			Código Centro	911810
			Fecha Elaboración	Octubre de 2020
	CENTRO ACUICOLA Y AGROINDUSTRIAL DE GAIRA-MAGDALENA-EMPRENDE		Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
			ID de Proceso	83815-992216
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		LUIS ALBERTO HINCAPIE FRAGOSO	C.C.	12.543.836
Correo electrónico contratista:		lahincapie63@misena.edu.co	IP/N° de contacto	
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	NO
			Es declarante de renta?	SI
			Es Pensionado?	SI
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000		NO	Inducción SST	SI
			Presta Servicios Excluidos de IVA ?	SI
Banco al cual consignar:		BANCO COLPATRIA	Tipo de cta	AHORROS
			N° Cuenta	7242011928
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?		NO	Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los \$ 117.503.000	
			NO	
Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas:		N/A		
Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558:		N/A		
Se acogió para el mes objeto de cobro, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558:		N/A		
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO				
N° del contrato:	1911249/2020	N° Compromiso SIIF	189720	
Valor Total del Contrato	\$ 8.338.330	N° Pago	Periodo objeto de pago	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 8.338.330	1	Del	Al
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 6.064.240		14/10/2020	31/10/2020
			Comisiones	\$ 0,00
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 2.274.090	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°		0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo		\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 2.274.090	Menos, Rete Fuente Otros Ingresos		\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 1.449.661	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Octubre	Septiembre	Valor Base retención en la fuente	1.449.661,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 909.636	\$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	2.160.290,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 113.800	\$ 0	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 0	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00
ARL IV	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Reteica - 8299	15.122,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -			0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000	\$ -			0,00
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700	\$ -		Pro-Hospital	45.482,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00
Dependientes hasta \$ 1.139.424	\$ 227.409		Descuentos de Libranza	0,00
Salud hasta \$ 569.712	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 483.220		VALOR A PAGAR	\$ 2.213.486,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -			
SON: DOS MILLONES DOSCIENTOS TRECE MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
1-Gestión de acciones para la formación. 2-Comunicación con Líder Programa SER a través de WhatsApp. Obtención de información sobre programa SER. 3-Correo de Líder con información pertinente programa Emprendedor en Producción de Especies Piscícolas en Pijiño. 4-Acta de Inicio No.1 de la formación Ficha:2219917. 5-Acta de Concertación No.2 de la Formación. Ficha:2219917 6-Listado de asistencia, periodo 19 al 23 de octubre 7-Actividad con aprendices sobre Aprendizajes Previos durante la primera clase para direccionar las acciones de formación 8-Proceso de inducción y socialización de la formación Emprendedor en Producción de Especies Piscícolas 9-Presentación del informe contractual correspondiente al mes de Octubre de 2020.				
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:			LUIS ALBERTO HINCAPIE FRAGOSO EL CONTRATISTA	
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 diligenciados.				
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:			Autorizo el presente pago. El Supervisor,	
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 periodo 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.			BADIR MANUEL FLOREZ GUERRERO INSTRUCTOR	
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				
BICHARA JOSE ZABLEH HASBUN SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)				

2. Concepto **1 3** Actualización de oficio

4. Número de formulario

14543452321



(415)7707212489984(8020) 000001454345232 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 2 5 4 3 8 3 6

6. DV

4

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Santa Marta

14. Buzón electrónico

1 9

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 2 5 4 3 8 3 6

27. Fecha expedición

1 9 7 7, 0 4, 2 2

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Magdalena

4 7

30. Ciudad/Municipio

Santa Marta

0 0 1

31. Primer apellido

HINCAPIE

32. Segundo apellido

FRAGOSO

33. Primer nombre

LUIS

34. Otros nombres

ALBERTO

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Magdalena

40. Ciudad/Municipio

Santa Marta

0 0 1

41. Dirección principal

CR 17 A 26 50 BRR SANTA HELENA

42. Correo electrónico

luchoh55@yahoo.com.mx

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 0 0 3 0 8 0 8 4 5

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

7 4 9 0

47. Fecha inicio actividad

2 0 0 5, 0 7, 0 5

Actividad secundaria

48. Código

0 3 1 1

49. Fecha inicio actividad

2 0 1 4, 0 9, 2 6

Otras actividades

50. Código

4 7 9 9

Ocupación

51. Código

2 1 4 9

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código **5 4 9**

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código

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

☒

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2019 - 05 - 27

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

**SOLAB S.A.S**

Nit. 900724151 - 6

Dirección: Cra 3A No. 24 - 57 Urb. El Prado Santa Marta - Magdalena

Tel: (5) 4235858 - 4361949

OPTOMETRÍAIngreso ☒Egreso ☐Periódico ☐Caso ocupacional ☐

Fecha historia 25/01/2018 13:10:00

Doc. Identidad **CC 12543836**Nombre **LUIS ALBERTO HINCAPIE FRAGOSO**Fecha Nacimiento. **20/08/1954**Entidad **PARTICULAR**Edad **63** Ocupación **SNT**Fondo de Pensión **SIN INFORMACION**

EPS

ARL **NO SABE****Anamnesis**

Último examen visual 1 AÑO	Usa Anteojos: Si ☒ No ☐ V.L. ☐ V.P. ☒ PC ☐ Bifocal ☐ Progresivo ☐ Filtros ☐
Frecuencia de uso: Permanente: ☐ Ocasional ☐	Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara? Si ☐ No ☐
Cirugías Si ☐ No ☐ Cuál?	
Accidentes Oculares Si ☐ No ☐ Cuál?	
Signos y síntomas: Asintomático ☐ Disminución visual de cerca ☐ Disminución visual de lejos ☐ Cefaleas ☐ Resequedad Ocular ☐	
Ardor Ocular ☐ Lagrimeo ☐ Cansancio Ocular ☐ Irritación ☐ Fotofobia ☐ Prurito Ocular ☐ Salto de Renglón ☐	
Antecedentes personales y/o familiares HTA EN TTO	Trae corrección óptica ☐

Agudeza Visual					
C.C.	V.L.	V.P.	S.C.	V.L.	V.P.
O.D.				2/80	2 M
O.I.				20/50	2 M

Lensometría				
	ESF	CIL	EJE	ADD
O.D.				
O.I.				

Examen Externo**O.D.****O.I.**

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

Motilidad Ocular

CVT: VL ORTHOFORICO VP	HISHBERG CENTRADO
Ducciones NORMALES	Versiones NORMALES PPC 12 CM

Oftalmoscopia**O.D.****O.I.**

F.O.A.N. ☐ Papila Normal ☒ Brillo Foveal Normal ☐ Catarata ☐	F.O.A.N. ☐ Papila Normal ☒ Brillo Foveal Normal ☒ Catarata ☐
Esclerosis de Cristalino ☐ Opacidad de medios ☐ Lesión Retinal ☐	Esclerosis de Cristalino ☐ Opacidad de medios ☐ Lesión Retinal ☐

Test Ocupacionales

Visión Cromática	Visión de Profundidad	Campo Visual por Confrontación
O.D: NORMAL	O.D: 60 SEG DE	O.D:
O.I: NORMAL	O.I: 60 SEG DE	O.I:

Refracción**Refracción Final****AV**

	Esfera	Cilindro	EJE	Adición		Esfera	Cilindro	EJE	Adición	VL	VP
O.D:		-		+	O.D:	+1.25	-		+2.50	20/30	0.75 M
O.I:		-		+	O.I:	+0.50	-		+2.50	20/20	

Interpretación**O.D O.I****O.D O.I**

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

Diagnóstico

H524 PRESBICIA

Recomendaciones

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

Valoración Normal ☐ Anormal ☐**CONCEPTO**

Apto ☒ No apto ☐ Observaciones:
--

CARMEN MABEL GRANDA RODRIGUEZ

OPTOMETRA

TP: 2189

RM: 03458



1260861

Nombre. **HINCAPIE FRAGOZO LUIS ALBERTO**
Identificacion CC 12543836 Tel.
Edad 62 Años 4 Meses 3 Dias Sexo M
Medico MEDICOS VARIOS
No. Ordenamiento 62971

Fecha de recepcion: 26-ene-2018 4:38 am
Fecha de impresion: 29-ene-2018 11:58 am
Empresa SOLAB
Sede REFERENCIA
Fecha Validacion 26-ene-2018 7:08:00a.m.

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
ANTICUERPOS TOTALES ANTIBRUCELLA Metodo: Rosa de Bengala	MENOR DE 25	UI/ml	

V. de Referencia

Negativo: Menor de 25 UI/ml



DRA. ELIANA GISELA DIAZ IBÁÑEZ
REG.21.062.197
BACTERIOLOGA



LUIS FERNANDO PEREZ BUELVAS
CC 3.303.099.213
BACTERIOLOGO



NOMBRE DEL PACIENTE: LUIS ALBERTO HINCAPIE FRAGOSO

IDENTIFICACIÓN: 12.543.836

EDAD: 63

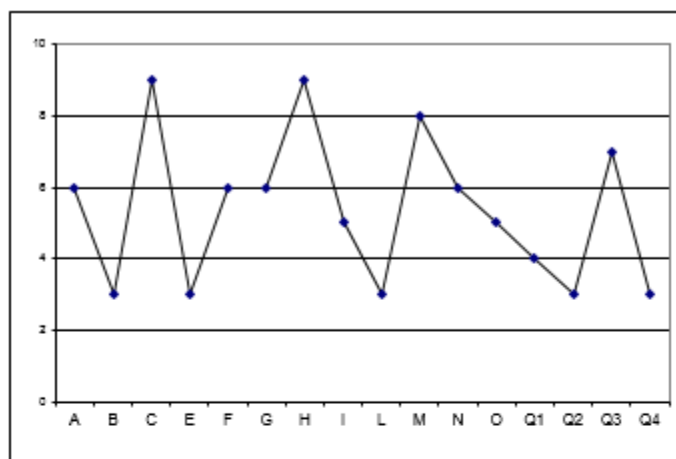
SEXO: MASCULINO

INFORME PRUEBA 16 PF – PRUEBA DE PERSONALIDAD

Fecha de Atención: 25 enero de 2018

Empresa: SENA Seccional Magdalena

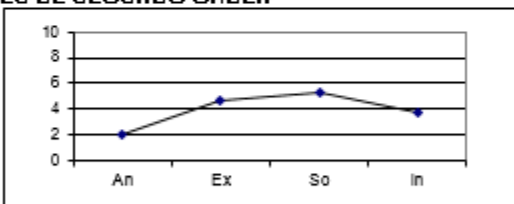
P.Directo			Dicatipos
12	Reservado / Abierto	A	6
6	Rto. Concreto / Abstracto	B	3
22	Estabilidad Emoc. / Estabilidad emocional	C	9
8	Sumiso / Dominante	E	3
15	Prudente / Impulsivo	F	6
15	Despreocupado / Escrupuloso	G	6
21	Timido / Espontáneo	H	9
13	Racional / Emocional	I	5
6	Confiado / Suspica	L	3
17	Practico / Soñador	M	8
12	Sencillo / Astuto	N	6
10	Seguro / Inseguro	O	5
9	Tradicionalista / Innovador	Q1	4
7	Dependencia Del Grupo / Autosuficiencia	Q2	3
14	Desinhibido / Controlado	Q3	7
6	Tranquilo / Tensionado	Q4	3



(I.C. = INDICADOR CLÍNICO)

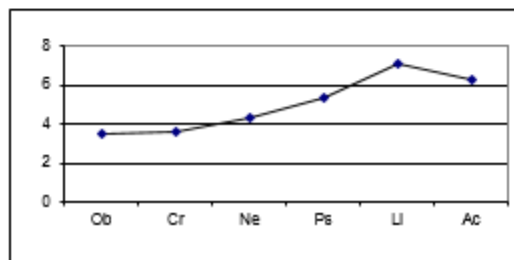
FACTORES DE SEGUNDO ORDEN

Baja Ansiedad/Alta Ansiedad	An	2
Introversión/Extraversión	Ex	5
Bajo Control Social/Alto Control Social	So	5
Dependencia/Independencia	In	4



ECUACIONES DERIVADAS DE PERFILES

Objetividad/Subjetividad	Ob	4
Creatividad Baja/Creatividad Alta	Cr	4
Bajo Neuroticismo/Alto Neuroticismo	Ne	4
Bajo Aislamiento/Alto Aislamiento	Ps	5
Bajo Liderazgo/Alto Liderazgo	Li	7
Propenso A Accidentes/ Libre Accidentes	Ac	6





NOMBRE DEL PACIENTE: *LUIS ALBERTO HINCAPIE FRAGOSO*

IDENTIFICACIÓN: 12.543.836

EDAD: 63

SEXO: MASCULINO

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Según los resultados de la prueba de los 16 factores de la personalidad –TEST 16PF, se percibe que el evaluado ***LUIS HINCAPIÉ FRAGOSO***, Es una persona que no tiene preferencias para trabajar individual o grupalmente. Presenta dificultad en el manejo de problemas a nivel abstracto, se inclina en hacerlo a nivel concreto. Emocionalmente se encuentra estable, maduro y realista. No deja que sus necesidades emocionales afecten la realidad de las situaciones. Tiene rasgos de ser una persona sumisa, cede fácilmente ante los demás, es dócil y conformista. Es modesto, humilde y obediente. Presenta un nivel intermedio entre ser prudente y ser impulsivo.

Presenta un nivel intermedio en su nivel de responsabilidad y en aceptar las normas sociales. Es sociable y espontáneo. Dispuesto a intentar nuevas cosas, de numerosas respuestas emocionales. Actúa con igual facilidad entre las respuestas de pensamiento y sentimiento. Es una persona confiada, comprensiva, permisiva y tolerante. Cede ante los cambios, no parece preocupada por corregir a los demás. Se sobrepone con facilidad a las dificultades. Es muy imaginativo, se abstrae mucho en sus pensamientos. Se entusiasma rápidamente, cambia y abandona las ideas bruscamente.

Puede ser sencillo e ingenuo socialmente o calculador en ocasiones. Es una persona que puede mostrarse segura, tranquila, flexible y serena. Tiende a no culparse por sus acciones erradas, trata de actuar libremente sin temores, aunque en algunas ocasiones puede mostrar lo contrario. Tiende a presentar interés por las nuevas ideas. Por lo general tiene actitudes de innovación y reacción ante lo establecido. Es poco convencionalista. Es dependiente del grupo. Prefiere estar en compañía y decide sobre lo correcto de su desempeño al compararse con otros más que confiar en su propio juicio. Se une fácil al grupo. Tiene signos de perfeccionista, con alta congruencia en el autoconcepto percibido y el deseado. Alto nivel de autocontrol.

OBSERVACIÓN:

Los resultados pueden tener un margen de sesgo o error debido posiblemente a síntomas de ansiedad del evaluado durante la prueba, a no contestar con total honestidad las preguntas o a interpretaciones erróneas de las mismas. Recuerde que esta descripción del perfil de personalidad no define con plena exactitud los rasgos del paciente, sino que es lo más semejante posible.

JULIA CARRASCAL NAVARRO

Psicóloga

Especialista en Psicología Ocupacional y Organizacional

Lic. 6482/10



Impreso	25 ene 2018 04:16:01 pm	RESULTADOS			Software Baxlab v20161109
Sede	PRINCIPAL				Página 1 de 3
Paciente	HINCAPIE FRAGOSO LUIS ALBERTO	Sexo M	Edad 63A 5M 5D	Nro. De Recepción	62971
Identif.	CC 12543836	Teléfono	Fecha De Recepción	25 ene 2018 08:53:07 am	
Entidad	SOLAB	SubEntidad	SIN SUBENTIDAD		
Sala	CONSULTA EXTERNA	Cama	Médico	ASIGNADO NO .	

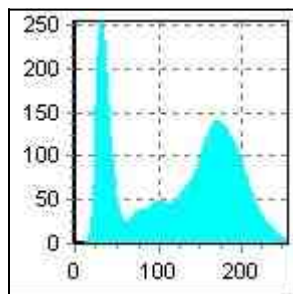
Resultados	Unidades	Valores Referencia
------------	----------	--------------------

HEMATOLOGIA

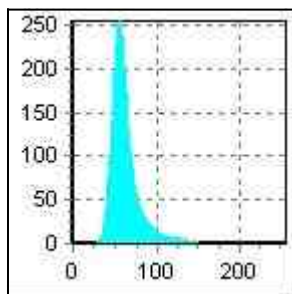
1 . HEMOGRAMA TIPO IV

Hemoglobina	12,60	gr/dl	14 a 17,40
Hematocrito	38,60	%	45 a 52
Recuento de Eritrocitos(RBC)	4,95	$\times 10^6/\mu\text{L}$	4,50 a 5,50
Volumen Medio Corpuscular (MCV)	77,90	fL	70 a 96
Hemoglobina Corpuscular Media(MCH)	25,50	pg	23 a 35
Conc Media de Hb Corpuscular (MCHC)	32,70	gr/dl	31 a 36
Indice de distribución eritrocitaria (RDW-CV)	0,16	%	0,11 a 0,16
Indice de distribución eritrocitaria (RDW-SD)	44,40	fL	20 a 42
Recuento de Leucocitos(WBC)	7,60	$\times 10^9/\text{L}$	4 a 10
Neutrófilos(%)	63,80	%	50 a 75
Neutrofilos (/mmc)	4,90	$\times 10^9/\text{L}$	2 a 7
Linfocitos(%)	28,10	%	25 a 45
Linfocitos(/mmc)	2,10	$\times 10^9/\text{L}$	0,80 a 4
Monocitos(%)	8,10	%	3 a 12
Monocitos(/mmc)	0,60	$\times 10^9/\text{L}$	0,12 a 1,20
Recuento de Plaquetas(PLT)	321	$\times 10^9/\text{L}$	150 a 450
Plaquetocrito (PCT)	2,86	mL/L	1 a 2,82
Volumen plaquetario medio (MPV)	8,90	fL	6,50 a 12
Indice de distribuciónPlaquetario (PDW)	15,10	fL	9 a 17

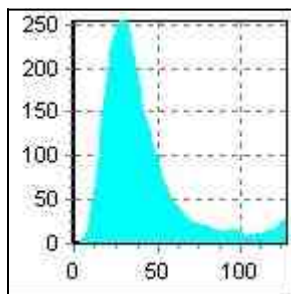
WBC



RBC



PLT



QUIMICA



Impreso	25 ene 2018 04:16:01 pm	RESULTADOS	Software Baxlab v20161109
Sede	PRINCIPAL		Página 2 de 3
Paciente	HINCAPIE FRAGOSO LUIS ALBERTO	Sexo M	Edad 63A 5M 5D
Identif.	CC 12543836		Nro. De Recepción 62971
Entidad	SOLAB	SubEntidad	Fecha De Recepción 25 ene 2018 08:53:07 am
Sala	CONSULTA EXTERNA	Cama	Médico ASIGNADO NO .

Resultados	Unidades	Valores Referencia
------------	----------	--------------------

QUIMICA

2. COLESTEROL TOTAL

Colesterol total sérico	212	mg/dl
-------------------------	-----	-------

Colorimetria

Valores de Refencia:

Optimo: Menor de 200 mg/dl
Intermedio Alto: De 200 a 239 mg/dl
Alto: Mayor de 240 mg/dl

NIÑOS Y ADOLESCENTES:

Optimo Menor de.....170 mg/dL
Límitrofe170 a 199 mg/dL
Alto mayor de.....200 mg/dL

3. Glicemia en Ayunas	98	mg/dl	70 a 105
-----------------------	----	-------	----------

Colorimetria

INTERPRETACION:

Prematuro: 20 a 60
0 a 1 día: 40 a 60 mg/dl
> 1 día: 50 a 80 mg/dl
Niños Y Adultos: 70 a 105mg/dl

4. Colesterol HDL	42,80	mg/dL	35 a 55
-------------------	-------	-------	---------

INTERPRETACION

Bajo.....<40mg/dL
Elevado(Deseable).....>60mg/dL

5. Colesterol LDL	147.8	mg/dl
-------------------	-------	-------

Colorimetria

Valor de Referncia:

Optimo: Menor de 100 mg/dl
Intermedio Alto: De 100 a 150 mg/dl
Alto: Mayor de 150 mg/dl



Impreso	25 ene 2018 04:16:01 pm	RESULTADOS	Software Baxlab v20161109
Sede	PRINCIPAL		Página 3 de 3
Paciente	HINCAPIE FRAGOSO LUIS ALBERTO	Sexo M	Edad 63A 5M 5D
Identif.	CC 12543836	Identif.	Nro. De Recepción 62971
Entidad	SOLAB	SubEntidad	Fecha De Recepción 25 ene 2018 08:53:07 am
Sala	CONSULTA EXTERNA	Médico	SIN SUBENTIDAD
		Cama	ASIGNADO NO .

Resultados	Unidades	Valores Referencia
------------	----------	--------------------

QUIMICA

6 . Trigliceridos sérico 107 mg/dl

Colorimetria

Valor de Referencia:

Optimo: Menor de 150 mg/dl
Intermedio Alto: De 150 a 199 mg/dl
Alto: Mayor de 200 mg/dl

Dra Victoria Herrera Arias.
Bacterióloga

**SOLAB S.A.S**

900724151

AUDIOMETRIAControl ☐Ingreso ☒Retiro ☐Nombre **LUIS ALBERTO HINCAPIE FRAGOSO**Doc. Identidad **12543836**

Teléfono

Edad **63**Cargo **INSTRUCTOR**Empresa **PARTICULAR**Fecha **25/01/2018**

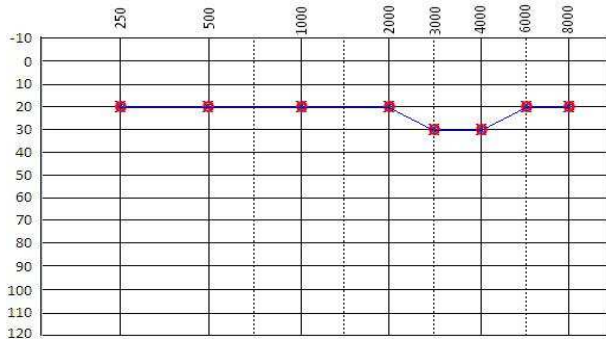
Reposo Auditivo SI 12 HORAS

ANTECEDENTES OCUPACIONALES**Exposición al ruido actual**☐ SI Tiempo
☒ NO EPP**Exposición al ruido en trabajos anteriores**☐ SI Cargo Años EPP
☒ NO SNT**ANTECEDENTES OTOLÓGICOS**☒ Ninguno ☐ Otitis ☐ Acúfeno ☐ Vértigo ☐ Trauma ☐ Perforación Timpánica ☐ Otagia ☐ Otorrea ☐ Hipoacusia
☐ Prurito ☐ Cirugía ☐ Detonación - Explosión ☐ Ototóxicos ☐ Otros:

Observaciones

ANTECEDENTES SOCIOACÚSTICOS☒ Ninguno ☐ Polígono ☐ Servicio Militar ☐ Buceo ☐ Moto ☐ Instrumento Musical ☐ Discoteca y/o bares
☐ Otros: Obs.**ANTECEDENTES PERSONALES**☐ Ninguno ☐ Afección Renal ☐ Parotiditis ☐ TBC ☐ Diabetes
☐ Hipotiroidismo ☐ Meningitis ☐ Paludismo ☐ Reumatismo ☒ HTA
☐ Otros:**ANTECEDENTES FAMILIARES**☐ Ninguno Parentesco
☐ Congenito ☐ Adquirido**DIAGNOSTICO CIE-10**

H932 - OTRAS PERCEPCIONES AUDITIVAS ANORMALES Observación: BIALTERAL

OTOSCOPIAOD CAE ☒ Normal ☐ Anormal
MT NORMALOI CAE NORMAL
MT NORMAL**Diagnostico Hipoacusia:**

	125	250	500	750	1000	1500	2000	3000	4000	6000	8000
VA OI		20	20		20		20	30	30	20	20
OD		20	20		20		20	30	30	20	20
VO OI											
OD											

NBN

WN

SN

Observaciones

CONTROL SEMESTRALPROTECCION AUDITIVA*Nasty Buenavista R.*FONOAUDIOLOGA
ESP. AUDIOLOGIA

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

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

DATOS DEL PACIENTE

Fecha **25/01/2018 09:21:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **LUIS ALBERTO HINCAPIE FRAGOSO**

Cargo **INSTRUCTOR**

Doc. Identidad **CC 12543836**



SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN FISICO OSTEOMUSCULAR	2 CUADRO HEMATICO	3 GLICEMIA
4 BRUCELLA ANTICUERPOS (ROSA DE BENGALA)(PRUEBA DE BANG)	5 AUDIOMETRIA (VIA AEREA Y VIA OSEA)	6 OPTOMETRIA
7 PERFIL LIPIDICO	8 TEST DE PERSONALIDAD	9

EXAMEN DE INGRESO					SI			NO			NO APLICA.FALTA INFORMACIÓN		
Apto para el cargo	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Aplazado	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Apto con restricciones	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Apto para trabajar en alturas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Apto para trabajar en espacios confinados	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Apto para Manipulación de Alimentos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Apto para conducir	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

EXAMEN PERIÓDICO					SI			NO		
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Requiere restricciones de actividades	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Requiere reubicación laboral temporal	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Requiere reubicación laboral permanente	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Apto para conducir	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Apto para Manipulación de Alimentos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Apto para trabajar en alturas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

EXAMEN DE RETIRO					SI			NO		
Sospecha de enfermedad Profesional	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Secuelas de Accidentes de Trabajo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Enfermedad Común	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

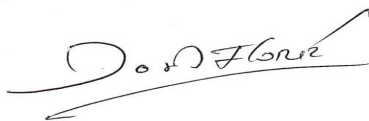
Visual ☒ Auditivo ☒ Respiratorio ☐ Cardiovascular ☒ Psicosocial ☐ Ergonómico ☐ Otros ☐

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

CONTROL DE PESO A TRAVES DE EPS, CONTINUAR EL CONTROL DE TENSION ARTERIAL POR EPS., HABITOS SALUDABLES, HIGIENE POSTURAL, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS PROGRAMADAS, USO OBLIGATORIO DEL EPP ASIGNADO PARA LA LABOR, CORRECCION OPTICA PERMANENTE, CONTROL DE OPTOMETRIA EN 6 MESES, PROTECCION AUDITIVA, CONTROL DE AUDIOMETRIA SEMESTRAL.

RESTRICCIONES

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



DR. JOSE DAVID FLOREZ JANICA
MEDICO CIRUJANO RM 472 S.S.M
UNIVERSIDAD METROPOLITANA
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
UNIVERSIDAD DEL NORTE
Lic. Ocupacional 9698



Trabajador: **LUIS ALBERTO HINCAPIE FRAGOSO**

CC: 12543836

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica



POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que LUIS ALBERTO HINCAPIE FRAGOSO, con Cédula Ciudadanía No. 12543836 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 14/10/2020, para el contrato registrado con fecha desde 14/10/2020 y fecha hasta 18/12/2020, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 4.

Recuerde que una vez cumplida la fecha hasta indicada en el presente certificado, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202001020250208.

Dada en Bogotá, a los 23 días del mes de octubre de 2020

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.



Hace constar:

Que el Sr(a) LUIS ALBERTO HINCAPIE FRAGOSO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 12543836 realizó el día 23/10/2020 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo LUIS ALBERTO HINCAPIE FRAGOSO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 12543836 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.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.

Firma

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

SCOTIABANK COLPATRIA S.A.
NIT. 860.034.594-1

CERTIFICA QUE:

La cuenta de ahorros No. 007242011928 , con fecha de apertura 26 de Septiembre de 2017 , de la cual es titular:

El (la) señor(a): **LUIS ALBERTO HINCAPIE FRAGOSO**
Identificado(a) con tipo de documento C No. 12.543.836

La cuenta en mención ha sido manejada de acuerdo a las normas establecidas por la entidad.

Damos esta información con la acostumbrada reserva bancaria.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 28 días del mes de Septiembre de 2020 .

Cordialmente,



Nury Luis Montaña
Gerencia Relación con Clientes



SUCURSAL: 11. SANTA MARTA **USUARIO:** SILVAL **TIP CERTIFICADO:** Nuevo **FECHA:** DD MM AAAA 16 03 2020

TOMADOR/GARANTIZADO:	HINCAPIE FRAGOSO LUIS ALBERTO	C.C. O NIT:	12543836	4
DIRECCIÓN:	CR 17 A 26 50	CIUDAD:	SANTA MARTA	
E-MAIL:	luchoh55@yahoo.com.mx	TELÉFONO:	3003080845	
ASEGURADO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - REGIONAL MAGDALENA	C.C. O NIT:	899999034	1
DIRECCIÓN:	CL 19 12 29	CIUDAD:	SANTA MARTA	TEL. 4215908
BENEFICIARIO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - REGIONAL MAGDALENA	C.C. O NIT:	899999034	1
DIRECCIÓN:	CL 19 12 29	CIUDAD:	SANTA MARTA	TEL. 4215908

VIGENCIA				VALOR ASEGURADO EN PESOS								
DD MM AAAA DESDE 16 03 2020			DD MM AAAA HASTA 29 01 2021			ANTERIOR		ESTA MODIFICACIÓN		NUEVA 2,463,597.50		
INTERMEDIARIO			COASEGURO					PRIMA				
%	NOMBRE		COMPAÑIA		%			TRM	3,941.92	MONEDA	VALORES	
100.00	DIRECTO - SEGUROS CONF							PRIMA		PESOS	20,000.00	
								CARGOS DE EMISIÓN		PESOS	12,000.00	
								IVA		PESOS	6,080.00	
								TOTAL			38,080.00	
AMPAROS			VIGENCIA		VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS		VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS		VALOR PRIMA EN PESOS		DEDUCIBLE	
			Desde	Hasta							%	Mínimo
CUMPLIMIENTO DE CONTRATO			16-03-2020	29-01-2021	0.00		2,463,597.50		20,000.00		0.00	0.00

OBJETO DE LA GARANTIA:
 AMPARAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PERSONALES No.CO1.PCCNTR.1447622 DE 2020 CELEBRADO POR LAS PARTES, RELACIONADO CON PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL EN EL PROGRAMA DE FORMACION ATENCION A PERSONAS EN SITUACION DE DESPLAZAMIENTO DEL CENTRO ACUICOLA Y AGROINDUSTRIAL DE GAIRA DEL SENA, REGIONAL MAGDALENA, EN LA ESPECIALIDAD DE ACUICOLA.

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION. LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA.

LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.

CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA, S.A EN TODO EL PAÍS.

VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C

SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA, DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

LA PRESENTACION DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS.

LA PRESENTE GARANTIA NO EXPIRARA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDA CON FUNDAMENTO EN ELLA O POR REVOCACION UNILATERAL POR PARTE DEL TOMADOR O DE LA COMPañIA, DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL NUMERAL 19 DEL ARTÍCULO 25 DE LA LEY 80 DE 1993.

AUTORIZACION DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVOCAL DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACION EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACION PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISION NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA SU-OD-05-07 ADJUNTA.

RES. DIAN NO. 18762016186554 9/8/2019 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 066813 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511



(415)770998911901(8020)1160068260

TOMADOR

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-01-02

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Mon, 16 Mar 2020 10:38:23

SUCURSAL: 11. SANTA MARTA **USUARIO:** SILVAL **TIP CERTIFICADO:** Nuevo **FECHA:** DD MM AAAA 16 03 2020

TOMADOR/GARANTIZADO:	HINCAPIE FRAGOSO LUIS ALBERTO	C.C. O NIT:	12543836	4
DIRECCIÓN:	CR 17 A 26 50	CIUDAD:	SANTA MARTA	
E-MAIL:	luchoh55@yahoo.com.mx	TELÉFONO:	3003080845	
ASEGURADO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - REGIONAL MAGDALENA	C.C. O NIT:	899999034	1
DIRECCIÓN:	CL 19 12 29	CIUDAD:	SANTA MARTA	TEL. 4215908
BENEFICIARIO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - REGIONAL MAGDALENA	C.C. O NIT:	899999034	1
DIRECCIÓN:	CL 19 12 29	CIUDAD:	SANTA MARTA	TEL. 4215908

VIGENCIA				VALOR ASEGURADO EN PESOS								
DD MM AAAA DESDE 16 03 2020			DD MM AAAA HASTA 29 01 2021			ANTERIOR		ESTA MODIFICACIÓN		NUEVA 2,463,597.50		
INTERMEDIARIO			COASEGURO					PRIMA				
%	NOMBRE		COMPAÑIA		%			TRM	3,941.92	MONEDA	VALORES	
100.00	DIRECTO - SEGUROS CONF							PRIMA		PESOS	20,000.00	
								CARGOS DE EMISIÓN		PESOS	12,000.00	
								IVA		PESOS	6,080.00	
								TOTAL			38,080.00	
AMPAROS			VIGENCIA		VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS		VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS		VALOR PRIMA EN PESOS		DEDUCIBLE	
			Desde	Hasta							%	Mínimo
CUMPLIMIENTO DE CONTRATO			16-03-2020	29-01-2021	0.00		2,463,597.50		20,000.00		0.00	0.00

OBJETO DE LA GARANTIA:
 AMPARAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PERSONALES No.CO1.PCCNTR.1447622 DE 2020 CELEBRADO POR LAS PARTES, RELACIONADO CON PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL EN EL PROGRAMA DE FORMACION ATENCION A PERSONAS EN SITUACION DE DESPLAZAMIENTO DEL CENTRO ACUICOLA Y AGROINDUSTRIAL DE GAIRA DEL SENA, REGIONAL MAGDALENA, EN LA ESPECIALIDAD DE ACUICOLA.

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION. LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA.

LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.

CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA, S.A EN TODO EL PAÍS.

VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C

SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA, DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

LA PRESENTACION DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS.

LA PRESENTE GARANTIA NO EXPIRARA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDA CON FUNDAMENTO EN ELLA O POR REVOCACION UNILATERAL POR PARTE DEL TOMADOR O DE LA COMPañIA, DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL NUMERAL 19 DEL ARTÍCULO 25 DE LA LEY 80 DE 1993.

AUTORIZACION DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACION EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACION PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISION NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA SU-OD-05-07 ADJUNTA.

RES. DIAN NO. 18762016186554 9/8/2019 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 066813 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511



(415)7709998911901(8020)1160068260

TOMADOR

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-01-02

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - PRIMERA COPIA - GARANTIZADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Mon, 16 Mar 2020 10:38:23

SUCURSAL: 11. SANTA MARTA

USUARIO: SILVAL

TIP CERTIFICADO: Nuevo

FECHA

 DD MM AAAA
 16 03 2020

TOMADOR/GARANTIZADO:	HINCAPIE FRAGOSO LUIS ALBERTO	C.C. O NIT:	12543836	4
DIRECCIÓN:	CR 17 A 26 50	CIUDAD:	SANTA MARTA	
E-MAIL:	luchoh55@yahoo.com.mx	TELÉFONO:	3003080845	
ASEGURADO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - REGIONAL MAGDALENA	C.C. O NIT:	899999034	1
DIRECCIÓN:	CL 19 12 29	CIUDAD:	SANTA MARTA	TEL. 4215908
BENEFICIARIO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - REGIONAL MAGDALENA	C.C. O NIT:	899999034	1
DIRECCIÓN:	CL 19 12 29	CIUDAD:	SANTA MARTA	TEL. 4215908

VIGENCIA					VALOR ASEGURADO EN PESOS					
DD MM AAAA DESDE 16 03 2020			DD MM AAAA HASTA 29 01 2021		ANTERIOR		ESTA MODIFICACIÓN		NUEVA 2,463,597.50	
INTERMEDIARIO			COASEGURO				PRIMA			
%	NOMBRE		COMPañIA		%			TRM 3,941.92	MONEDA	VALORES
100.00	DIRECTO - SEGUROS CONF							PRIMA	PESOS	20,000.00
								CARGOS DE EMISIÓN	PESOS	12,000.00
								IVA	PESOS	6,080.00
								TOTAL		38,080.00
AMPAROS			VIGENCIA		VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE		
			Desde	Hasta				%	Mínimo	
CUMPLIMIENTO DE CONTRATO			16-03-2020	29-01-2021	0.00	2,463,597.50	20,000.00	0.00	0.00	

OBJETO DE LA GARANTIA:
 AMPARAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PERSONALES No.CO1.PCCNTR.1447622 DE 2020 CELEBRADO POR LAS PARTES, RELACIONADO CON PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL EN EL PROGRAMA DE FORMACION ATENCION A PERSONAS EN SITUACION DE DESPLAZAMIENTO DEL CENTRO ACUICOLA Y AGROINDUSTRIAL DE GAIRA DEL SENA, REGIONAL MAGDALENA, EN LA ESPECIALIDAD DE ACUICOLA.

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION. LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA.

LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL. CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.

CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA, S.A EN TODO EL PAÍS.

VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGUN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C

SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

LA PRESENTACION DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS.

LA PRESENTE GARANTIA NO EXPIRARA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDA CON FUNDAMENTO EN ELLA O POR REVOCACION UNILATERAL POR PARTE DEL TOMADOR O DE LA COMPañIA, DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL NUMERAL 19 DEL ARTÍCULO 25 DE LA LEY 80 DE 1993.

AUTORIZACION DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVOCAL DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACION EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A. INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACION PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISION NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA SU-OD-05-07 ADJUNTA.

RES. DIAN NO. 18762016186554 9/8/2019 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 066813 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511

SU-FO-01-02

TOMADOR



COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - SEGUNDA COPIA - INTERMEDIARIO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Mon, 16 Mar 2020 10:38:23

SUCURSAL: 11. SANTA MARTA USUARIO: SILVAL TIP CERTIFICADO: Nuevo FECHA: 16 03 2020

TOMADOR/GARANTIZADO:	HINCAPIE FRAGOSO LUIS ALBERTO	C.C. O NIT:	12543836	4
DIRECCIÓN:	CR 17 A 26 50	CIUDAD:	SANTA MARTA	
E-MAIL:	luchoh55@yahoo.com.mx	TELÉFONO:	3003080845	
ASEGURADO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - REGIONAL MAGDALENA	C.C. O NIT:	899999034	1
DIRECCIÓN:	CL 19 12 29	CIUDAD:	SANTA MARTA	TEL. 4215908
BENEFICIARIO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - REGIONAL MAGDALENA	C.C. O NIT:	899999034	1
DIRECCIÓN:	CL 19 12 29	CIUDAD:	SANTA MARTA	TEL. 4215908

VIGENCIA				VALOR ASEGURADO EN PESOS								
DD MM AAAA			DD MM AAAA			ANTERIOR		ESTA MODIFICACIÓN		NUEVA		
DESDE 16 03 2020			HASTA 29 01 2021							2,463,597.50		
INTERMEDIARIO			COASEGURO					PRIMA				
%	NOMBRE		COMPAÑIA		%			TRM	3,941.92	MONEDA	VALORES	
100.00	DIRECTO - SEGUROS CONF							PRIMA		PESOS	20,000.00	
								CARGOS DE EMISIÓN		PESOS	12,000.00	
								IVA		PESOS	6,080.00	
								TOTAL			38,080.00	
AMPAROS			VIGENCIA		VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS		VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS		VALOR PRIMA EN PESOS		DEDUCIBLE	
			Desde	Hasta							%	Mínimo
CUMPLIMIENTO DE CONTRATO			16-03-2020	29-01-2021	0.00		2,463,597.50		20,000.00		0.00	0.00

OBJETO DE LA GARANTIA:
 AMPARAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PERSONALES No.CO1.PCCNTR.1447622 DE 2020 CELEBRADO POR LAS PARTES, RELACIONADO CON PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL EN EL PROGRAMA DE FORMACION ATENCION A PERSONAS EN SITUACION DE DESPLAZAMIENTO DEL CENTRO ACUICOLA Y AGROINDUSTRIAL DE GAIRA DEL SENA, REGIONAL MAGDALENA, EN LA ESPECIALIDAD DE ACUICOLA.

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION. LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA.

LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.

CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA, S.A EN TODO EL PAÍS.

VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C

SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA, DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

LA PRESENTACION DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS.

LA PRESENTE GARANTIA NO EXPIRARA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDA CON FUNDAMENTO EN ELLA O POR REVOCACION UNILATERAL POR PARTE DEL TOMADOR O DE LA COMPañIA, DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL NUMERAL 19 DEL ARTÍCULO 25 DE LA LEY 80 DE 1993.

AUTORIZACION DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVOCAL DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACION EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACION PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA SU-OD-05-07 ADJUNTA.

RES. DIAN NO. 18762016186554 9/8/2019 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 066813 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511



(415)7709998911901(8020)1160068260

TOMADOR

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-01-02

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - TERCERA COPIA - SUCURSAL/OFCINA EXPEDIDORA

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Mon, 16 Mar 2020 10:38:23

Referencia para pago electrónico:

1160068260

Nit: 12543836

DV: 4

Tomador: HINCAPIE FRAGOSO LUIS ALBERTO

Póliza: GU047997

Certificado: GU068260

Sucursal: 11

VALOR PÓLIZA:\$ 38,080.00

FECHA DE PAGO:

DD	MM	AAAA
----	----	------

Canales de Pago:

-PSE en nuestra pagina web www.confianza.com.co en Pagos Confianza PC, regístrese con c.c. o nit y el dígito de verificación, seleccione la opción: PSE/tarjeta de crédito.

-En entidades bancarias y corresponsales: (con código de barras, presentando este cupón)

Bancos:
 BBVA Davivienda Banco de Bogotá

Corresponsales bancarios:
 Corresponsales bancarios de Bancolombia
 Grupo Éxito-Carulla Copidrogas
 Baloto código 9595955369 Red Cerca
 Surtimax EDEQ
 Olímpica Full carga
 Movilred
 Grupo Gelsa
 Corresponsales Daviplata-punto red
 Otros consúltelos en nuestra página web.

CANTIDAD DE CHEQUES	COD. BANCO	CHEQUE No.	VALOR
☐			
		CHEQUES \$	
		EFFECTIVO \$	
		(*) TOTAL	



(415)7709998911901(8020)1160068260

IMPORTANTE:

- Si se requiere pagar más de una póliza, genere su cupón de pago en www.confianza.com.co en Pagos Confianza PC, regístrese con c.c. o nit y el dígito de verificación y seleccione las pólizas en la opción: Cupón de pagos.

- Es importante que esté actualizado su correo electrónico ya que a éste le llegará su recibo de caja en línea, si paga por estos medios.

- No se reciben pagos mixtos.

(*) el valor a pagar puede ser menor o igual al valor de la póliza. No se reciben valores mayores al estipulado en este cupón.

- CLIENTE -

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C.- Colombia. centrodecontacto@confianza.com.co

Referencia para pago electrónico:

1160068260

Nit: 12543836

DV: 4

Tomador: HINCAPIE FRAGOSO LUIS ALBERTO

Póliza: GU047997

Certificado: GU068260

Sucursal: 11

VALOR PÓLIZA:\$ 38,080.00

FECHA DE PAGO:

DD	MM	AAAA
----	----	------

Canales de Pago:

-PSE en nuestra pagina web www.confianza.com.co en Pagos Confianza PC, regístrese con c.c. o nit y el dígito de verificación, seleccione la opción: PSE/tarjeta de crédito.

-En entidades bancarias y corresponsales: (con código de barras, presentando este cupón)

Bancos:
 BBVA Davivienda Banco de Bogotá

Corresponsales bancarios:
 Corresponsales bancarios de Bancolombia
 Grupo Éxito-Carulla Copidrogas
 Baloto código 9595955369 Red Cerca
 Surtimax EDEQ
 Olímpica Full carga
 Movilred
 Grupo Gelsa
 Corresponsales Daviplata-punto red
 Otros consúltelos en nuestra página web.

CANTIDAD DE CHEQUES	COD. BANCO	CHEQUE No.	VALOR
☐			
		CHEQUES \$	
		EFFECTIVO \$	
		(*) TOTAL	



(415)7709998911901(8020)1160068260

IMPORTANTE:

- Si se requiere pagar más de una póliza, genere su cupón de pago en www.confianza.com.co en Pagos Confianza PC, regístrese con c.c. o nit y el dígito de verificación y seleccione las pólizas en la opción: Cupón de pagos.

- Es importante que esté actualizado su correo electrónico ya que a éste le llegará su recibo de caja en línea, si paga por estos medios.

- No se reciben pagos mixtos.

(*) el valor a pagar puede ser menor o igual al valor de la póliza. No se reciben valores mayores al estipulado en este cupón.

- BANCO -

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C.- Colombia. centrodecontacto@confianza.com.co

**GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR
DE ENTIDADES ESTATALES**

(Decreto 1082 de 2015)

1. RIESGOS AMPARADOS

La aseguradora otorga a la entidad estatal contratante asegurada, hasta el monto del valor asegurado, los amparos mencionados en la carátula de la presente póliza, de conformidad con lo previsto en el artículo 1088 del Código de Comercio, según el cual, el contrato de seguro es de mera indemnización y jamás podrá constituir fuente de enriquecimiento. Esta póliza cubre los perjuicios directos derivados del incumplimiento del garantizado, con sujeción a la definición de las condiciones adelante indicadas en su alcance y contenido.

Los amparos de la póliza serán independientes unos de otros respecto de sus riesgos y de sus valores asegurados. La entidad estatal contratante asegurada no podrá reclamar o tomar el valor de un amparo para cubrir o indemnizar el valor de otros. Estos no son acumulables y son excluyentes entre sí, según las definiciones que a continuación se estipulan:

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA

La garantía de seriedad de la oferta cubrirá la sanción derivada del incumplimiento del ofrecimiento imputable al proponente garantizado, en los siguientes eventos:

- 1.1.1 La no suscripción del contrato sin justa causa por parte del adjudicatario.
- 1.1.2 La no ampliación de la vigencia de la garantía de seriedad de la oferta, cuando el término previsto en los pliegos para la adjudicación o para la suscripción del contrato se prorrogue, siempre que tal prórroga sea inferior a tres (3) meses.
- 1.1.3 La falta de otorgamiento por parte del proponente seleccionado, de la garantía de cumplimiento del contrato.
- 1.1.4 El retiro de la oferta después de vencido el plazo fijado para la presentación de las ofertas.

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 contratante asegurada, de los perjuicios sufridos con ocasión de (i) la no inversión, (ii) el uso indebido y (iii) la apropiación indebida de los recursos recibidos en calidad de anticipo.

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO

El amparo de devolución de pago anticipado cubre a la entidad estatal contratante asegurada de los perjuicios sufridos por la no devolución total o parcial, por parte del contratista garantizado, de los dineros que le fueron entregados a título de pago anticipado, cuando a ello hubiere lugar.

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO

El amparo de cumplimiento del contrato cubre a la entidad estatal contratante asegurada con ocasión de los perjuicios derivados de: (a) el incumplimiento total o parcial del contrato, cuando el incumplimiento es imputable al contratista; (b) el incumplimiento tardío o defectuoso del contrato, cuando el incumplimiento es imputable al contratista; (c) los daños imputables al contratista por entregas parciales de la obra, cuando el contrato no prevé entregas parciales; y (d) el pago del valor de las multas y de la cláusula penal pecuniaria.

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

El amparo de pago de salarios, prestaciones sociales e indemnizaciones laborales, cubrirá a la entidad estatal contratante asegurada de los perjuicios ocasionados por el incumplimiento de las obligaciones laborales del contratista derivadas de la contratación del personal utilizado en el territorio nacional para la ejecución del contrato amparado.

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA

El amparo de estabilidad y calidad de la obra, cubrirá a la entidad estatal contratante asegurada de los perjuicios ocasionados por cualquier tipo de daño o deterioro, imputable al contratista, sufrido por la obra entregada a satisfacción.

1.7 CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES

El amparo cubre la de calidad y correcto funcionamiento de los bienes que recibe la Entidad Estatal en cumplimiento de un contrato.

1.8 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

El amparo de calidad del servicio cubre a la entidad estatal contratante asegurada, de los perjuicios derivados de la deficiente calidad del servicio prestado.

1.9 RESPONSABILIDAD FISCAL

En virtud de lo señalado en el artículo 44 de la ley 610 de 2000, la garantía de cumplimiento cubrirá los perjuicios causados a la entidad estatal contratante asegurada como consecuencia de la conducta dolosa o culposa, o de la responsabilidad imputable a los particulares, derivados de un proceso de responsabilidad fiscal, siempre y cuando esos perjuicios deriven del incumplimiento de las obligaciones surgidas a cargo del contratista garantizado relacionadas con el contrato amparado por la garantía.

2. EXCLUSIONES

Los amparos previstos en la presente póliza no operaran en los casos siguientes:

- 2.1 Causa extraña, esto es la fuerza mayor o caso fortuito, el hecho de un tercero o la culpa exclusiva de la víctima (el asegurado).**
- 2.2. Daños causados por el contratista a los bienes de la entidad no destinados al contrato.**
- 2.3. El uso indebido o inadecuado o falta de mantenimiento preventivo al que está obligada la entidad estatal contratante.**
- 2.4. El deterioro normal que sufran los bienes entregados con ocasión del contrato garantizado como consecuencia del transcurso del tiempo.**

3. SUMA ASEGURADA

La suma asegurada determinada para cada amparo en la carátula de esta póliza, delimita la responsabilidad máxima de la compañía en caso de siniestro.

4. RESTABLECIMIENTO O AMPLIACIÓN DE LA GARANTÍA.

El oferente o contratista garantizado deberá restablecer el valor de la garantía cuando éste se haya visto reducido por razón de las reclamaciones efectuadas por la Entidad contratante asegurada. En este caso se dará origen al cobro adicional de prima la cual deberá ser pagada previamente por el contratista garantizado.

De igual manera, en cualquier evento en que se aumente o adicione el valor del contrato o se prorrogue su término, el contratista garantizado deberá ampliar el valor de la garantía otorgada o ampliar su vigencia, según el caso, previo pago de la prima.

5. VIGENCIA

La vigencia de los amparos otorgados por la presente póliza, se hará constar en la carátula o en sus anexos.

6. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA

De acuerdo con lo establecido en el artículo 1077 en concordancia con el artículo 1080 del Código de Comercio la entidad

estatal contratante asegurada deberá demostrar la ocurrencia del siniestro y acreditar la cuantía de la pérdida, previo agotamiento del derecho de audiencia del contratista garantizado y del garante, de la siguiente forma:

- 6.1 En caso de caducidad, una vez agotado el debido proceso y garantizados los derechos de defensa y contradicción del contratista garantizado y de su garante de conformidad con lo establecido en el artículo 86 de la ley 1474 de 2011, la entidad estatal contratante asegurada proferirá el acto administrativo correspondiente en el cual, además de la declaratoria de caducidad, procederá a hacer efectiva la cláusula penal o a cuantificar el monto del perjuicio, y a ordenar su pago tanto al contratista garantizado como al garante. El acto administrativo de caducidad constituye el siniestro.
- 6.2 En caso de aplicación de multas, una vez agotado el debido proceso y garantizados los derechos de defensa y contradicción del contratista garantizado y de su garante de conformidad con lo establecido en el artículo 86 de la ley 1474 de 2011, la entidad estatal contratante asegurada, proferirá el acto administrativo correspondiente en el cual impondrá la multa y ordenará su pago, tanto al contratista garantizado como al garante. El acto administrativo correspondiente constituye el siniestro.
- 6.3 En los demás casos de incumplimiento, una vez agotado el debido proceso y garantizados los derechos de defensa y contradicción del contratista garantizado y de su garante de conformidad con lo establecido en el artículo 86 de la ley 1474 de 2011, la entidad estatal contratante asegurada proferirá el acto administrativo correspondiente en el cual declarará el incumplimiento, procederá a cuantificar el monto de la pérdida o a hacer efectiva la cláusula penal, si ella está pactada y a ordenar su pago tanto al contratista garantizado como al garante. El acto administrativo correspondiente constituye la reclamación para la compañía de seguros.

7. COMPENSACIÓN

Si la entidad estatal contratante asegurada al momento de tener conocimiento del incumplimiento, o con posterioridad a éste o del resultado de la liquidación del contrato, y anterior al pago de la indemnización, fuere deudora del contratista garantizado por cualquier concepto, se aplicará la compensación y la indemnización se disminuirá en el monto de las acreencias, de conformidad con lo señalado en los artículos 1714 y ss. del Código Civil.

Igualmente disminuirá el valor de la indemnización, el correspondiente a los bienes que la entidad estatal contratante asegurada, haya obtenido del contratista garantizado judicial o extrajudicialmente, en ejercicio de las acciones derivadas del contrato cuyo cumplimiento se garantiza por la presente póliza.

8. PAGO DEL SINIESTRO.

La aseguradora pagará el valor del siniestro, así:

8.1 Para el caso previsto en el numeral 5.1., dentro del mes siguiente a la comunicación escrita que con tal fin haga la entidad estatal contratante asegurada para reclamar el pago, acompañada de una copia auténtica del acto administrativo ejecutoriado, y del acta de liquidación del contrato o de la resolución ejecutoriada que acoja la liquidación unilateral.

8.2 Para el caso del numeral 5.2, dentro del mes siguiente a la comunicación escrita que haga la entidad estatal contratante asegurada, acompañada de la copia auténtica del acto administrativo ejecutoriado, junto con la constancia de la entidad estatal contratante asegurada, de la no existencia de saldos a favor del contratista garantizado respecto de los cuales se pueda aplicar la compensación de que trata la condición sexta de este clausulado, o en la que conste la disminución en el valor a indemnizar en virtud de la compensación.

8.3 Para el caso presentado en el numeral 5.3, dentro del mes siguiente a la comunicación escrita que con tal fin haga la entidad estatal contratante asegurada, acompañada de una copia auténtica del acto administrativo ejecutoriado que constituya la ocurrencia del siniestro, junto con la constancia de la entidad estatal contratante asegurada de la no existencia de saldos a favor del contratista garantizado, respecto de los cuales se pueda aplicar la compensación de que trata la condición sexta de este clausulado, o en la que conste la disminución en el valor a indemnizar en virtud de la compensación.

PARAGRAFO.- De conformidad con el artículo 1110 del Código de Comercio la aseguradora podrá optar por cumplir su prestación mediante el pago de la indemnización, o continuando la ejecución de la obligación garantizada, para este último evento se requiere la aceptación de la entidad estatal contratante asegurada.

La declaratoria de caducidad no impedirá que la entidad contratante, tome posesión de la obra o continúe inmediatamente la ejecución del objeto contratado, bien sea a través del garante o de otro contratista.

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN

Para los casos en que la suma asegurada sea aumentada o disminuida, y para aquellos en los cuales las estipulaciones del contrato original sean modificadas, la aseguradora a solicitud del contratista garantizado expedirá un certificado o anexo de modificación del seguro, en donde exprese su conocimiento respecto de las modificaciones acordadas entre el contratista garantizado y la entidad estatal contratante asegurada.

10. SUBROGACION.

En virtud del pago de la indemnización, de acuerdo con el artículo 1096 del código de comercio, en concordancia con el artículo 203 del decreto 663 de 1993 Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, la aseguradora se subroga hasta concurrencia de su importe, en todos los derechos que la entidad estatal contratante asegurada tenga contra el contratista garantizado.

11. CLAUSULA DE GARANTIAS

CONFIANZA otorga el presente seguro bajo las siguientes garantías, aceptadas por el contratista garantizado y la entidad estatal contratante asegurada así:

a. En los términos definidos por el artículo 1060 y 1061 del Código de Comercio durante la vigencia del seguro, no se introducirán modificaciones al contrato garantizado por la presente póliza, sin la notificación a CONFIANZA para la expedición del certificado de modificación correspondiente.

b. CONFIANZA tiene derecho a ejercer la vigilancia sobre el contratista garantizado en la ejecución del contrato, para lo cual la entidad estatal contratante asegurada le prestará la colaboración necesaria.

La entidad estatal contratante asegurada se compromete a ejercer estricto control sobre el desarrollo del contrato y sobre el manejo de los fondos y bienes correspondientes, dentro de las atribuciones que dicho contrato le confiere.

c. La entidad estatal deberá verificar durante la vigencia del contrato amparado en esta póliza, que el contratista se encuentra cumpliendo con sus obligaciones patronales relativas al sistema integral de seguridad social de que trata la Ley 100 de 1993.

d. La entidad estatal deberá agotar los mecanismos alternativos de solución de conflictos pactados por las partes en el contrato estatal, cuyo cumplimiento es el objeto de la presente póliza, antes de acudir a la efectividad de la garantía.

12. NO EXPIRACION POR FALTA DE PAGO DE PRIMA E IRREVOCABILIDAD.

La presente póliza no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocación unilateral.

13. NATURALEZA DEL SEGURO

La garantía otorgada por esta póliza o sus certificados de modificación no es solidaria, ni incondicional y su exigencia está supeditada a la ocurrencia del siniestro y su cuantificación.

14. NOTIFICACIONES Y RECURSOS.

La entidad estatal contratante asegurada deberá notificar a la aseguradora los actos administrativos atinentes a la efectividad de cualquier amparo de la póliza, previo agotamiento del derecho de defensa del contratista garantizado y del garante.

15. CLAUSULAS INCOMPATIBLES.

En caso de incongruencia entre las condiciones generales o particulares de la presente póliza, y las del contrato garantizado, prevalecerán las primeras. Si la incongruencia se presenta entre las condiciones particulares y las condiciones generales, prevalecerán las primeras.

16. COEXISTENCIA DE SEGUROS

En caso de existir, al momento del siniestro, otro seguro de cumplimiento con relación al mismo contrato, el importe de la indemnización a que haya lugar, se distribuirá entre los aseguradores en proporción a las cuantías de sus respectivos seguros.

17. COASEGURO

En caso de existir coaseguro al que se refiere el artículo 1095 del código de comercio, el importe de la indemnización a que haya lugar se distribuirá entre los aseguradores en proporción de las cuantías de sus respectivos seguros, sin que exista so-

lidad entre las aseguradoras participantes, y sin exceder de la suma asegurada bajo el contrato de seguro.

18. PRESCRIPCION.

La Prescripción de las acciones derivadas del presente contrato se regirá por las normas del código de comercio sobre contrato de seguro.

19. DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados en el presente contrato se fija como domicilio de las partes la ciudad de Bogotá en la República de Colombia. En fe de lo anterior, se firma a los _____ días del mes de _____ de 2_____

EL TOMADOR



FIRMA AUTORIZADA

COMPAÑÍA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A
CONFIANZA

Bogotá, Septiembre 28 de 2020

Señor:
HINCAPIE FRAGOSO LUIS ALBERTO
CC. 12543836
CR 17A 26 52 - 0
Ciudad

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

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Febrero 5 de 2020. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
HINCAPIE ALVAREZ SILVANA ALEJANDRA	1082849631	C	Feb-14-2003	117	0	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	NO VIGENTE	Feb-28-2009	Exclusion por traslado a otra EPS	Ninguna
HINCAPIE FRAGOSO LUIS ALBERTO	12543836	C	Feb-5-2020	30	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
ALVAREZ CARRANZA MARIA ELENA	36544347	C	Feb-14-2003	130	0	CONYUGE	NO VIGENTE	Nov-12-2010	Desafiliado por novedad	Ninguna
HINCAPIE ALVAREZ DANIELA YINETH	91072702935	T	Feb-14-2003	130	0	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	NO VIGENTE	Nov-12-2010	Desafiliado por novedad	Ninguna
HINCAPIE ALVAREZ LUISA FERNANDA	97020201332	T	Feb-14-2003	130	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	NO VIGENTE	Nov-12-2010	Desafiliado por novedad	Ninguna

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

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
LUIS ALBERTO HINCAPIE FRAGOSO	12543836	Trabajador Independiente	CERRADO
LUIS ALBERTO HINCAPIE FRAGOSO	12543836	Trabajador Independiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,

JAVIER CARREÑO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

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

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	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 189.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 189.600	\$ 0	\$ 0	\$ 189.600
SUBTOTALES:													\$ 189.600	\$ 0	\$ 0	\$ 189.600

[illegible]

TOTAL	\$ 189.600
--------------	-------------------

