SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL VALLE**
**CENTRO DE TECNOLOGIAS AGROINDUSTRIALES-VALLE - SERVICIOS PRESTA**

| | |
|---|---|
| Código Regional | 76 |
| Código Centro | 954310 |
| Fecha Elaboración | Octubre de 2020 |
| Versión | AGOSTO 2020 - 5,20 |
| ID de Proceso | 16389-085232 |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | ELCY LILIANA ZAPATA HOYOS | **C.C.** | 30.328.098 | **IP/Nº de contacto** | 3013490550 |
| **Correo electrónico contratista:** | ezapatah@misena.edu.co | | | | |

**Régimen del IVA:** NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** SI **Es Pensionado?** NO

**Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000** SI **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

**Banco al cual consignar:** AV VILLAS **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 187724971

**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

**Nº del contrato:** 1901405/2020 **Nº Compromiso SIIF** 61020

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 10.359.743 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 10.359.743 | **1** | **Del** | **09/10/2020** | **Al** 31/10/2020 | **$ 2.779.443,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 7.580.300 | | Comisiones | | $ 0,00 | |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 2.779.443 | Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383° | | 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** | **$ 2.779.443** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 1.846.907** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | | **$ 0** |

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

| | Octubre | Septiembre | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | Dec 1273 de 201 | Valor Base retención en la fuente | 1.846.907,00 | TARIFA |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.111.777 | $ 0 | Valor Base retención en la fuente ICA | 2.462.543,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 139.000 | $ 0 | Valor base IVA | 0,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 177.900 | $ 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 I | $ 5.900 | $ 0 | Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | $ - | | Reteica - 8523 | 4.925,00 | 0,200% |
| 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 | $ - | | - | 0,00 | |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | | Pro-UCEVA | 13.897,00 | 0,500% |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | | Universidad del Pacífico | 0,00 | 0,000% |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Dependientes hasta $ 1.139.424 | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Salud hasta $ 569.712 | $ - | | | | |
| Renta Exenta 25% $ 8.545.680 | $ 615.636 | | Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| | | | **VALOR A PAGAR** | **$ 2.760.621,00** | |

**SON: DOS MILLONES SETECIENTOS SESENTA MIL SEISCIENTOS VEINTIUNO PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Durante el mes en curso realice las siguientes funciones:
Impartiendo formación integral profesional a los aprendices del centro de formación de los programas complementaria Virtual
Auditoría Informática: Conceptualización

**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 diligenciados.

**ELCY LILIANA ZAPATA HOYOS**
**EL CONTRATISTA**

## CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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,

**JOSE GABRIEL GARAVITO APONTE**
**INSTRUCTOR G20**

**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**

**GERARDO AUGUSTO CASTRO MUÑOZ**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

CE-006 - 0000000100 – 2020

# CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 30328098 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Zapata Hoyos,Elcy Liliana |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| TIPO DE TRABAJADOR | Independiente Con Contrato De |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN | 01/12/2015 |
| ESTADO DE AFILIACIÓN | Vigente |
| ESTADO DE SERVICIO | Habilitado |
| REGIMEN | Contributivo |

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 6235442 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Zapata Madrid,Lisandro Antonio |
| TIPO DE AFILIADO | Beneficiario |
| TIPO DE TRABAJADOR | N/A |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN | 01/12/2015 |
| ESTADO DE AFILIACIÓN | Vigente |
| ESTADO DE SERVICIO | Habilitado |
| REGIMEN | Contributivo |

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 29382907 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Hoyos De Zapata,Doris |
| TIPO DE AFILIADO | Beneficiario |
| TIPO DE TRABAJADOR | N/A |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN | 01/12/2015 |
| ESTADO DE AFILIACIÓN | Vigente |
| ESTADO DE SERVICIO | Habilitado |
| REGIMEN | Contributivo |

La presente se expide a nombre de Zapata Hoyos,Elcy Liliana, a los 07 días del mes de octubre del año 2020.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14681441464

(415)7707212489984(8020) 000001468144146 4

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 3 0 3 2 8 0 9 8 | 1 | Impuestos y Aduanas de Tuluá 2 1 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 3 0 3 2 8 0 9 8 | 1 9 9 1 0 7 2 3 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Caldas 1 7 | Manizales 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ZAPATA | HOYOS | ELCY | LILIANA |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Valle del Cauca 7 6 | Cartago 1 4 7 |

41. Dirección principal
CL 30 2 N 03 MZ 17 CA 5 CONDOMINIO VILLA DEL ROBLE

42. Correo electrónico ellizaho@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 2 1 1 3 0 1 8 | 3 1 3 3 9 8 1 5 7 1 |

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 5 2 3 | 2 0 1 0 0 1 3 0 | | | | | | | |

## 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 | 5 | 4 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

| Obligados 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 61. Fecha 2020 - 01 - 30

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 ZAPATA HOYOS ELCY LILIANA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14681441464

(415)7707212489984(8020) **000001468144146 4**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 3 0 3 2 8 0 9 8 | 1 | Impuestos y Aduanas de Tuluá 2 1 | |

## Características y formas de las organizaciones

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

## Constitución, Registro y Última Reforma

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

## Composición del Capital

82. Nacional ____ %

83. Nacional público ____ %

84. Nacional privado ____ %

85. Extranjero ____ %

86. Extranjero público ____ %

87. Extranjero privado ____ %

## Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

## Estado y Beneficio

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

## Vinculación económica

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

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

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

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario
## Establecimientos

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14681441464

(415)7707212489984(8020) **000001468144146 4**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| | | Impuestos y Aduanas de Tuluá 2 1 | |

**Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros**

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Comercio al por menor de muebles de para oficina, maquinaria y equipo de 5 2 4 3 |

162. Nombre del establecimiento: TECNOLOGY WORLD

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Valle del Cauca 7 6 | Cartago 1 4 7 |

165. Dirección: CR 4 15 18

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 0 0 0 6 3 9 1 4 | 2 0 0 9 0 7 2 2 |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| 2 1 0 3 3 0 7 | 2 0 1 1 0 1 0 4 |

**2**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| | |

162. Nombre del establecimiento:

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| | |

165. Dirección:

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| | |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| | |

**3**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| | |

162. Nombre del establecimiento:

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| | |

165. Dirección:

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| | |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| | |

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

# SERMEDIC SERVICIOS ESPECIALIZADOS

## FORMATO SALUD OCUPACIONAL - FECHA: 2020-01-27



### INFORMACION PERSONAL

**Tipo documento**
CEDULA DE CIUDADANIA

**Numero documento**
30328098

**Genero**
FEMENINO

**Nombre del paciente**
ELCY LILIANA ZAPATA HOYOS

**Ciudad**
CARTAGO

**Edad**
47 Años 2 Meses 11 Dias

**Cargo/Ocupacion**
INSTRUCTORA

**Entidad**
PARTICULAR

### MOTIVO DE CONSULTA

**TIPO DE EXAMEN**
INGRESO

### VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA OCUPACIONAL

**AGUDEZA VISUAL**
ALTERADO

**HALLAZGOS:**
PRESBICIA-ASTIGMATISMO SE REMITE PARA OPTOMETRIA

**OTROS:**
PRUEBA PSICOMETRICA : NORMAL.

| EXAMEN DE LABORATORIO | INTERPRETACION | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| PERFIL LIPIDICO | NORMAL | |
| CUADRO HEMATICO | NORMAL | |

### RIESGO

BAJO

### RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

HIGIENE POSTURAL
CITOLOGIA CERVICOVAGINAL ANUAL
AUTOCUIDADO Y PREVENCION DE ACCIDENTES
CONTROL DE PESO Y NUTRICION
INICIO O CONTINUAL ACTIVIDAD FISICA

### CONCEPTO

SIN RESTRICCION PARA EL CARGO

**OBSERVACIONES**

CABEZA: SIN ALTERACIONES, ORGANOS DE LOS SENTIDOS: SIN PATOLOGIA EVIDENTE, CUELLO CENTRAL, MOVIL, SIN MASAS NI DESVIACIONES. CARDIO-PULMONAR: CON RSCSRS SIN SOPLOS. VENTILACION PULMONAR NORMAL. ABD: NORMAL SIN MASAS NI MEGALIAS. NO HERNIAS. EXTREMIDADES Y ARTICULACIONES SIN ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES. NEUROLOGICO: NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO. PRUEBAS DE EQUILIBRIO NORMALES. EXTREMIDADES SIN VENAS VARICOSAS. COLUMNA NORMAL SIN ESCOLIOSIS NI PATOLOGÍA EVIDENTE AL EF. RIESGO BAJO CARDIOVASCULAR, DIETA, EJERCICIO, BAJAR PESO. CONTROL NUTRICIONAL.VALORACION OSTEOMUSCULAR ,CARDIOVASCULAR EN LOS LIMITES NORMALES, PRUEBA PSICOMETRICA NORMAL.

**La presente certificacion se expide con base en la historia clinica ocupacional del trabajador la cual tiene caracter confidencial y su manejo esta regulado por la resolucion 2346 del 2007 0918 de 2009.**

**ELCY LILIANA ZAPATA HOYOS**
**CC 30328098**

**MEDICO LABORAL**

*Laboratorio Clínico*
*Luz Stella Zapata H.*
*Universidad Católica de Manizales*
*Nit. 30.304.512-4*

Fecha: ENERO 27 DE 2020
Paciente: ELCY LILIANA ZAPATA HOYOS
CC 30328098 Edad: 47 años

## HEMATOLOGIA

| ANALISIS | RESULTADO | | V/REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| **CUADRO HEMÁTICO AUTOMATIZADO IV** | | | |
| **PARAMETROS LEUCOCITARIOS** | | | |
| Leucocitos | **9.200** | x10mm3/uL | 3.7-10.1 |
| %Neutrófilos | **65.0** | % | 39.3-73.7 |
| %Linfocitos | **30.0** | % | 18.0-48.3 |
| %Monocitos | **2.1** | % | 0.00-10.0 |
| %Eosinófilos | **2.3** | % | 0.00-7.00 |
| %Basófilos | **0.6** | % | 0.00-1,00 |
| Recuento diferencial absoluto: | | | |
| #Neutrófilos | **6.8** | x10mm3u/L | 1.63-6.96 |
| #Linfocitos | **4.3** | x10mm3u/L | 1.09-2.99 |
| #Monocitos | **0.2** | x10mm3u/L | 0.3-0.9 |
| #Eosinófilos | **0,3** | x10mm3u/L | 0-0.5 |
| #Basófilos | **0.0** | x10mm3u/L | 0-0.2 |
| **PARAMETROS ERITROCITARIOS** | | | |
| Eritrocitos | **4,50** | x10mm6u/L | 4.06-4.69 |
| Hemoglobina | **14.0** | g/dl | 11.7-18 |
| Hematocrito | **43.0** | % | 37.7-53-7 |
| Volumen Corpuscular Medio (MCV) | **87.1** | fL | 79.0-101.0 |
| Hemoglobina Corpuscular media (MCH) | **30.7** | pg | 26.0-35.0 |
| Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW) | **13.3** | % | 11.5-14.5 |
| **PARAMETROS PLAQUETARIOS** | | | |
| Recuento de plaquetas (PLT) | **310** | x10mm3u/L | 150-450 |
| Volumen Plaquetario Medio (MPV) | **7,1** | fL | 4.5-10 |

Técnica: MAPSS

LUZ STELLA ZAPATA H
Bacteriologa
U.Católica de Manizales
REG 19061

**GRACIAS POR SU CONFIANZA**
**Cll 8 Bis. No. 3 – 54 Cartago Valle**
**Teléfono: 2126054 Residencia: 2113018 Cel: 3137017893**

*Laboratorio Clínico*
*Luz Stella Zapata H.*
*Universidad Católica de Manizales*
*Nit. 30.304.512-4*

Fecha: ENERO 27 DE 2020
Paciente: ELCY LILIANA ZAPATA H
CC 30328098 Edad: 47 Años

RESULTADO DE EXÁMENES

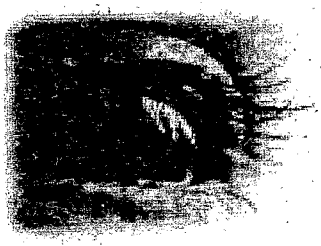
| Examen | Resultado | Normal de Referencia |
|---|---|---|
| **GLIEMIA EN AYUNAS**<br>Técnica: Hexoquinasa | **81** mg/dl. | 70-110 mg/dl. |
| **COLESTEROL TOTAL**<br>Técnica: Colorimétrica-enzimática | **193** mg/dl | Hasta 200 mg/dl. |
| **COLESTEROL HDL**<br>Técnica: Enzimática | **55** mg/dl. | 40-70 mg/dl. |
| **COLESTEROL LDL**<br>Técnica: Enzimática | **108,2** mg/dl. | Hasta 150 mg/dl. |
| **COLESTEROL VLDL**<br>Técnica: Cálculo | **29,8** mg/dl. | Hasta 32 mg/dl, |
| **TRIGLICERIDOS**<br>Técnica: Enzimática | **149** mg/dl. | Hasta 150 mg/dl. |
| **INDICE RIESGO CORONARIO** | **3,5** | Normal: 4,0<br>Relativo: 8,96<br>Alto 12,8 |

LUZ STELLA ZAPATA H
BACTERIÓLOGA
U. Católica de Manizales.
REG 19061

**GRACIAS POR SU CONFIANZA**
**Cll 8 Bis. No. 3 – 54 Cartago Valle**
**Teléfono: 2126054 Residencia: 2113018 Cel: 3137017893**

SerMedic
Servicios Especializados SAS

# CERTIFICADO VISUAL



| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CIUDAD: | Cartago | | | | | | | | | | | FECHA: | 28 | MM | 2020 |
| NOMBRE Y APELLIDOS: | Elsy Liliana Zapata Hoyos | | | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | RC | TI | X | CE | No: | 30.320.098 | | | | | | | | | |
| SEXO: | M | X | ESCOLARIDAD: | N | P | S | T | T | U | P | | EDAD: | 47 años | | |
| DIRECCION: | | | | | | | | | | | | TELEFONO: | | | |
| EMPRESA: | | | | | | | | | | | | OCUPACION: | Auxiliar SENA | | |

| CX: | SI | NO | TRAUMA: | SI | NO | REFRACTIVOS: | SI | NO | 2 años y medio |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | X | | | X | | | | |

| SIN CORRECCION | VL | VP | CON CORRECCION | VL | VP |
|---|---|---|---|---|---|
| OJO DERECHO | | | OJO DERECHO | 20/30 | 0,5 u 4 |
| OJO IZQUIERDO | | | OJO IZQUIERDO | 20/25 | |

| SEGMENTO ANTERIOR | NORMAL | ALTERADO |
|---|---|---|
| OJO DERECHO | X | |
| OJO IZQUIERDO | X | |

| SEGMENTO POSTERIOR | NORMAL | ALTERADO |
|---|---|---|
| OJO DERECHO | X | |
| OJO IZQUIERDO | X | |

| PERCEPCION DEL COLOR | NORMAL | ALTERADO | ESTADO MOTOR | |
|---|---|---|---|---|
| OJO DERECHO | X | | VL | |
| OJO IZQUIERDO | X | | VP | |

| PRUEBA DE ESTEREOPSIS BINOCULAR | NORMAL | ALTERADO |
|---|---|---|
| | | |

*OBSERVACIONES:* Presbicia - Astigmatismo. Se remite a optometría

Elsy Liliana Zapata H.
*FIRMA PACIENTE*

Gloria Tovar O.
Gloria Tovar
OPTOMETRA
REG. 0057
*FIRMA MEDICO*

## PRUEBA PSICOTÉCNICA

**Nombre:** ELCY LILIANA ZAPATA HOYOS
**Número de identificación:** 30320098
**Fecha**: 27 ENERO 2020
**Nivel Educativo:** ESPECIALISTA
**Edad:** 47 años
**Cargo:** INSTRUCTOR
**Empresa:** SENA
**Elaborado por:** Tatiana Giraldo Silva
**Pruebas aplicadas:** agx

**Resultados:**

### 1. ATENCION CONCENTRADA Y RESISTENCIA VIGILANTE A LA MONOTONIA

¿Qué busca la prueba?

Sirve para determinar hasta qué punto una persona mantiene la calma y la concentración, maneja las rutinas sin equivocarse, como sucede al conducir por una vía recta y plana.

**Objetivo de la prueba**: Detectar fallas ó bloqueos en la Atención y Concentración (DISPERSION). El evaluado debe responder (con miembros superiores e inferiores) a una serie de estímulos visuales y auditivos presentados de manera monótona y repetitiva.

| | Rango | Puntaje obtenido |
|---|---|---|
| Tiempo medio reacción respuesta | 890 | 194 |
| Numero de Errores | 4 | 0 |

Se evidencia que se encuentra dentro de los parámetros adecuados, en un término medio, es una persona que no presenta fallas en la atención o concentración, y puede mantener la calma y la concentración, maneja las rutinas sin equivocarse, como sucede al conducir por una vía recta y plana.

### 2. REACCIONES MULTIPLES

¿Qué busca la prueba?
Mide la capacidad de reacción y velocidad de respuesta de los brazos y piernas, mediante la medición del tiempo que transcurre entre la presentación

de un estímulo auditivo o visual determinado y la producción de la respuesta correspondiente.

**Objetivo de la prueba:** Evalúa la capacidad de discriminar los tiempos de reacción de la persona, la velocidad de respuestas (con miembros superiores e inferiores), ante estímulos visuales y auditivos. El Aspirante debe responder a una serie de estímulos visuales y auditivos, presentados en forma aleatoria, sin ninguna correlación de tiempo entre estímulos.

| | Rango | Puntaje obtenido |
|---|---|---|
| Tiempo medio reacción respuesta | 1483 | 775 |
| Numero de Errores | 6 | 1 |

Es una persona que puede tener la capacidad de reacción y velocidad de respuesta de los brazos y piernas, ante la presentación de un estímulo auditivo o visual determinado y la producción de la respuesta correspondiente. Se encuentra dentro de los parámetros esperados su respuesta.

## 3. REACCION AL FRENADO

**¿Qué busca la prueba?**

Evalúa el tiempo promedio de reacción que tiene una persona para dejar de acelerar y comenzar a frenar frente a una situación de emergencia, medido desde el momento en que decide aplicar los frenos del vehículo hasta el instante en que comienza a aplicarlos.

| | Rango | Puntaje obtenido |
|---|---|---|
| Tiempo medio reacción | 948 | 322 |

Es una persona que tiene la capacidad para reaccionar en un momento en que tiene que responder a un estímulo, como dejar de acelerar y frenar. Se encuentra dentro de los parámetros esperados su respuesta.

## 4. COORDINACION VISOMOTRIZ BIMANUAL

¿Qué busca la prueba?

Esta prueba sirve para evaluar la coordinación del sujeto en ambas manos, de forma simultánea independiente. Como lo hace al conducir con una mano y efectuar los cambios con la otra.

*Tatiana Giraldo Silva*
*Psicóloga*
*Tp.131907*

**Objetivo de la prueba:** Evaluar la función motora en ambas manos, con movimientos de coordinación y disociación (se tiene en cuenta el tiempo en el error). El evaluado debe mantener bajo control dos móviles, evitando que salgan de circuito, cuando se produce esta situación sonará un timbre que le indicará que está cometiendo un error, del que deberá salir rápidamente.

| | Rango | Puntaje obtenido |
|---|---|---|
| Tiempo total del error | 5553 | 5485 |
| Numero de Errores | 27 | 19 |

Es una persona que tiene la coordinación en ambas manos, de forma simultánea independiente. Como lo hace al conducir con una mano y efectuar los cambios con la otra. Resultados dentro de los parámetros adecuados.

## 5. PERCEPCION DE LA VELOCIDAD

¿Qué busca la prueba?

Evalúa los posibles problemas que tenga un sujeto para percibir la velocidad al adelantar o al seguir un vehículo.

**Objetivo de la prueba**

Determinar desviaciones perceptivas de la velocidad, (tiempo y distancia) esencial para maniobras de adelantamiento o seguimiento de un vehículo. Debe seguir el desplazamiento de un móvil y calcular la velocidad a la que se desplaza.

| Rango | Obtenido |
|---|---|
| 867 | 328 |

Porcentaje de desviación
Es una persona que tiene la capacidad para percibir la velocidad al adelantar o al seguir un vehículo. Se encuentra dentro de los parámetros adecuados.

Psicologa
Tatiana Giraldo Silva
T.P. 131907

Tatiana Giraldo

***TATIANA GIRALDO SILVA***
***Psicóloga***

## Hace constar:

Que el Sr(a) ELCY LILIANA ZAPATA HOYOS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 30328098 realizó el día 15/10/2020 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, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

---

## Compromiso SST:

Yo ELCY LILIANA ZAPATA HOYOS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 30328098 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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

# Hace constar:

Que el Sr(a) ELCY LILIANA ZAPATA HOYOS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 30328098 realizó el día 15/10/2020 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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

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

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

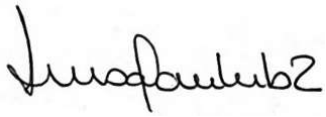
**CERTIFICA**

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que ELCY LILIANA ZAPATA HOYOS, con Cédula Ciudadanía No. 30328098 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 10/10/2020, para el contrato registrado con fecha desde 09/10/2020 y fecha hasta 30/12/2020, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 1.

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): 202001020162398.

Dada en Bogotá, a los 15 días del mes de octubre de 2020



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

BANCO COMERCIAL
"AVVILLAS"
NIT: 860.035.827-5
CRA. 13 No. 27-47 P-24 BOGOTA D.C.

CERTIFICA:

Que ELCY LILIANA ZAPATA HOYOS identificada con el documento No. 30328098 posee en la oficina CARTAGO (185) una Cuenta de Ahorros - Cuenta Móvil No. 187724971 desde el 02 de diciembre de 2017.

FECHA DE EXPEDICION: 2020/10/07

CONFIANZA
Swiss Re Corporate Solutions
NIT: 860.070.374-9

# GARANTIA UNICA DE SEGUROS DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES

Decreto 1082 de 2015

PÓLIZA 23 GU061134
CERTIFICADO 23 GU084599

CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 2360084599

**SUCURSAL:** 23. PEREIRA **USUARIO:** LLANOR **TIP CERTIFICADO:** Nuevo **FECHA** DD 09 MM 10 AAAA 2020

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **TOMADOR/GARANTIZADO:** | ZAPATA HOYOS ELCY LILIANA | **C.C. O NIT:** 30328098 | 1 |
| **DIRECCIÓN:** | CL 30 2 N 03 MZ 17 CA 5 | **CIUDAD:** CARTAGO | |
| **E-MAIL:** | ellizaho@gmail.com | **TELÉFONO:** 2113018 | |
| **ASEGURADO:** | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA- | **C.C. O NIT:** 899999034 | 1 |
| **DIRECCIÓN:** | CENTRO DE TECNOLOGIAS AGROINDUSTRIALES | **CIUDAD:** CARTAGO **TEL.** 2119999 | |
| **BENEFICIARIO:** | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA- | **C.C. O NIT:** 899999034 | 1 |
| **DIRECCIÓN:** | CENTRO DE TECNOLOGIAS AGROINDUSTRIALES | **CIUDAD:** CARTAGO **TEL.** 2119999 | |

| **VIGENCIA** | | | **VALOR ASEGURADO EN** PESOS | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | DD MM AAAA | DD MM AAAA | **ANTERIOR** | **ESTA MODIFICACIÓN** | **NUEVA** |
| **DESDE** | 09 10 2020 | **HASTA** 30 04 2021 | | | 1,035,974.30 |

| **INTERMEDIARIO** | | **COASEGURO** | | | **PRIMA** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **%** | **NOMBRE** | **COMPAÑIA** | **%** | | **TRM** 3,839.73 | **MONEDA** | **VALORES** |
| 100.00 | LO PROTEGEMOS LIMITAD | | | | **PRIMA** | PESOS | 20,000.00 |
| | | | | | **CARGOS DE EMISIÓN** | PESOS | 10,000.00 |
| | | | | | **IVA** | PESOS | 5,700.00 |
| | | | | | **TOTAL** | | **35,700.00** |

| **AMPAROS** | **VIGENCIA** | | **VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS** | **VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS** | **VALOR PRIMA EN PESOS** | **DEDUCIBLE** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Desde** | **Hasta** | | | | **%** | **Mínimo** |
| CUMPLIMIENTO DE CONTRATO | 09-10-2020 | 30-04-2021 | 0.00 | 1,035,974.30 | 20,000.00 | 0.00 | 0.00 |

**OBJETO DE LA GARANTÍA:**
**AMPARAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DE MEDIO CONTENIDAS EN CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Nro.CO1.PCCNTR.1901405 DE 2020 CELEBRADO POR LAS PARTES, RELACIONADO CON EJECUTAR POR PARTE DEL CONTRATISTA LAS ACTUACIONES CORRESPONDIENTES PARA LA PRESTACION TEMPORAL DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL, EJECUTANDO PARA EL PROGRAMA REGULAR EN LA VIGENCIA 2020 DEL CENTRO DE TECNOLOGIAS AGROINDUSTRIALES.**

ESTA POLIZA 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 POLIZA.
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, SUJETANDOSE 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 HARA 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 EXPEDICIÓN.
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, 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 PRESENTACIÓN DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS.
LA PRESENTE GARANTIA NO EXPIRARA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDA CON FUNDAMENTO EN ELLA O POR REVOCACIÓN UNILATERAL POR PARTE DEL TOMADOR O DE LA COMPAÑIA, DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL NUMERAL 19 DEL ARTICULO 25 DE LA LEY 80 DE 1993.
AUTORIZACIÓN 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 INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN 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.

**TOMADOR**

(415)7709998911901(8020)2360084599

**COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA**

SU-FO-01-02

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

CONFIANZA
Swiss Re Corporate Solutions
NIT: 860.070.374-9

# GARANTIA UNICA DE SEGUROS DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES

Decreto 1082 de 2015

PÓLIZA 23 GU061134
CERTIFICADO 23 GU084599

CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 2360084599

**SUCURSAL:** 23. PEREIRA **USUARIO:** LLANOR **TIP CERTIFICADO:** Nuevo **FECHA** DD 09 MM 10 AAAA 2020

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **TOMADOR/GARANTIZADO:** | ZAPATA HOYOS ELCY LILIANA | **C.C. O NIT:** 30328098 | 1 |
| **DIRECCIÓN:** | CL 30 2 N 03 MZ 17 CA 5 | **CIUDAD:** CARTAGO | |
| **E-MAIL:** | ellizaho@gmail.com | **TELÉFONO:** 2113018 | |
| **ASEGURADO:** | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA- | **C.C. O NIT:** 899999034 | 1 |
| **DIRECCIÓN:** | CENTRO DE TECNOLOGIAS AGROINDUSTRIALES | **CIUDAD:** CARTAGO **TEL.** 2119999 | |
| **BENEFICIARIO:** | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA- | **C.C. O NIT:** 899999034 | 1 |
| **DIRECCIÓN:** | CENTRO DE TECNOLOGIAS AGROINDUSTRIALES | **CIUDAD:** CARTAGO **TEL.** 2119999 | |

| **VIGENCIA** | | **VALOR ASEGURADO EN** PESOS | | |
|---|---|---|---|---|
| DD MM AAAA | DD MM AAAA | **ANTERIOR** | **ESTA MODIFICACIÓN** | **NUEVA** |
| **DESDE** 09 10 2020 | **HASTA** 30 04 2021 | | | 1,035,974.30 |

| **INTERMEDIARIO** | | **COASEGURO** | | | | **PRIMA** | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **%** | **NOMBRE** | **COMPAÑIA** | **%** | | | **TRM** 3,839.73 | **MONEDA** | **VALORES** |
| 100.00 | LO PROTEGEMOS LIMITAD | | | | | **PRIMA** | PESOS | 20,000.00 |
| | | | | | | **CARGOS DE EMISIÓN** | PESOS | 10,000.00 |
| | | | | | | **IVA** | PESOS | 5,700.00 |
| | | | | | | **TOTAL** | | **35,700.00** |

| **AMPAROS** | **VIGENCIA** | | **VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS** | **VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS** | **VALOR PRIMA EN PESOS** | **DEDUCIBLE** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Desde** | **Hasta** | | | | **%** | **Mínimo** |
| CUMPLIMIENTO DE CONTRATO | 09-10-2020 | 30-04-2021 | 0.00 | 1,035,974.30 | 20,000.00 | 0.00 | 0.00 |

**OBJETO DE LA GARANTÍA:**
**AMPARAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DE MEDIO CONTENIDAS EN CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Nro.CO1.PCCNTR.1901405 DE 2020 CELEBRADO POR LAS PARTES, RELACIONADO CON EJECUTAR POR PARTE DEL CONTRATISTA LAS ACTUACIONES CORRESPONDIENTES PARA LA PRESTACION TEMPORAL DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL, EJECUTANDO PARA EL PROGRAMA REGULAR EN LA VIGENCIA 2020 DEL CENTRO DE TECNOLOGIAS AGROINDUSTRIALES.**

ESTA POLIZA 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 POLIZA.
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, SUJETANDOSE 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 HARA 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 EXPEDICIÓN.
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, 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 PRESENTACIÓN DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS.
LA PRESENTE GARANTIA NO EXPIRARA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDA CON FUNDAMENTO EN ELLA O POR REVOCACIÓN UNILATERAL POR PARTE DEL TOMADOR O DE LA COMPAÑIA, DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL NUMERAL 19 DEL ARTICULO 25 DE LA LEY 80 DE 1993.
AUTORIZACIÓN 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 INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN 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.

**TOMADOR**

(415)7709998911901(8020)2360084599

**COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA**

SU-FO-01-02

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - PRIMERA COPIA - GARANTIZADO