



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

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

REGIONAL CUNDINAMARCA

CENTRO INDUSTRIAL Y DESARROLLO DE SOACHA-CUNDINAMARCA

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

Código Regional	25
Código Centro	923210
Fecha Elaboración	Febrero de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	29878-933086

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	TERESA DE JESUS SANTANDER MACERY	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	45.464.937	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	teresamasey@misena.edu.co	Número de Cuenta:	56754326382
IP/Nº de contacto:		Presta Servicios Excluidos de IVA:	NO
Inducción SST:	SI	Pertenece al régimen simple de tributación:	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Es declarante de renta por el año gravable 2025	NO
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?			SI
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a \$69.718.600			NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2026 es igual o superior a \$209.496.000 (debe registrarse como responsable del IVA)			NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?			NO
Concepto del pago corresponde a:			Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.			0,00%

**DATOS DEL CONTRATO**

Nº del contrato:	9128393/2026	Nº Compromiso SIIF	32426	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR. PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, CON AUTONOMÍA TÉCNICA Y RESPONSABILIDAD PROPIA, COMO INSTRUCTOR DE FORMACIÓN COMPLEMENTARIA PRESENCIAL, PARA ATENDER NECESIDADES ESPECÍFICAS DE FORMACIÓN EN LOS PROGRAMAS OFERTADOS				

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	01/02/2026	Al	28/02/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 48.796.209
Número de pago	1			Valor Total del Contrato:	\$ 48.796.209
Valor Bruto Pago:	\$ 4.737.496,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 44.058.713

**RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

Ingresos por honorarios	\$ 4.737.496	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	\$ 0
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 4.737.496</b>		<b>\$ 0</b>
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 3.360.796</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>

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

	Febrero	Enero			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	1079387408	Base retención en la fuente a título de RENTA	3.360.796,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.894.998	\$ 0	Base retención en la fuente a título de ICA	4.500.596,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 236.900	\$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 0	\$ 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	\$ 19.800	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00	15%
			Reteica - 8299 - SOACHA	27.004,00	0,600%
				0,00	0%
				0,00	0%
				0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -			0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 837.984	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 37.927.505	\$ 1.120.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 0				
Retención en la Fuente Contingente	\$		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$4.710.492,00</b>	

**SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS DIEZ MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE**

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

Visitas a la casa de la cultura de sibate y casa de la mujer de Pablo Neruda
Hablé con la representante de la fundación girasoles, con la junta de acción comunal de compartir y la
Junta de acción comunal del altico, junta de acción comunal paseó real
Reuniones en el Sena con el coordinador, realizar catálogo de los cursos de confección

**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

*Teresa Santander M*

**TERESA DE JESUS SANTANDER MACERY  
EL CONTRATISTA**

**CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO**

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:  
 1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;  
 2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del 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.

Autorizo el presente pago.  
El Supervisor,

**JOSE FERNANDO LOPEZ RODRIGUEZ  
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  
ARGEMIRO CELIS CASTRO  
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

2. Concepto  Actualización

4. Número de formulario

14925971569



(415)7707212489984(8020) 000001492597156 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)  
4 5 4 6 4 9 3 7

6. DV  
0

12. Dirección seccional  
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico  
3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida	2	25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	1 3	26. Número de Identificación 4 5 4 6 4 9 3 7	
Lugar de expedición COLOMBIA	28. País 1 6 9	29. Departamento Bolívar	1 3	30. Ciudad/Municipio Cartagena	0 0 1
31. Primer apellido SANTANDER	32. Segundo apellido MACERY	33. Primer nombre TERESA		34. Otros nombres DE JESUS	
35. Razón social					
36. Nombre comercial MODISTERIA Y CONFECCIONES TERESA					
37. Sigla					

UBICACIÓN

38. País COLOMBIA	1 6 9	39. Departamento Bogotá D.C.	1 1	40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C.	0 0 1
41. Dirección principal 9 18 15					
42. Correo electrónico teresanmasery@hotmail.com					
43. Código postal					
44. Teléfono 1 3 1 2 3 3 3 0 8 9 4					
45. Teléfono 2					

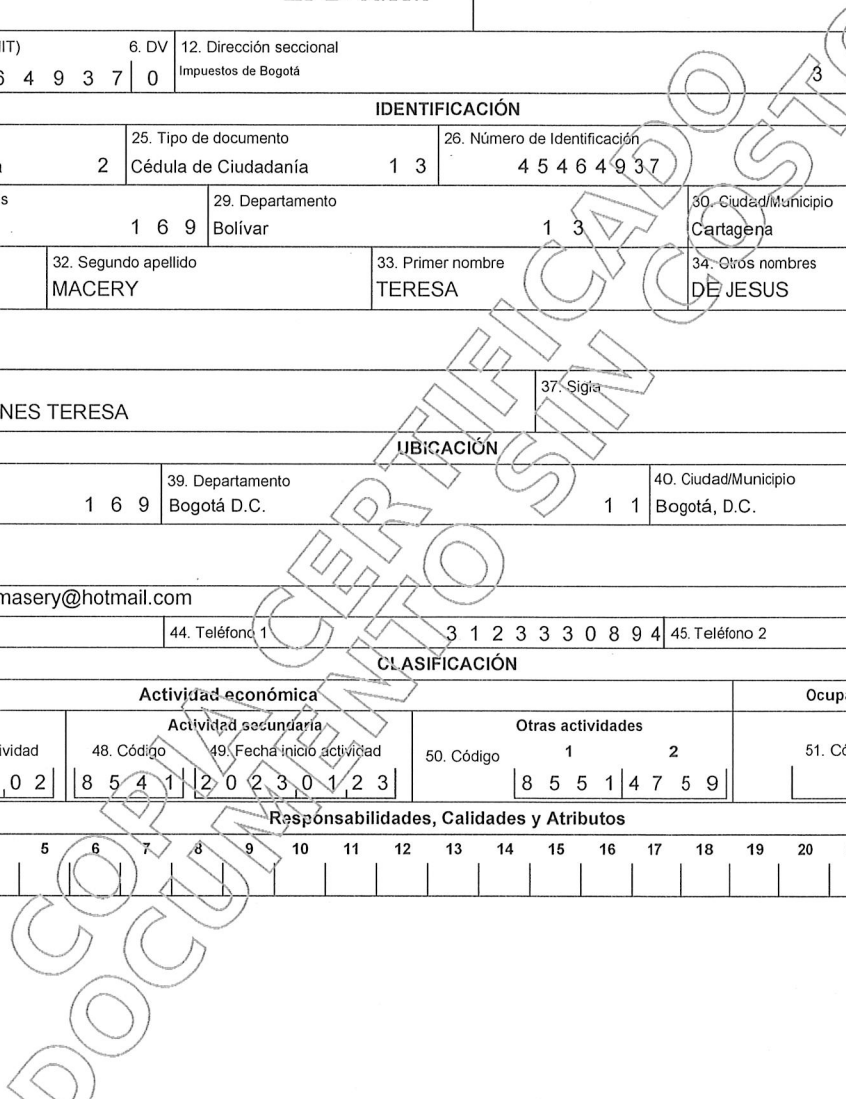
CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código	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
4 9																										

49 - No responsable de IVA



DIAN

Usuarios aduaneros										Exportadores					
54. Código										55. Forma	56. Tipo	Servicio			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			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:

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.  
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.  
Firma autorizada:

984. Nombre SANTANDER MACERY TERESA DE JESUS  
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14925971569



(415) 7707 212489984(8020) 0000014925971569

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)  
4 5 4 6 4 9 3 7 0

6. DV 0  
12. Dirección seccional  
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico  
3 2

Características y formas de las organizaciones

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

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

Documento	1. Constitución	2. Reforma	Composición del Capital	
71. Clase	0 9		82. Nacional	_____ %
72. Número	_____	_____	83. Nacional público	_____ %
73. Fecha	_____	_____	84. Nacional privado	_____ %
74. Número de notaría	_____	_____	85. Extranjero	_____ %
75. Entidad de registro	0 3	_____	86. Extranjero público	_____ %
76. Fecha de registro	2 0 1 9 0 5 2 3	_____	87. Extranjero privado	_____ %
77. No. Matricula mercantil	0 3 1 1 6 4 2 9	_____		
78. Departamento	1 1	_____		
79. Ciudad/Municipio	4	_____		
Vigencia				
80. Desde	_____	_____		
81. Hasta	_____	_____		

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		_____		-
2		_____		-
3		_____		-
4		_____		-
5		_____		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica <input type="checkbox"/>	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			

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14925971569



(415)7707212489984(8020) 000001492597156 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 4 5 4 6 4 9 3 7   0	6. DV 0	12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	14. Buzón electrónico 3 2
---------------------------------------------------------------------	------------	------------------------------------------------	------------------------------

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

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comerci 0 2	161. Actividad económica Confección de prendas de vestir, excepto prendas de piel   1 4 1 0
162. Nombre del establecimiento MODISTERIA Y CONFECCIONES TERESA	
163. Departamento Bogotá D.C. 1 1	164. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1
165. Dirección DG 47 52 C 39 SUR	
166. Número de matrícula mercantil 0 3 1 1 6 5 4 7	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 9, 0 5 2 3
168. Teléfono	169. Fecha de cierre
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
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



## ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

### Resultados de la consulta

#### Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	45464937
NOMBRES	TERESA DE JESUS
APELLIDOS	SANTANDER MACERY
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

#### Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	01/01/2016	31/12/2999	COTIZANTE

**Fecha de Impresión:** | 01/08/2026 11:46:23 | **Estación de origen:** | 2801:12:c800:2070::1

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES”.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

**Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.**

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en

Bogotá D.C., 01 de agosto de 2022  
RAD-107790-8-22

Señor (a):  
TERESA DE JESUS SANTANDER MACERY  
CR 68 41 55  
teresanmasery@hotmail.com  
Tel: 3237961995  
BOGOTA, D.C.-BOGOTA D.C



Tipo de Trámite: Devolución de Saldos  
Asunto: Aprobación de Devolución de Saldos  
Código: DS017  
Identificación: 45464937

Respetado(a) Señor(a):

En relación con la solicitud de pensión radicada ante esta Administradora nos permitimos informarle que validados los requisitos establecidos en la Ley, Colfondos S.A. le informa que le ha sido **APROBADA UNA DEVOLUCION DE SALDOS.**

Lo anterior teniendo en cuenta que:

1. Al verificar el patrimonio pensional acumulado -correspondiente al saldo de su cuenta de ahorro individual y el valor del bono pensional en caso de que tuviese derecho al mismo- y los beneficiarios reportados en la solicitud, dicho patrimonio es insuficiente para financiar una pensión de vejez en los términos del Artículo 64 de la Ley 100 de 1993.
2. El número de semanas cotizadas resulta inferior a las 1.150 semanas requeridas para acceder a la Garantía de Pensión Mínima, en concordancia con el Artículo 64 de la Ley 100 de 1993.
3. Adicionalmente usted fue asesorado en la posibilidad de acceder a la pensión familiar, Beneficios Económicos Periódicos (BEPS) o continuar cotizando para pensión obligatoria y de esta forma optar por la pensión de vejez; sin embargo su decisión fue elegir la devolución de saldos por no pensión de vejez.

A continuación informamos los factores tenidos en cuenta para aprobación de la devolución de saldos:

Beneficiario principal y sustitutos							
Número de ID.	Nombre y Apellidos	F. de Nacimiento	Género	% de Distribución	Extinción del Derecho	Parentesco	Estado Beneficiario
45464937	TERESA DE JESUS SANTANDER MACERY	14/02/1965	Femenino	100%		Principal	Activo
<b>Fecha de Adquisición del derecho: 14 de febrero de 2022</b>							
Información General							
Edad del afiliado	57		Saldo Cuenta de Ahorro Individual			\$ 8.307.131	
% de Pérdida de Capacidad Laboral			Valor del Bono Pensional			\$ 0	
Estado del Bono Pensional	NO BONO		<u>Valor Devolución de Saldos</u>			\$ 8.307.131	
Total semanas cotizadas	244						
Total Semanas Cobertura							

Observaciones:

"Todos nuestros afiliados podrán acudir al Defensor del Consumidor Financiero o su Suplente, quienes deberán dar trámite a sus reclamaciones de forma objetiva y gratuita. Dentro de las funciones del Defensor del Consumidor Financiero están las de ser vocero y actuar como conciliador de los Consumidores Financieros en los términos indicados en la Ley 640 de 2001, también puede dirigir en cualquier momento a la Junta Directiva de la Administradora recomendaciones, propuestas y peticiones. Para la presentación de las reclamaciones el afiliado únicamente deberá informar los hechos, sus datos de identificación y contacto (dirección, teléfono y correo electrónico) con el fin de hacerle llegar la correspondiente respuesta. Defensor del Consumidor Financiero de Colfondos S.A.: Correo electrónico: (defensor@colfondos.com), Principal: Dr. José Guillermo Peña González, Suplente: Dr. Carlos Alfonso Cifuentes Neira; Dirección: Av. 19 No. 114-09 oficina 502 en Bogotá; Tel.: 213 13 70 y 213 13 22; Celular: 321 924 04 79; Horario de Atención: lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:30 p.m. en jornada continua."

De esta forma, en los próximos días procederemos a dar cumplimiento a lo manifestado por usted en el formato: Solicitud de destinación de recursos de la devolución de saldos, lo cual le informaremos mediante mensaje de texto, así mismo tenga en cuenta la siguiente información:

- a) Si usted escogió como forma de pago consignación a cuenta bancaria y la transacción es rechazada por cualquier motivo, le solicitamos hacernos llegar copia de una nueva certificación bancaria. Este documento lo podrá remitir por nuestra página web: <https://www.colfondos.com.co>, por la opción Canales de servicio/Contáctanos, luego que ingrese sus datos personales en los numerales del uno (1) al siete (7), en el numeral ocho (8) seleccione: Enviar documentos para iniciar o continuar trámite, posteriormente seleccione: Pensiones Obligatorias – Trámites de pensión, en el numeral nueve (9) seleccione: Pago devolución de saldos, por último en el numeral diez (10) ingrese la información que considere relevante, en el numeral once (11) adjunte el presente documento firmado y haga clic en Enviar.
- b) Si su elección fue: pago en efectivo en entidad bancaria, una vez reciba el mensaje de texto podrá acercarse a cualquier sucursal del Banco Scotiabank Colpatría y con su documento de identificación hacer efectiva la devolución de los saldos.

El valor de la devolución de saldos podrá variar de acuerdo con la rentabilidad que obtenga el fondo entre la fecha de esta comunicación y el momento del pago.

En Colfondos estamos comprometidos con nuestros afiliados para brindarles el acompañamiento y asesoría necesarias que les permitan tomar decisiones bien informadas. En caso de tener inquietudes con relación a esta comunicación, no dude en contactarnos a través de nuestro portal: [www.colfondos.com.co](http://www.colfondos.com.co) (aquí también podrá encontrar la normatividad relacionada anteriormente consultando el código del comunicado a través de la sección "aprende") sección **canales de servicio**, o a través de nuestro Contact Center en las siguientes líneas:

Ciudad	Teléfono	Ciudad	Teléfono
Bogotá:	7484888	Bucaramanga:	6985888
Barranquilla:	3869888	Cali:	4899888
Medellín:	6042888	Cartagena:	6949888
Resto del país:		01 800 05 10000	

Atentamente,



ANDRÉS CAMARGO ORTIZ  
Coordinador de Pensiones  
Elaboró: Angela Chiriví



# LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

## CERTIFICA QUE:

TERESA DE JESUS SANTANDER MACERY identificado con CC. 45464937 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Tipo y Numero de Documento	NI - 899999034

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/02/01	Fecha inicio contrato	2026/02/01
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	Fecha de fin contrato	2026/12/09
Riesgo	2	Código actividad económica	2015001 - EXPLOTACION MIXTA (AGRICOLA Y PECUARIA), INCLUYE LA EXPLOTACION MIXTA DE CULTIVOS Y ANIMALES SIN
Estado afiliación	Activo	Estado del contrato	Activo
Fecha retiro			

INFORMACION DE AFILIACIONES Y NOVEDADES  
 SENA - SENA

INFORMACION DE AFILIACIONES Y NOVEDADES  
 SENA - SENA

Esta certificación se expide a los 13 días del mes de febrero del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en [www.positivaenlinea.gov.co](http://www.positivaenlinea.gov.co) para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC13022026T45464937S8816684**. Este código es válido por un mes.

INFORMACION DE AFILIACIONES Y NOVEDADES  
 SENA - SENA

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

**POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS**

**Positiva Compañía de Seguros S.A.:**

Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

**Defensor del Consumidor Financiero:** Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia(Suplente) | [defensordelcliente@positiva.gov.co](mailto:defensordelcliente@positiva.gov.co) | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

LA ASEGURADORA  
DE TODOS LOS  
COLOMBIANOS

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>  
Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de

**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 **13/01/2026 09:12:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **TERESA DE JESUS SANTANDER MACERY**

Cargo **INSTRUCTORA DE CONFECCIONES**

Doc. Identidad **CC 45464937**



**SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS**

1 ENFASIS OSTEOMUSCULAR	2 AUDIOMETRIA	3 VISIOMETRIA
4 ELECTROCARDIOGRAMA	5 TEST PSICOSOCIAL	6 PERFIL LIPIDICO, GLICEMIA
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN	EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para el cargo	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aplazado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Requiere restricciones de actividades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apto con restricciones	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Requiere reubicación laboral temporal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apto para trabajar en alturas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Requiere reubicación laboral permanente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apto para trabajar en espacios confinados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Apto para trabajar en alturas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Apto para trabajar en espacios confinados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apto para participar en la brigada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Apto para trabajar en alturas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>EXAMEN DE RETIRO</b>		
					Sospecha de enfermedad Profesional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					Secuelas de Accidentes de Trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					Enfermedad Común	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA**  
Visual  Auditivo  Respiratorio  Cardiovascular  Psicosocial  Ergonómico  Otros

**REMISIÓN** SI  NO  **ARL** SI  NO  **EPS** SI  NO

ELECTROCARDIOGRAMA: Sin alteración  
VISIOMETRIA: 1. USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE.  
2. PAUSAS VISUALES

**Monica Alejandra Perez Navarrete**  
MÉDICO GENERAL EN  
SEGURIDAD Y SALUD DE  
TRABAJO  
C.C. 1030583036

MONICA PEREZ NAVARRETE  
Especialidad: MEDICINA DEL TRABAJO Y  
MEDICINA LABORAL  
CC: 130583036 RM: RES 11741 DE 09/10/2017

*Teresa Sant*

Trabajador: TERESA DE JESUS SANTANDER  
CC 45464937

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biométrica

**3. CONTROL ANUAL**

AUDIOMETRIA: Control Anual

LABORATORIOS: Sin alteración

Riesgo Cardiovascular: Bajo

1. Pausas activas 5 min por cada 4 horas de trabajo
2. Higiene postural
3. Puesto de trabajo ergonómicamente Apto
4. Siempre coloca los pies a la altura del piso.
5. Intentar hablar de frente al alumno pues hacerlo de espalda supone elevar la voz
6. Evitar los cambios bruscos de temperatura
7. Evitar forzar la voz al intentar hablar por encima del ruido ambiental
8. Siga los lineamientos de bioseguridad de la empresa
9. Realizar ejercicio 30 min 3 veces a la semana
10. Disminuir el consumo de carbohidratos
11. Uso de medias antivarice de compresión leve

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

*Monica Alejandra Perez Navarrete*  
MÉDICO GENERAL EN  
SEGURIDAD Y SALUD DE  
TRABAJO  
C.C. 1030583036

MONICA PEREZ NAVARRETE  
Especialidad: MEDICINA DEL TRABAJO Y  
MEDICINA LABORAL  
CC: 130583036 RM: RES 11741 DE 09/10/2017

*Teresa Santander*

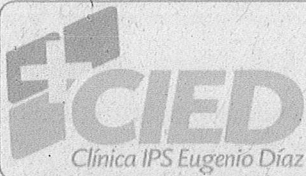
Trabajador: TERESA DE JESUS SANTANDER  
CC 45464937

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biométrica

## CLINICA IPS EUGENIO DIAZ SAS



Nit. 900810768 - 8  
 Dirección: CL 12 A # 9 -914  
 Tel: 8822218

## VISIOMETRÍA

Fecha examen: 13/01/2026

Doc. Identidad **CC 45464937** Nombre **TERESA DE JESUS SANTANDER MACERY** Fecha Nacimiento. **14/02/1965**  
 Entidad **PARTICULAR** Edad **60 años** Ocupación **INSTRUCTORA DE**  
 H.C No Ingreso  Periódico  Retiro  Caso Ocupacional  Reubicación   
 Post incapacidad  Trabajo en alturas  Control  Ingreso al SVE   
 Empresa **CONVENIO PARTICULAR 001** Cargo **INSTRUCTOR SENA** Antigüedad-del cargo **28 AÑ**  
 Fondo de Pensión **EPS** **ARL**

## ANAMNESIS

Último Examen Visual **4 MESES** Usa anteojos: SI  NO  VL  VP  PC  Bifocal   
 Progresivo  Filtros  LC RGP  LC BLANDO  Frecuencia de uso: Permanente  Ocasional   
 Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara? SI  NO  Cirugías: SI  NO  Cual?  
 Accidentes oculares SI  NO  Cual?  
 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 **NO REFIERE, NO SINTOMAS COVID VACUNA COVID 1 DOSIS /2021**

## AGUDEZA VISUAL

CC	VL	VP	SC	VL	VP
OD	20/20	20/20		-	-
OI	20/20	20/20		-	-
AO	-	-		-	-

## LENSOMETRÍA

	ESF	CIL	EJE	ADD
OD	+300	-	°	+300
OI	+300	-	°	+300

## EXAMEN EXTERNO

Segmento Anterior: Hiperemia conjuntival  Pterigio N   
 Pterigio T  Pingüecula  Nevus  Blefaritis   
 Blefaritis seborreica  Secreción  Leucoma Corneal   
 Ptosis palpebral  Otros:  
 OD OI  
 Segmento Anterior: Hiperemia conjuntival  Pterigio N   
 Pterigio T  Pingüecula  Nevus  Blefaritis   
 Blefaritis seborreica  Secreción  Leucoma Corneal   
 Ptosis palpebral  Otros:

## MOTILIDAD OCULAR

VL: -\* VP: - HISHBERG: -  
 Ducciones: - Versiones: - PPC: -

## INTERPRETACIÓN

	OD	OI
No requiere corrección óptica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defecto refractivo adecuadamente corregido	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defecto refractivo no corregido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gafas no formuladas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## TEST OCUPACIONALES

	Visión cromática	Vis. profun.	Vis. confron.
OD Normal <input checked="" type="checkbox"/> Discromatopsia <input type="checkbox"/> Ceguera al color <input type="checkbox"/>		-	-
OI Normal <input checked="" type="checkbox"/> Discromatopsia <input type="checkbox"/> Ceguera al color <input type="checkbox"/>		-	-

## IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

	OD	OI
Emetropia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ametropia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Disminución visual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros:		

## RECOMENDACIONES

Valoración por optometría clínica  Valoración por oftalmología   
 Control Visiometría

## RETINOSCOPIA

Refracción: AUTO				Subjetivo: -			DP: -		
	Esfera	Cilindro	Eje		Esfera	Cilindro	Eje	AV	ADD
OD	-	-	-	OD	-	-	-	-	-
OI	-	-	-	OI	-	-	-	-	-

## DIAGNÓSTICOS (Código - Enfermedad)

H520 HIPERMETROPIA  
 H524 PRESBICIA

## CONCEPTO

Apto  No Apto  Aplazado

## RECOMENDACIONES

## OBSERVACIONES

1. USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE.
2. PAUSAS VISUALES
3. CONTROL ANUAL

**CLINICA IPS EUGENIO DIAZ SAS**



Nit. 900810768 - 8  
Dirección: CL 12 A # 9 -914  
Tel: 8822218

**VISIOMETRÍA**

Fecha examen: **13/01/2026**

**DRA. CLAUDIA R. VELANDIA M.  
OPTOMETRA - FUAA  
REG 1373 CTNPO  
ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL**

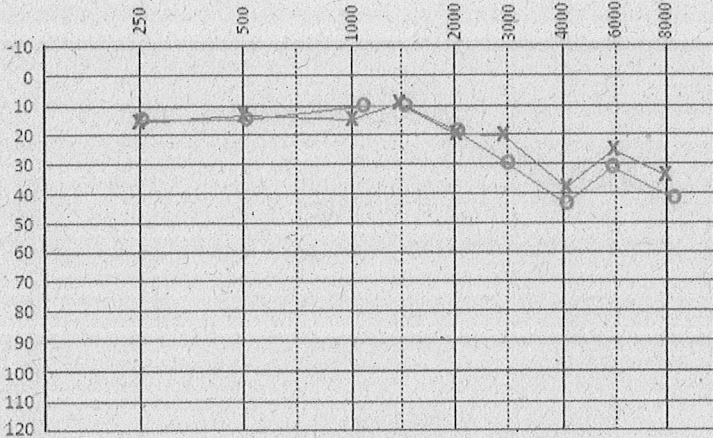
CLAUDIA ROCIO VELANDIA MARENTES  
Especialidad: OPTOMETRIA  
CC: 39677176 RM: RESOLUCION 9535 DE 2023

Nombre <b>TERESA DE JESUS SANTANDER MACERY</b>	Doc. Identidad <b>45464937</b>
Teléfono -	Edad <b>60</b> Cargo <b>INSTRUCTOR</b> Antigüedad <b>4 AÑOS</b>
Empresa <b>PARTICULAR</b>	Fecha <b>13/01/2026</b>

Motivo de consulta  
 INGRESO

Otoscopia  
 BILATERAL: NORMAL

Anamnesis  
 NO REFIERE ANTECEDENTES



**WEBER Audiométrico**

500 Hz 1000 Hz 2000 Hz 3000 Hz 4000 Hz

OD  OI

Modalidad	OD	Inespecífico	OI
V.A	O	^	X
V.O	<	^	>
VAMASK	▲		■
VOMASK	∩		∪
Campo Libre	∅	S	X
MCL	M	M	M
UCL	m	m	m
SF1	A <sub>1</sub>	A <sub>1</sub>	A <sub>1</sub>
V.A SIN RTA	O		X
V.A SIN RTA MASK	▲		■
V.O SIN RTA	<		>
V.O SIN RTA MASK	∩		∪

PROMEDIO TONOS PUROS OD  OI

TONOS AGUDOS OD  OI

NBN  WN  SN

ELI: OD  OI

LARSEN MODIFICADO: OD  OI

Diagnóstico Hipoacusia:  
 SAL:

Nivel efectivo enmascaramiento

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

Valores de referencia

Normal	0 a 15 dB HL
Pérdida auditiva mínima	16 a 25 dB HL
Leve	26 a 40 dB HL
Moderada	41 a 55 dB HL
Moderada a Severa	56 a 70 dB HL
Severa	71 a 90 dB HL
Profunda	>91 dB HL

Interpretación  
 PACIENTE APTO

Diagnóstico audiológico  
 AUDICION FUNCIONAL BILATERAL CON AFECTACION EN FRECUENCIAS AGUDAS DE GRADO LEVE ASOCIADO A UNA PRESBIACUSIA

Diagnósticos  
 H911 - PRESBIACUSIA

Observaciones  
 REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL, PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, PROXIMO CONTROL EN UN AÑO.

**Diana L. Gutiérrez N.**  
 Fonoaudióloga  
 C.C 1.073.719.170

DIANA LIZETH GUTIERREZ NIVIA  
 Especialidad: FONOAUDIOLOGIA  
 CC: 1073719170 RM:



CLINICA IPS EUGENIO DIAZ SAS

Nit. 900810768 - 8  
Dirección: CL 12 A # 9-914  
Tel: 8822218

AUDIOMETRÍA

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

Nombre **TERESA DE JESUS SANTANDER MACERY** Doc. Identidad **45464937**  
Teléfono - F. de nacimiento **14/02/1965** Edad **60 años** Ocupación **INSTRUCTORA DE CONFECCIONES**  
Empresa **PARTICULAR** Cargo Actual **INSTRUCTOR**  
Antigüedad **4 AÑOS** Fecha **13/01/2026** Reposo Auditivo **SI** Tiempo **12 HORAS**  
Fondo de Pensión **EPS** **ARL**

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Exposición al ruido actual

SI Tiempo **8 HORAS**  
 NO EPP **NO REFIERE**

Exposición al ruido en trabajos anteriores

Empresa: -  
Cargo Años EPP  
 SI **INSTRUCTOR** **28 AÑOS** **NO REFIERE**  
 NO - - -

ANTECEDENTES OTOLÓGICOS

Ninguno  Otitis  Acúfeno  Vértigo  Trauma  Perforación Timpánica  Otagia  Otorrea  Hipoacusia  
 Prurito  Cirugía  Detonación - Explosión  Ototóxicos  Otros: **NO REFIERE**

Observaciones: -

ANTECEDENTES SOCIOACÚSTICOS

Ninguno  Polígono  Servicio Militar  Buceo  Moto  Instrumento Musical  Discoteca y/o bares  
 Otros: **NO REFIERE**

Observaciones: -

ANTECEDENTES PERSONALES

Ninguno  Afección Renal  Parotiditis  TBC  Diabetes  
 Hipotiroidismo  Meningitis  Paludismo  Reumatismo  HTA  
 Otros: **NO COVID ESQ 3 DOSIS**

ANTECEDENTES FAMILIARES

Ninguno  Congénito  
 Adquirido  
Parentesco: **NO REFIERE**

OTOSCOPIA

Normal  Anormal  
OD CAE **CERUMEN PARCIAL**  
MT **NORMAL**

OI CAE **NORMAL**  
MT **NORMAL**

CONCEPTO AUDIOMETRÍA

Apto  No apto  Aplazado

Observaciones: **REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL, PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, PROXIMO CONTROL EN UN AÑO.**

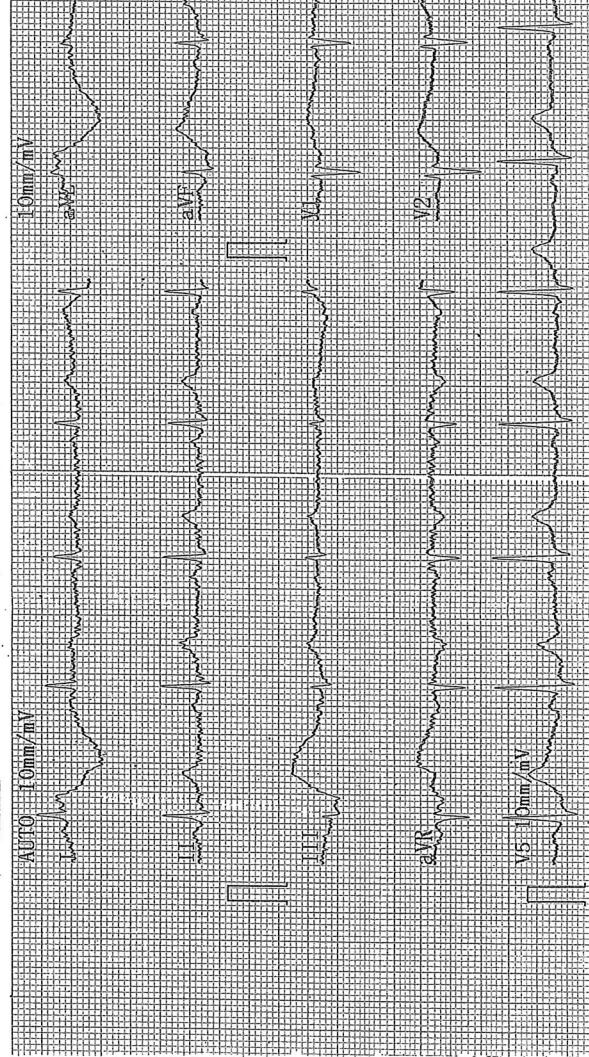
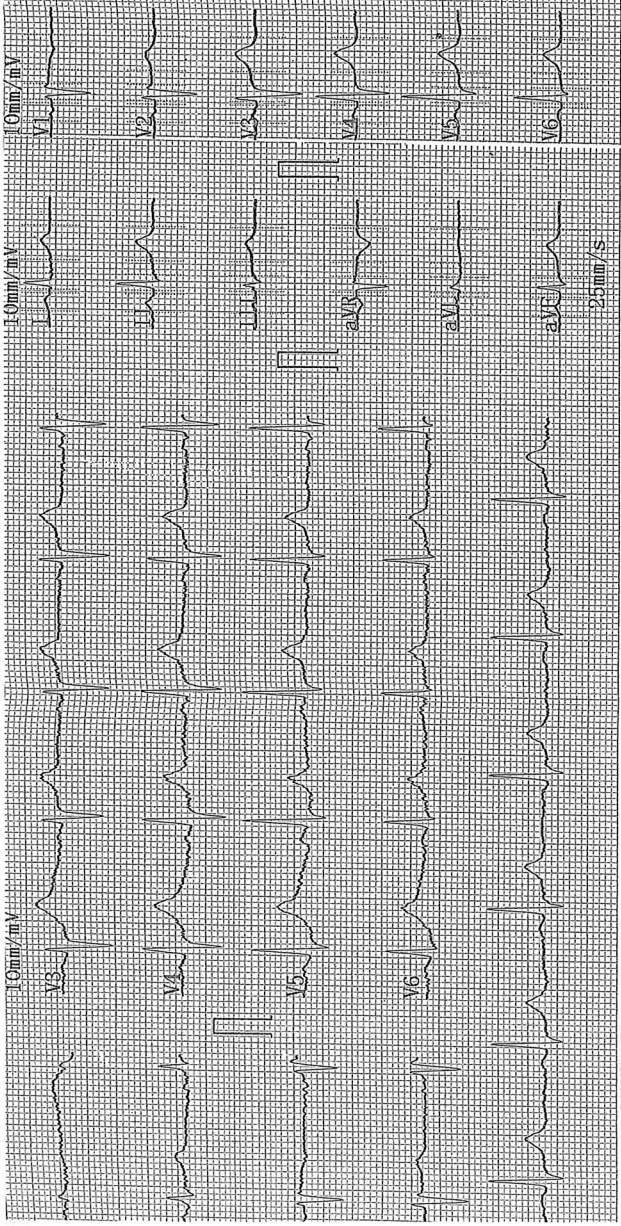
**Diana L. Gutiérrez N.**  
**Fonoaudióloga**  
**C.C 1.073.719.170**

DIANA LIZETH GUTIERREZ NIVIA  
Especialidad: FONOAUDIOLOGIA  
CC: 1073719170 RM:



Clínica: Ipsi Eugenio Díaz | Fecha de: Jesús  
 1970-02-08 20:52 | Santander, Páez  
 ID: 45464937 | Sexo: P | Edad: 60  
 Nombre: / | Talla: 65 cm | Peso: 76 kg | SIS/DIAS: /  
 HR: bpm: 65  
 PR Interval: ms: 150  
 P Duration: ms: 125  
 QRS Duration: ms: 107  
 T Duration: ms: 235  
 QT/QTc: ms: 410/459  
 P/QRS/T Axis: deg: 42.5/42.3/71.0  
 R(V5)/S(V1): mV: 0.9/0.65  
 R(V5)+S(V1): mV: 1.1.6J  
 <<Cont. Us. 101>>

Médico: *Dayana*



**Informe Test Aplicación Organizacional  
Clínica IPS Eugenio Díaz**



Nombre del evaluado: Teresa de Jesus Santander

Cargo: Instructor

Fecha de aplicación: 12/01/2026

**Objetivo**

Evaluar el nivel de organización, responsabilidad, compromiso ético, motivación laboral, capacidad de trabajo en equipo, comunicación y adaptación al entorno a partir de la percepción que tiene sobre su desempeño, actitudes y conductas en el contexto laboral, con el fin de identificar fortalezas y áreas de mejora que contribuyan al óptimo desempeño de sus funciones y al fortalecimiento de procesos institucionales.

**Resultados**

Presenta un perfil laboral sobresaliente, caracterizado por niveles excepcionalmente altos de organización, responsabilidad, motivación y competencias interpersonales.

En organización y gestión del trabajo, evidencia un desempeño altamente estructurado y eficiente. Mantiene sus tareas organizadas de forma constante, cumple rigurosamente los plazos, utiliza métodos claros y sistemáticos para la gestión documental y muestra mínimos niveles de distracción y postergación. Su elevada capacidad para priorizar tareas, incluso bajo alta carga laboral, refleja una sólida planificación y control del tiempo.

En responsabilidad, autonomía y confiabilidad, se observa un nivel óptimo. Cumple sus funciones sin supervisión, corrige errores oportunamente y se percibe como plenamente confiable. Destaca un compromiso ético excepcional, con una clara internalización de normas, confidencialidad, respeto interpersonal y ausencia de conductas oportunistas.

Respecto a la motivación y actitud frente al trabajo, la evaluada muestra una motivación intrínseca muy alta, fuerte compromiso con la mejora continua y un locus de control interno sólido. Percibe el trabajo como poco demandante a nivel de carga emocional y mantiene una actitud altamente positiva ante las dificultades, lo que sugiere alta resiliencia y adecuado manejo del estrés laboral.

En trabajo en equipo y comunicación, evidencia competencias interpersonales excelentes: escucha activa, colaboración constante, adaptación a nuevas tareas y facilidad para trabajar con personas diversas. Su comunicación es clara y efectiva; sin embargo, la tendencia elevada a evitar comunicar problemas para prevenir conflictos constituye un aspecto a monitorear, ya que podría limitar la detección temprana y resolución oportuna de situaciones críticas. En conjunto, se trata de una colaboradora altamente eficiente, confiable y comprometida, con un desempeño integral muy sólido y una oportunidad puntual de fortalecimiento en comunicación preventiva y manejo constructivo del conflicto.

**Conclusiones**

El perfil organizacional es sobresaliente, caracterizado por:

- ✓ Excelente nivel de organización, planificación y control del trabajo.
- ✓ Muy alto sentido de responsabilidad, autonomía y ética profesional.
- ✓ Elevada motivación, compromiso y resiliencia frente a las demandas laborales.
- ✓ Óptimas habilidades de trabajo en equipo, adaptación y comunicación clara.

Se trata de una colaboradora con desempeño superior, alto nivel de confiabilidad y un impacto muy positivo en el funcionamiento del equipo y la organización.

Como único aspecto a vigilar se identifica la tendencia a evitar la comunicación de problemas para prevenir conflictos, lo cual podría requerir ajustes para fortalecer la comunicación asertiva y preventiva.

### **Recomendaciones**

- Mantener y reforzar las prácticas actuales de organización y planificación, dado que constituyen una fortaleza central en su desempeño laboral.
- Potenciar su rol como referente o modelo de buenas prácticas, especialmente en temas de responsabilidad, ética y gestión eficiente del trabajo.
- Fortalecer la comunicación asertiva de dificultades, promoviendo la comprensión de que informar problemas de manera oportuna contribuye a la mejora continua y no necesariamente al conflicto.
- Involucrarla en procesos estratégicos o de liderazgo informal, donde su alto compromiso y estabilidad emocional puedan beneficiar al equipo.
- Reconocer institucionalmente su desempeño, ya que el refuerzo positivo favorece la motivación sostenida y el sentido de pertenencia organizacional.



### Hace constar:

Que el Sr(a) TERESA DE JESUS SANTANDER MACERY Identificado(a) con cédula de ciudadanía 45464937 realizó el día 11/02/2026 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 TERESA DE JESUS SANTANDER MACERY Identificado(a) con cédula de ciudadanía 45464937 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.

  
Firma

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



**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENNA**  
**MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENNA**

Agencia Pública  
**DE EMPLEO**

**Hace constar:**

Que el Sr(a) TERESA DE JESUS SANTANDER MACERY Identificado(a) con cédula de ciudadanía 45464937 el día 12/02/2026 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENNA.

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

**Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENNA**

# Certificación Bancaria

Martes, 13 de enero de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que TERESA DE JESUS SANTANDER MACERY identificado(a) con CC 45464937, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros	56754326382	2023-06-28	ACTIVO	*****

**\*Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

\*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números:  
Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05  
Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.  
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a [correosospchoso@bancolombia.com.co](mailto:correosospchoso@bancolombia.com.co)

CIUDAD DE EXPEDICIÓN: BOGOTÁ, D.C.			SUCURSAL: OFICINA PARQUE 93-AG. REPRESENTANTE			COD. SUC: 62		NO. PÓLIZA: 62-46-101016704		ANEXO: 0	
FECHA EXPEDICIÓN: DÍA: 26 MES: 01 AÑO: 2026		VIGENCIA DESDE: DÍA: 01 MES: 02 AÑO: 2026		A LAS: HORAS: 00:00		VIGENCIA HASTA: DÍA: 10 MES: 05 AÑO: 2027		A LAS: HORAS: 23:59		TIPO MOVIMIENTO: EMISIÓN ORIGINAL	

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: DIRECCIÓN: 9 18 15	SANTANDER MACERY TERESA DE JESUS	CIUDAD: SOACHA - CUNDINAMARCA	IDENTIFICACIÓN: C.C. :45,464,937	TELÉFONO: 3123330894
----------------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	-------------------------

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

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

**OBJETO DEL SEGURO**

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

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.9128393 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, CON AUTONOMÍA TÉCNICA Y RESPONSABILIDAD PROPIA, COMO INSTRUCTIVOS DE FORMACIÓN COMPLEMENTARIA PRESENCIAL, PARA ATENDER NECESIDADES ESPECÍFICAS DE FORMACIÓN EN LOS PROGRAMAS OFERTADOS POR EL CENTRO INDUSTRIAL Y DE DESARROLLO EMPRESARIAL DE SOACHA, DIRIGIDOS A POBLACIONES, VÍCTIMAS Y VULNERABLES, DE ACUERDO CON EL PERFIL PROFESIONAL REQUERIDO Y LAS ORIENTACIONES INSTITUCIONALES APLICABLES.

**AMPAROS**

RIESGO: AMPAROS:	PRESTACION DE SERVICIOS	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO		01/02/2026	10/05/2027	\$ 4,879,620.90
ACLARACIONES:				

VALOR PRIMA NETA:	GASTOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
\$ 24,759.06	\$ 8,000.00	\$ 6,224.22	\$ 38,983.28	\$ 4,879,620.90	CONTADO

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

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

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





62-46-101016704

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR



SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.  
NIT. 890.009.578-6

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

Hacemos constar, que la póliza No. 62-46-101016704, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

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

Dado en BOGOTÁ, D.C., a los 26 días del mes de Enero de 2026

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

Oficina Principal: Autopista Norte # 103 - 60, Piso 5 Bogotá D.C. Teléfono: 601-2186977, 601-6019330  
ASISTENCIA CELULAR #388 - FUERA DE BOGOTÁ 018000123010  
[www.segurosdelestado.com](http://www.segurosdelestado.com)

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA  
DE COLOMBIA

VIGILADO



SEGUROS  
DEL  
ESTADO SA.

NIT. 860.009.578-6

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

Hacemos constar, que la póliza No. 62-46-101016704, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

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

Dado en BOGOTÁ, D.C., a los 26 días del mes de Enero de 2026

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

Oficina Principal: Autopista Norte # 103 - 60, Piso 5 Bogotá D.C. Teléfono: 601-2186977, 601-6019330  
ASISTENCIA CELULAR #388 - FUERA DE BOGOTÁ 018000123010  
[www.segurosdelestado.com](http://www.segurosdelestado.com)

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA  
DE COLOMBIA

VIGILADO

FECHA				
CONTADO				
RECIBIMOS DE:	SANTANDER MACERY TERESA DE JESUS		C.C. C.C. :45,464,937	
LA SUMA DE:	TREINTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y TRES CON VEINTIOCHO CENTAVOS PESOS M/CTE			
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 62-46-101016704			
	SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA
	OFICINA PARQUE 93-AG. REPRESENTANTE - CU. ESTATAL - 101016704 - 0 - 0	\$ 24,759.06	\$ 8,000.00	\$ 6,224.22
	FORMA DE PAGO			
		EFFECTIVO:	\$ 38,983.28	
		CHEQUE:	\$ 0.00	
		TARJETA:	\$ 0.00	
		BD:	\$ 0.00	
INTERMEDIARIO:	ANDREA MARCELA SARMIENTO MARTINEZ - 220528	OTROS:	\$ 0.00	
		TOTAL:	\$ 38,983.28	
		CAJERO: RAPIESTADO		

ORIGINAL

FECHA				
CONTADO				
RECIBIMOS DE:	SANTANDER MACERY TERESA DE JESUS		C.C. C.C. :45,464,937	
LA SUMA DE:	TREINTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y TRES CON VEINTIOCHO CENTAVOS PESOS M/CTE			
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 62-46-101016704			
	SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA
	OFICINA PARQUE 93-AG. REPRESENTANTE - CU. ESTATAL - 101016704 - 0 - 0	\$ 24,759.06	\$ 8,000.00	\$ 6,224.22
	FORMA DE PAGO			
		EFFECTIVO:	\$ 38,983.28	
		CHEQUE:	\$ 0.00	
		TARJETA:	\$ 0.00	
		BD:	\$ 0.00	
INTERMEDIARIO:	ANDREA MARCELA SARMIENTO MARTINEZ - 220528	OTROS:	\$ 0.00	
		TOTAL:	\$ 38,983.28	
		CAJERO: RAPIESTADO		

COPIA

**PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES  
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.62-46-101016704**

**1. AMPAROS.**

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

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

**1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.**

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

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

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

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

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

**1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.**

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

**1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.**

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

**1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.**

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

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

OBLIGACIONES SURGIDAS DEL CONTRATO AMPARADO POR LA GARANTÍA.

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

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

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

**1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.**

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

**1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO**

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

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

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

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

**2. EXCLUSIONES.**

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

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

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

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

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



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.**  
NIT. 890.009.578-5

**PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES  
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.62-46-101016704**

**1. AMPAROS.**

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

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

**1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.**

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

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

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

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

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

**1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.**

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

**1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.**

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

**1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.**

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

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

OBLIGACIONES SURGIDAS DEL CONTRATO AMPARADO POR LA GARANTÍA.

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

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

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

**1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.**

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

**1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO**

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

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

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

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

**2. EXCLUSIONES.**

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

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

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

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

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA  
DE COLOMBIA

VIGILADO

### 3. SUMA ASEGURADA.

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

### 4. VIGENCIA.

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

### 5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

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

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

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

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

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

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

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

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

### 6. COMPENSACIÓN.

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

### 7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

### 8. PLAZO PARA EL PAGO.

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

### 9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

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

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

### 10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

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

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

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

### 12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

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

### 13. COASEGURO

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



**SOACHA**  
GOBIERNO MUNICIPAL  
NIT. 800094755-7

Secretaría de Hacienda  
Dirección de Rentas

Código **01**

## FORMULARIO ÚNICO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA

FORMULARIO No 221030704

Diligenciar sin tachones, borrones ni enmendaduras

DISTRIBUCIÓN GRATUITA

<b>A. OPCIÓN DE USO</b>		
1. Inscripción <input checked="" type="checkbox"/>	2. Novedades <input type="checkbox"/>	3. Cese de Actividades <input type="checkbox"/>
1.1 Sujeto Pasivo ICAT <input type="checkbox"/>	1.2 Agente de retención <input type="checkbox"/>	1.3 Impuesto Publicidad Exterior Visual <input type="checkbox"/>
1.4 Impuesto Delinación Urbana <input type="checkbox"/>	1.5 Otro <input type="checkbox"/>	Cual? _____
8. ¿ES USTED PRESTADOR DE SERVICIOS AUXILIARES, TÉCNICOS, TECNÓLOGOS O PROFESIONALES DE LAS ENTIDADES PÚBLICAS DEL MUNICIPIO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
2. Nombre de la Entidad		5. Fecha del Contrato
3. Dirección de la entidad		4. Número de contrato
<b>C. DATOS DEL CONTRIBUYENTE</b>		
6. Tipo de Documento: CC <input checked="" type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> No. 45464937 DV _____		7. Naturaleza Jurídica Persona Natural <input checked="" type="checkbox"/> Persona Jurídica <input type="checkbox"/> Sociedad de hecho <input type="checkbox"/>
8. Régimen Tributario Régimen Preferencial <input type="checkbox"/> Régimen Común <input type="checkbox"/> Régimen Simple de Tributación <input type="checkbox"/> Gran contribuyente <input type="checkbox"/>		
9. Nombres y apellidos o Razón Social: TERESA DE JESUS SANTANDER MACERY		
10. Número de Registro Mercantil Ciudad _____ No. Matrícula _____		11. Fecha de matrícula [0] [2] [0] [7] [2] [0] [2] [4] Día Mes Año
12. Estado del registro mercantil Inscripción <input type="checkbox"/> Renovación <input type="checkbox"/>		13. Dirección de notificación Judicial: TORRE 4 APARTAMENTO 4-02
14. Departamento: CUNDINAMARCA		15. Municipio: Soacha
16. Dirección de cobro		17. Municipio
18. Celular		19. Correo Electrónico
20. Correo Electrónico		
21. Correo Notificación		
C. ¿USTED TIENE ESTABLECIMIENTO UBICADO EN SOACHA? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		
22. Nombre del Establecimiento Comercial		24. Barrio
23. Dirección del Establecimiento Comercial		25. Comuna
26. Teléfono fijo o móvil		27. Teléfono alterno
28. Correo Electrónico		29. Número de Registro Mercantil del Establecimiento Ciudad _____ No. Matrícula _____
30. Fecha de Matriculación del Establecimiento Día Mes Año		31. Estado del Registro Mercantil Inscripción <input type="checkbox"/> Renovación <input type="checkbox"/>
<b>D. ACTIVIDAD ECONÓMICA</b>		
32. Tipo de actividad Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Servicios <input type="checkbox"/> Financiera <input type="checkbox"/>		33. Fecha de inicio de actividades en el Municipio de Soacha Día Mes Año
34. Código y descripción de la Actividad Económica (Código CIU que aparece en el RUT) Código Act. Principal _____ Descripción _____		
<b>E. REPRESENTANTE LEGAL, REVISOR FISCAL Y/O CONTADOR PÚBLICO</b>		
35. Nombres y Apellidos 1. TERESA DE JESUS SANTANDER MACERY 2. _____		36. Tipo y Número de Identificación CG 45464937
37. CR 1. _____ 2. _____		38. No. Tarjeta Profesional 1. _____ 2. _____
<b>F. NOVEDADES (TRASPASO - CAMBIO RAZÓN SOCIAL - CAMBIO DIRECCIÓN - CAMBIO RÉGIMEN - ACTUALIZACIÓN DE DATOS)</b>		
39. Traspaso <input type="checkbox"/>	40. Cambio razón Social <input type="checkbox"/>	41. Cambio de dirección <input type="checkbox"/>
42. Cambio de Régimen <input type="checkbox"/>		43. Otros <input type="checkbox"/> Cual? _____
44. Nombres y Apellidos del Nuevo Propietario		45. Tipo de Documento: CC <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> No. _____ DV _____
46. Nombre Razón social		47. Número de Registro Mercantil Ciudad _____ No. Matrícula _____
48. Fecha de Matrícula Día Mes Año		49. Cambio de Régimen Régimen Preferencial <input type="checkbox"/> Régimen Común <input type="checkbox"/> Régimen Simple de Tributación <input type="checkbox"/> Gran Contribuyente <input type="checkbox"/>
50. Nueva Dirección		51. Barrio
52. Comuna		53. Celular
54. Si selecciono la casilla 38 diligencie este campo la información a actualizar		
<b>G. CESE DE ACTIVIDADES</b>		
55. Causal Fusión <input type="checkbox"/> Escisión <input type="checkbox"/> Liquidación <input type="checkbox"/> Cese de actividades <input type="checkbox"/> Clausura del establecimiento <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual? _____		
56. Número de la cancelación del Establecimiento ante la Cámara de Comercio Ciudad _____ No. Matrícula _____		57. Fecha de Clausura del Establecimiento o servicios prestados en el Municipio de Soacha Día Mes Año
<b>H. FIRMAS</b> La información consignada en este formulario, sea responsabilidad de quien lo suscriba y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad; por lo tanto, cualquier falsedad en que incurra podrá ser sancionada. 58. Contribuyente o representante legal		59. FIRMAS DE LAS VERIFICACIONES COORDINADOR DEL ESTABLECIMIENTO REALIZADO
Nombre _____ No. _____		FIRMA DEL FUNCIONARIO AUTORIZADO

ESTE FORMULARIO Y SU RADICACIÓN NO TIENE COSTO ALGUNO

¡El pago oportuno de sus impuestos genera Bienestar para todos!

Dirección de Rentas  
Calle 13 # 8-40  
Código Postal: 250051  
Teléfono: 60 (1)7326900  
Soacha- Cundinamarca  
www.alcaldiasoacha.gov.co