SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)
REGIONAL CAUCA
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS - CAUCA - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1
Resoluciòn DIAN Nº 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)

Código Regional	**19**
Código Centro	**930710**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**08504-110148**
No. de documento	**8350**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	DIANA CRISTINA PEREZ MELLIZO	**C.C.**	1.061.749.402	**IP/Nº de contacto**	22452
Correo electrónico contratista:	dcperez@sena.edu.co				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	NO	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2020 Superaron $49'849.000	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**	NO		
Banco al cual consignar:	DAVIVIENDA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	570016670409107		
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 2021 supera los $ 119´806.000**	NO				

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	2153628/2021			**Nº Compromiso SIIF**	**5121**		
Valor Total del Contrato	$ 35.870.800	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 35.870.800	**1**	**Del**	**28/01/2021**	**Al**	**31/01/2021**	**$ 557.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 35.313.800		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

PSP DE CARACTER TEMPORAL PARA ORIENTAR FPI PRESENCIAL O VIRTUAL TITULADA PRESENCIAL DEL CCYS GES DOC 1PG557.000 10PG3.342.000 1PG1.893.800

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 557.000	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	**$ 557.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 223.500**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Enero	Diciembre			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9415266769**	Valor Base retención en la fuente	223.500,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 908.526	$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	298.000,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 113.600	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 145.400	$ 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	$ 4.800	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 300	596,00	0,200%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800	$ -		-	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	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 $ 1.161.856	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 580.928	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 74.500		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 556.404,00**	

SON: QUINIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

2187280 - GESTIÓN DOCUMENTAL CLASIFICAR LOS DOCUMENTOS DE ARCHIVO APLICANDO LOS PRINCIPIOS ARCHIVÍSTICOS, NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL, NORMAS Y TÉCNICAS DE PRESERVACIÓN Y CONSERVACIÓN DOCUMENTAL, Y LA LEGISLACIÓN VIGENTE.
RECIBIR LOS DOCUMENTOS INTERNOS Y EXTERNOS DE LA EMPRESA, TENIENDO EN CUENTA EL MANUAL DE GESTIÓN DOCUMENTAL, LAS NORMAS TÉCNICAS TECN
2143093 - ASISTENCIA EN ORGANIZACION DE ARCHIVOS INTERPRETAR EL PROCESO DE LA ORGANIZACIÓN DE LOS DOCUMENTOS DE ARCHIVO DE GESTIÓN CON LOS PRINCIPIOS ARCHIVÍSTICOS, Y LA NORMATIVA.
ORGANIZAR LOS DOCUMENTOS DE ARCHIVO DE GESTION TENIENDO EN CUENTA PRINCIPIOS ARCHIVÌSTICOS Y NORMATIVA
05 CONTROLAR EL PROCESO DE GESTIÓN Y TRÁMITE DE DOCUMENTOS DE ARCHIVO A PARTIR DE LA TRAZABILIDAD, DE ACUERDO CON LA POLÍTICA INST
EJECUTAR LAS ACCIONES DE MEJORA AL PROCESO DE GESTIÓN Y TRÁMITE DE DOCUMENTOS, DE ACUERDO CON EL MANUAL DE IMPLEMENTACIÓN DE PGD

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.

DIANA CRISTINA PEREZ MELLIZO
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,

HAROL ARMANDO ROSERO SALAZAR
COORDINADOR ACADÉMICO

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

FERNANDO ALFONSO ESCOBAR QUIRA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1061749402		PEREZ MELLIZO DIANA CRISTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 14 # 11B - 55	SANTANDER DE QUILICHAO-CAUCA	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-12	2020-12	869138672	9415266769	I	2021/01/05	2021/01/22	BANCO DAVIVIENDA	17	$272,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$877,803	$17,600			$877,803	$4,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$877,803	$17,600			$877,803	$4,600		$0	$0
Ciudad: SANTANDER DE QUILICHAO Depto: CAUCA (1 Afiliados)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$877,803	$17,600			$877,803	$4,600		$0	$0
1	CC	1061749402	PEREZ DIANA	230201	30	$877,803	$140,500	EPS018	30	$877,803	$109,800	CCF14	30	$877,803	$17,600	14-23	30	$877,803	$4,600	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$877,803	$17,600			$877,803	$4,600		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1061749402		PEREZ MELLIZO DIANA CRISTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 14 # 11B - 55	SANTANDER DE QUILICHAO-CAUCA	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-12	2020-12	869138672	9415266769	I	2021/01/05	2021/01/22	BANCO DAVIVIENDA	17	$272,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,500	$0	$0	$140,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$140,500	$0	$0	$140,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,600	$0	$0	$4,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$4,600	$0	$0	$4,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$17,600	$0	$0	$17,600
COMFACAUCA	CCF14	891,500,182	0	1	$17,600	$0	$0	$17,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,800	$0	$0	$109,800
S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	EPS018	805,001,157	2	1	$109,800	$0	$0	$109,800
TOTAL				1	$272,500	$0	$0	$272,500

aportes en línea

Pagos aportes en línea

Módulo de pagos electrónicos

Pago electrónico

El pago electrónico de su autoliquidación se ha realizado exitosamente

Resumen del pago electrónico

Dirección IP:	186.147.151.163
Estado de la transacción:	APROBADA
Clave planilla:	9415266769
Valor:	272,500
Período de pago:	2020-12
No Transacción (CUS):	869138672
Fecha:	2021/01/22
Banco:	BANCO DAVIVIENDA
Aportes en línea:	9999001472382

Aceptar

Imprimir

Fiel copia del original

Diana C. Pérez

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14733049125

(415)7707212489984(8020) 000001473304912 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 6 1 7 4 9 4 0 2	6	Impuestos y Aduanas de Popayán 1 7	

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	1 0 6 1 7 4 9 4 0 2	2 0 1 0 0 7 1 3

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PEREZ	MELLIZO	DIANA	CRISTINA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cauca 1 9	Santander de Quilichao 6 9 8

41. Dirección principal
CR 14 11 B 55

42. Correo electrónico dcperez20@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
8 5 5 1	2 0 2 1 0 1 2 2	9 1 0 1	2 0 1 2 0 5 1 0	8 2 9 9		

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 4 9																									

49 - No responsable de IVA

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 2021 - 01 - 26 / 10 : 15: 53

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 PEREZ MELLIZO DIANA CRISTINA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

MD. CESAR AUGUSTO ASTUDILLO
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
L.S.O No.02425-03-2019
Cra 8ª No-. 2-96 Tel. 8292195
SANTANDER DE QUILICHAO ©

EXAMEN: INGRESO X PERIODICO__ EGRESO___ TRABAJO-RIESGO ___CAMBIO OFICIO____REINCORP. LABORAL_____ RECOMENDAC. LAB__ CALIF. ORIGEN__ CONTROL AT-EL__ DEPORTIVA__ REV. PARACLINICOS__
FECHA 23-Enero-2021

NOMBRE-APELLIDOS: Diana Carolina Perez Mallizo EDAD: 28 C.C 1.061.749.402

CARGO: Instructora CIUDAD Santander

EMPRESA: SENA

EXAMENES PARACLINICOS

1. Optometría	X	4. Glicemia	___	7. P. de orina	___	10. Coprológico	___
2. Audiometría	X	5. Cuadro Hemático	___	8. Koh uñas	___	11. Creatinina	___
3. Espirometría	___	6. P. Lipídico	___	9. F. Faríngeo	___	12. TGO-TGP	___

10. Otros: _____

CONCEPTO DE LA VALORACIÓN MÉDICA

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO SIN PATOLOGÍA APARENTE X
APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA QUE NO LIMITA LA LABOR ___
APTO CON RESTRICCIONES O ADAPTACIONES PARA LA LABOR ___
APLAZADO ___
APTO PARA LABOR EN ALTURAS ___
APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS ___
APTO PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO SU LABOR ___
EXAMEN DE RETIRO ___
SECUELA DE ACCIDENTE DE TRABAJO SI ___ NO___ FECHA AT:
ENFERMEDAD PROFESIONAL SI ___ NO___ FECHA DXCO:
ENFERMEDAD RELACIONADA CON EL TRABAJO SI ___ NO ___
EXAMEN CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR X

RECOMENDACIONES

PARA ELTRABAJADOR: RESRICCIONES LABORALES: Transitorias: ___ Tiempo: _____ Permanentes: _____
RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: Usar los lentes

Se remite a EPS: ___ Continuar manejo medico por EPS ___ Se remite a ARL: _____

PARA LA EMPRESA:
SIEMPRE DOTAR AL TRABAJADOR DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL HOMOLOGADOS SEGÚN LOS FACTORES DE RIESGO OCUPACIONALES IDENTIFICADOS POR LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA. CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD EN LOS AMBIENTES DE TRABAJO.

Otras:

_____

_____

Ingresar al trabajador examinado al Sistema de Vigilancia Epidemiológica Ocupacional:
Ergonómico: ___ Psicosocial_____ Auditivo: ____ Visual: _____ Respiratorio:_____ Biológico:___
Químico:_____ De accidente de trabajo: _____ Otro _____

Diana C. Pérez
Firma del Trabajador

MD. Cesar Augusto Astudillo
Cesar Augusto Astudillo
LSO 011/2009
Res. de Renovación 02425-03-2019

AUDIOMETRÍA LABORAL

ANTECEDENTES OTOLÓGICOS

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
Sensación de oído tapado		✓	Vértigo Oes		✓	Prurito		✓
Exposición a explosiones	✓		Acúfenos o Tinitus		✓	Otorrea		✓
Ingesta drogas ototóxicas		✓	Otalgia		✓	Familiares con sordera		✓
Cirugía de: ☐ Oídos ☐ Nariz		✓	Cirugía de garganta		✓	Cirugía de cabeza		✓

ANTECEDENTES LABORALES

	SI	NO	
Trabaja expuesto a ruido		✓	☐ Tiempo diario: _____ Horas: _____
Utiliza protección auditiva		✓	☐ Ocasional ☐ Siempre **Porqué?** _____
Antecedentes de ruido en otras empresas	✓		Cual: 1 Prodispel **Tiempo de exposición:** 3 años. **Tipo de Protección:** ☐ Silicona ☐ Espuma ☑ Copas ☐ Plástico ☐ Ninguna
		✓	Cual: 2 _____ **Tiempo de exposición:** _____ **Tipo de Protección:** ☐ Silicona ☐ Espuma ☐ Copas ☐ Plástico ☐ Ninguna

Exposición a Agentes químicos Ototóxicos: Tiempo diario: Tiempo de protección:

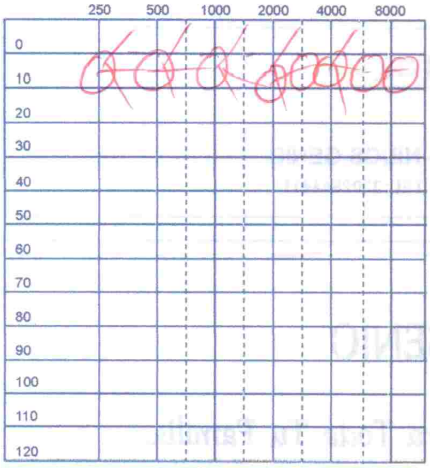
RUIDO EXTRA-LABORAL

	SI	NO	TIEMPO DE EXPOSICION		SI	NO	TIEMPO DE EXPOSICION
Servicio militar		✓		Usa Audífonos		✓	
Motocicleta	✓		1h diaria	Discotecas		✓	
Práctica de Tiro / Caza / Polígono		✓					

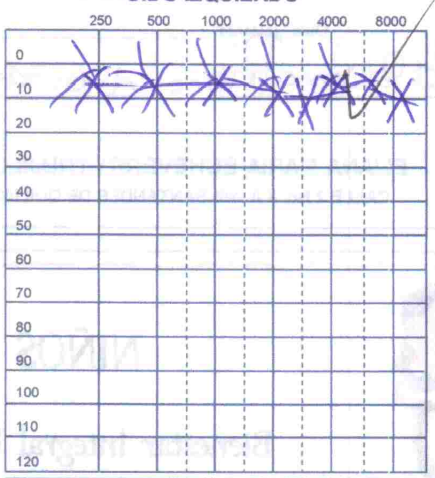
OTOSCOPIA: OD CAE Normal **MEMBRANA:** Normal

OI: CAE _____ **MEMBRANA:** _____

OIDO DERECHO



OIDO IZQUIERDO



CONVENCIONES

	O.D. Rojo	O.I. Azul
VA	O	X
V.A. Mask	△	=
V.O.	<	>
V.O. Mask	[	]
Mejor Cóclea	∧	
No Resp.	=	=

WEBER			
500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz

RINNÉ			
500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz

MASKING EFECTIVO

FRECUENCIA		250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
O.D.	Vía Aérea								
	Vía Osea								
O.I.	Vía Aérea								
	Vía Osea								

TÉCNICA: TIPO DE RUIDO:

ESCALAS DE CALIFICACION

	S.A.L.	E.L.I.	LARSEN
O.D.	A	A	N.A
O.I.		A	

Optica BioVision

Centro de Salud Visual Integral

CERTIFICADO

Por medio de la presente hago constar que al paciente Diana Cristina Perez Identificado(a) con CC. RC. TI. No 1061749402 se le practico examen de optometría con el siguiente resultado.

AGUDEZA VISUAL (VISIOMETRIA)

LEJOS Ojo Derecho. 20/25 Ojo Izquierdo. 20/30

CERCA Ojo Derecho: 0,75 m Ojo Izquierdo: 0,75m

EXAMEN EXTERNO:

Estructuras oculares Externas: Parpados, pupilas, corneas, conjuntiva, Esclerótica: Normales. Tengo Grado I ambos ojos.

FONDO DE OJO:

Presenta medios transparentes, disco óptico , retina, vasos y arterias: Normales. ✓

Anormal ____

BALANCE MUSCULAR:

Ducciones y versiones: Normales

TEST DE VISION CROMATICA:

Aprecia bien los colores **SI** ✓ **NO** ____

TEST DE PROFUNDIDAD:

Estereopsis y Visión binocular: Normal ✓ Anormal ____

REFRACCION:

OJO DERECHO: N − 1.00 X 0° AGUDEZA VISUAL 20/20

OJO IZQUIERDO: N − 1.25 X 0° AGUDEZA VISUAL 20/20

DIAGNOSTICO: El paciente presenta: Astigmatismo

No presenta problemas patológicos, puede desempeñarse correctamente en cualquier actividad visual mediante el uso de la prescripción óptica la cual es:

PERMANENTE: ✓ **OCASIONAL:** ____

Dàdo en Santander de Quilichao, a los 22 días del mes de enero del año 2021

ATENTAMENTE:

OPTOMETRA Dra. Jennifer Hernandez S.
OPTOMETRA - AREANDINA
REGISTRO: No. REG. 12869 T.P 3886

Carrera 9 No. 4-48 Santander de Quilichao
Teléfono: 8293731 Celular: 318 5711329
web: www.biovision.co

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) DIANA CRISTINA PEREZ MELLIZO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1061749402 realizó el día 14/02/2021 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la

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

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) DIANA CRISTINA PEREZ MELLIZO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1061749402 realizó el día 14/02/2021 la Capacitación Módulo 2 - Riesgos en el puesto de trabajo y medidas de prevención de la entidad y aprobó la

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

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) DIANA CRISTINA PEREZ MELLIZO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1061749402 realizó el día 14/02/2021 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 DIANA CRISTINA PEREZ MELLIZO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1061749402 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.

Diana C. Perez

Firma

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

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

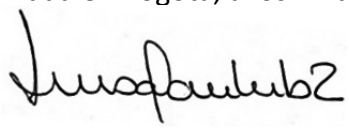
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que DIANA CRISTINA PEREZ MELLIZO, con Cédula Ciudadanía No. 1061749402 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034, tiene un registro como Independiente desde el 28/01/2021 y fecha fin de contrato 17/12/2021 con riesgo 1 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato 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): 202101011389388.

Dada en Bogotá, a los 27 días del mes de enero de 2021



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

SANTANDER
DE QUILICHAO,
CAUCA,
COLOMBIA,

22/01/2021

A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora DIANA CRISTINA PEREZ MELLIZO** con **Cédula de Ciudadanía** número **1061749402**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**0570016670409107**
Fecha de apertura	**22/12/2011**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 30 GU170254
CERTIFICADO 30 GU249522

CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 3060249522

SUCURSAL: 30. POPAYAN **USUARIO:** PIEDRAHD **TIP CERTIFICADO:** Nuevo **FECHA** DD 27 MM 01 AAAA 2021

VIGILADO SUPERINTENDENCIA BANCARIA DE COLOMBIA

TOMADOR/GARANTIZADO:	PEREZ MELLIZO DIANA CRISTINA	**C.C. O NIT:**	1061749402 6
DIRECCIÓN:	CR 14 11 B 55 BRR LIMONAR	**CIUDAD:**	SANTANDE DE QUILICHA
E-MAIL:	DCPEREZ@SENA.EDU.CO	**TELÉFONO:**	3166392591
ASEGURADO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA - REGIONAL CAUCA.	**C.C. O NIT:**	899999034 1
DIRECCIÓN:	CL 4 2 80	**CIUDAD:** POPAYAN CAUCA	**TEL.** 8220122
BENEFICIARIO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA - REGIONAL CAUCA.	**C.C. O NIT:**	899999034 1
DIRECCIÓN:	CL 4 2 80	**CIUDAD:** POPAYAN CAUCA	**TEL.** 8220122

VIGENCIA			VALOR ASEGURADO EN PESOS		
DD MM AAAA	DD MM AAAA	ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	NUEVA	
DESDE 27 01 2021	**HASTA** 30 04 2022			3,587,080.00	

INTERMEDIARIO		COASEGURO			PRIMA		
%	NOMBRE	COMPAÑIA	%		TRM 3,591.48	MONEDA	VALORES
100.00	JAVIER PAZ SUAREZ Y CIA				PRIMA	PESOS	15,000.00
					CARGOS DE EMISIÓN	PESOS	7,000.00
					IVA	PESOS	4,180.00
					TOTAL		26,180.00

AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE	
	Desde	Hasta				%	Mínimo
CUMPLIMIENTO DE CONTRATO	27-01-2021	30-04-2022	0.00	3,587,080.00	15,000.00	0.00	0.00

OBJETO DE LA POLIZA:
AMPARAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. CO1.PCCNTR.2153628; QUE SE REFIERE A: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, PARA ORIENTAR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL DE MANERA PRESENCIAL O VIRTUAL, EN EL PROGRAMA DE TITULADA PRESENCIAL, CONFORME A LAS NECESIDADES DEL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS - SENA REGIONAL CAUCA. PARA EL AREA DE: GESTION DOCUMENTAL. PLAZO: 10 MESES, 22 DIAS, VALOR MENSUAL: $3.342.000.

.

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 ÁRTICULO 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 DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION.
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN 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 PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y 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 REVOCACION 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.

Diana C. Perez

TOMADOR

(415)7709998911901(8020)3060249522

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 30 GU170254
CERTIFICADO 30 GU249522

CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 3060249522

SUCURSAL: 30. POPAYAN **USUARIO:** PIEDRAHD **TIP CERTIFICADO:** Nuevo **FECHA** DD 27 MM 01 AAAA 2021

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

TOMADOR/GARANTIZADO:	PEREZ MELLIZO DIANA CRISTINA	**C.C. O NIT:**	1061749402 6
DIRECCIÓN:	CR 14 11 B 55 BRR LIMONAR	**CIUDAD:**	SANTANDE DE QUILICHA
E-MAIL:	DCPEREZ@SENA.EDU.CO	**TELÉFONO:**	3166392591
ASEGURADO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA - REGIONAL CAUCA.	**C.C. O NIT:**	899999034 1
DIRECCIÓN:	CL 4 2 80	**CIUDAD:** POPAYAN CAUCA	**TEL.** 8220122
BENEFICIARIO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA - REGIONAL CAUCA.	**C.C. O NIT:**	899999034 1
DIRECCIÓN:	CL 4 2 80	**CIUDAD:** POPAYAN CAUCA	**TEL.** 8220122

VIGENCIA			VALOR ASEGURADO EN PESOS		
DD MM AAAA	DD MM AAAA	ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	NUEVA	
DESDE 27 01 2021	**HASTA** 30 04 2022			3,587,080.00	

INTERMEDIARIO		COASEGURO			PRIMA		
%	NOMBRE	COMPAÑIA	%		TRM 3,591.48	MONEDA	VALORES
100.00	JAVIER PAZ SUAREZ Y CIA				PRIMA	PESOS	15,000.00
					CARGOS DE EMISIÓN	PESOS	7,000.00
					IVA	PESOS	4,180.00
					TOTAL		26,180.00

AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE	
	Desde	Hasta				%	Mínimo
CUMPLIMIENTO DE CONTRATO	27-01-2021	30-04-2022	0.00	3,587,080.00	15,000.00	0.00	0.00

OBJETO DE LA POLIZA:
AMPARAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. CO1.PCCNTR.2153628; QUE SE REFIERE A: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, PARA ORIENTAR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL DE MANERA PRESENCIAL O VIRTUAL, EN EL PROGRAMA DE TITULADA PRESENCIAL, CONFORME A LAS NECESIDADES DEL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS - SENA REGIONAL CAUCA. PARA EL AREA DE: GESTION DOCUMENTAL. PLAZO: 10 MESES, 22 DIAS, VALOR MENSUAL: $3.342.000.

.

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 ÁRTICULO 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 DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION.
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN 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 PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y 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 REVOCACION 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.

Diana C. Perez

TOMADOR

(415)7709998911901(8020)3060249522

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-01-02

CONFIANZA

Swiss Re Corporate Solutions

NIT: 860.070.374-9

Referencia para pago electrónico: 3060249522

Nit: 1061749402 **DV:** 6

Tomador: PEREZ MELLIZO DIANA CRISTINA

Póliza: GU170254 **Certificado:** GU249522 **Sucursal:** 30

VALOR PÓLIZA:$ 26,180.00

FECHA DE PAGO: DD MM AAAA

Canales de Pago:

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

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

Bancos:
- BBVA
- Davivienda
- Banco de Bogotá

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

CANTIDAD DE CHEQUES	COD. BANCO	CHEQUE No.	VALOR
		CHEQUES $	
		EFECTIVO $	
		(*) TOTAL	

(415)7709998911901(8020)3060249522

IMPORTANTE:
- Si se requiere pagar más de una póliza, genere su cupón de pago en www.confianza.com.co en Pagos Confianza PC, regístrese con c.c. o nit y el dígito de verificación y seleccione las pólizas en la opción: Cupón de pagos.
- Es importante que esté actualizado su correo electrónico ya que a éste le llegará su recibo de caja en línea, si paga por estos medios.
- No se reciben pagos mixtos.
(*) el valor a pagar puede ser menor o igual al valor de la póliza. No se reciben valores mayores al estipulado en este cupón.

- CLIENTE -

Dirección para notificaciones: Calle 82 Nº 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C.- Colombia. centrodecontacto@confianza.com.co

CONFIANZA

Swiss Re Corporate Solutions

NIT: 860.070.374-9

Referencia para pago electrónico: 3060249522

Nit: 1061749402 **DV:** 6

Tomador: PEREZ MELLIZO DIANA CRISTINA

Póliza: GU170254 **Certificado:** GU249522 **Sucursal:** 30

VALOR PÓLIZA:$ 26,180.00

FECHA DE PAGO: DD MM AAAA

Canales de Pago:

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

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

Bancos:
- BBVA
- Davivienda
- Banco de Bogotá

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

CANTIDAD DE CHEQUES	COD. BANCO	CHEQUE No.	VALOR
		CHEQUES $	
		EFECTIVO $	
		(*) TOTAL	

(415)7709998911901(8020)3060249522

IMPORTANTE:
- Si se requiere pagar más de una póliza, genere su cupón de pago en www.confianza.com.co en Pagos Confianza PC, regístrese con c.c. o nit y el dígito de verificación y seleccione las pólizas en la opción: Cupón de pagos.
- Es importante que esté actualizado su correo electrónico ya que a éste le llegará su recibo de caja en línea, si paga por estos medios.
- No se reciben pagos mixtos.
(*) el valor a pagar puede ser menor o igual al valor de la póliza. No se reciben valores mayores al estipulado en este cupón.

- BANCO -

Dirección para notificaciones: Calle 82 Nº 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C.- Colombia. centrodecontacto@confianza.com.co

CONFIANZA
Swiss Re Corporate Solutions

COMPAÑÍA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. "CONFIANZA"

GARANTIA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES

(Decreto 1082 de 2015)

1. RIESGOS AMPARADOS

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

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

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA

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

1.1.1 La no suscripción del contrato sin justa causa por parte del adjudicatario.

1.1.2 La no ampliación de la vigencia de la garantía de seriedad de la oferta, cuando el término previsto en los pliegos para la adjudicación o para la suscripción del contrato se prorrogue, siempre que tal prorroga sea inferior a tres (3) meses.

1.1.3 La falta de otorgamiento por parte del proponente seleccionado, de la garantía de cumplimiento del contrato.

1.1.4 El retiro de la oferta después de vencido el plazo fijado para la presentación de las ofertas.

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

El amparo de buen manejo y correcta inversión del anticipo cubre a la entidad estatal contratante asegurada, de los perjuicios sufridos con ocasión de (i) la no inversión, (ii) el uso indebido y (iii) la apropiación indebida de los recursos recibidos en calidad de anticipo.

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO

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

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO

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

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

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

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA

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

1.7 CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES

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

1.8 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

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

1.9 REPONSABILIDAD FISCAL

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

2. EXCLUSIONES

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

2.1 Causa extraña, esto es la fuerza mayor o caso fortuito, el hecho de un tercero o la culpa exclusiva de la víctima (el asegurado).

2.2. Daños causados por el contratista a los bienes de la entidad no destinados al contrato.

2.3. El uso indebido o inadecuado o falta de mantenimiento preventivo al que está obligada la entidad estatal contratante.

2.4. El deterioro normal que sufran los bienes entregados con ocasión del contrato garantizado como consecuencia del transcurso del tiempo.

3. SUMA ASEGURADA

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

4. RESTABLECIMIENTO O AMPLIACIÓN DE LA GARANTÍA.

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

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

5. VIGENCIA

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

6. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA

De acuerdo con lo establecido en el artículo 1077 en concordancia con el artículo 1080 del Código de Comercio la entidad estatal contratante asegurada deberá demostrar la ocurrencia del siniestro y acreditar la cuantía de la pérdida, previo agotamiento del derecho de audiencia del contratista garantizado y del garante, de la siguiente forma:

6.1 En caso de caducidad, una vez agotado el debido proceso y garantizados los derechos de defensa y contradicción del contratista garantizado y de su garante de conformidad con lo establecido en el artículo 86 de la ley 1474 de 2011, la entidad estatal contratante asegurada proferirá el acto administrativo correspondiente en el cual, además de la declaratoria de caducidad, procederá a hacer efectiva la cláusula penal o a cuantificar el monto del perjuicio, y a ordenar su pago tanto al contratista garantizado como al garante. El acto administrativo de caducidad constituye el siniestro.

6.2 En caso de aplicación de multas, una vez agotado el debido proceso y garantizados los derechos de defensa y contradicción del contratista garantizado y de su garante de conformidad con lo establecido en el artículo 86 de la ley 1474 de 2011, la entidad estatal contratante asegurada, proferirá el acto administrativo correspondiente en el cual impondrá la multa y ordenará su pago, tanto al contratista garantizado como al garante. El acto administrativo correspondiente constituye el siniestro.

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

7. COMPENSACIÓN

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

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

8. PAGO DEL SINIESTRO.

La aseguradora pagará el valor del siniestro, así:

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

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

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

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

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

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN

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

10. SUBROGACION.

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

11. CLAUSULA DE GARANTIAS

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

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

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

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

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

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

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

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

13. NATURALEZA DEL SEGURO

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

14. NOTIFICACIONES Y RECURSOS.

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

15. CLAUSULAS INCOMPATIBLES.

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

16. COEXISTENCIA DE SEGUROS

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

17. COASEGURO

En caso de existir coaseguro al que se refiere el artículo 1095 del código de comercio, el importe de la indemnización a que haya lugar se distribuirá entre los aseguradores en proporción de las cuantías de sus respectivos seguros, sin que exista solidaridad entre las aseguradoras participantes, y sin exceder de la suma asegurada bajo el contrato de seguro.

18. PRESCRIPCION.

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

19. DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados en el presente contrato se fija como domicilio de las partes la ciudad de Bogotá en la República de Colombia.
En fe de lo anterior, se firma a los 27 días del mes de enero de 2021

Diana C. Perez

EL TOMADOR

FIRMA AUTORIZADA

COMPAÑÍA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A
CONFIANZA

CONFIANZA
Swiss Re
Corporate Solutions

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

Estamos enviando el recibo de caja de su transacción realizada en SEGUROS CONFIANZA NIT 8600703749. Por favor dar clic en el link de descargar más adelante. **SEGUROS CONFIANZA NIT 8600703749 .**

Resumen de la Transacción:

Usuario Pagador	106174940026 - Diana Cristina Perez Mellizo
Descripción del Pago	Cartera en Pesos
No. Transacción eCollect	406589982
No. Autorización/PSE	8734481396
Fecha y Hora	27/01/2021 12:11:38 p.m.
Entidad Financiera	BANCOLOMBIA
Comprobante / Recibo de caja	Descargar

Total $26,180.00

Detalle de la Transacción:

Descripción	Referencia	Valor
Total Doc. GU170254 GU249522	1030	$26,180.00

Si desea mayor información sobre el estado actual de su operación, puede comunicarse a nuestras líneas de atención al cliente: 7457777 en Bogotá, 6040455 en Medellín, 6972111 en Bucaramanga, 4894111 en Cali y 3851555 en Barranquilla. centrodecontacto@confianza.com.co

Guarde el comprobante generado para futuras aclaraciones.