

 <p>DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES) REGIONAL VALLE</p> <p>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE CENTRO DE TECNOLOGIAS AGROINDUSTRIALES-VALLE - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION</p> <p>Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1 Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)</p>	Código Regional	76
	Código Centro	954310
	Fecha Elaboración	Marzo de 2021
	Versión	ENERO 2021 - 1,21
	ID de Proceso	13269-107709
	No. de documento	42151

DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos contratista:	LADY VIVIANA GOMEZ BERNAL	C.C.	1.089.745.202
Correo electrónico contratista:	lvgozemb@sena.edu.co	IP/N° de contacto	3135800
Régimen del IVA:	☐ NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	☐ NO
	☐ Es declarante de renta?	☐ NO	☐ Es Pensionado?
Sus ingresos en el 2020 Superaron \$49'849.000	☐ NO	Inducción SST	☐ SI
	☐ Presta Servicios Excluidos de IVA ?	☐ SI	
Banco al cual consignar:	BANCO BBVA	Tipo de cta	AHORROS
	N° Cuenta	703647842	
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			
N° del contrato:	2306251/2021	N° Compromiso SIIF	17621
Valor Total del Contrato	\$ 24.700.000	N° Pago	1
Saldo Anterior del Contrato	\$ 24.700.000	Periodo objeto de pago	Del 04/03/2021 Al 31/03/2021
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 21.190.000	Comisiones	\$ 0,00

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)			
INSTRUCTOR: CO1.PCCNTR.2306251 PRESTACIÓN TEMPORAL DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL, ASISTENCIA TÉCNICA, ASESORÍA A LAS EMPRESAS Y/O JORNADAS DE DIVULGACIÓN TECNOLÓGICA PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES DE			

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 3.510.000	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 3.510.000	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.069.100	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR			
N° Planilla PILA, o, N° Radicación pago SS	Marzo	Febrero	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.404.000	\$ 0	Valor Base retención en la fuente
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 175.500	\$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 224.700	\$ 0	Valor base IVA
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)
ARL	\$ 7.400	\$ 0	Menos Retención en la Fuente
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Menos Retención IVA
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -		Reteica - 8523
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064	\$ -		
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.630.800	\$ -		Pro-UCEVA
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Universidad del Pacifico
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones
Dependientes hasta \$ 1.161.856	\$ 351.000		Descuentos de Libranza
Salud hasta \$ 580.928	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)
Renta Exenta 25% \$ 8.713.920	\$ 689.700		VALOR A PAGAR
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		\$ 3.486.230,00

SON: TRES MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS TREINTA PESOS M/CTE			
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
<p>Se recibió inducción al cargo por parte del líder de bilingüismo y formador.</p> <p>Se realizó alistamiento de los documentos de las fichas para impartir su correcta formación. Se lleva a cabo empalme con anterior instructora de las fichas. Se realiza presentación por llamada y via Whatsapp con cada uno de los lideres de ficha y se reciben orientaciones. Se lleva a cabo la planeación de cada ficha respondiendo a su proyecto formativo. Se socializa guía de aprendizaje con cada una de las fichas. Se orienta formación regular de bilingüismo utilizando la metodología de aula invertida, utilizando las herramientas tecnológicas ajustadas a los aprendices y atendiendo al horario asignado.</p> <p>FICHAS ORIENTADAS: 2244558 - 2204972 - 1963157 (convergentes F1,2,3) 2068771 - 2204989</p> <p>Cartago Centro de Tecnologías Agroindustriales</p>			

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:	
<p>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.</p>	<p>LADY VIVIANA GOMEZ BERNAL EL CONTRATISTA</p>

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
<p>En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:</p> <p>1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;</p> <p>2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;</p> <p>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.</p>	<p>Autorizo el presente pago. El Supervisor,</p> <p>JOSE GABRIEL GARAVITO APONTE INSTRUCTOR G20</p>

<p>Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:</p> <p>EL ORDENADOR DEL PAGO</p>	
--	--

<p>GERARDO AUGUSTO CASTRO MUÑOZ SUBDIRECTOR DE CENTRO G02</p>

CE-006 - 0000000100 – 2021

CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1089745202
NOMBRES Y APELLIDOS	Gomez Bernal,Lady Viviana
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	25/09/2019
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Gomez Bernal,Lady Viviana, a los 25 días del mes de febrero del año 2021.

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

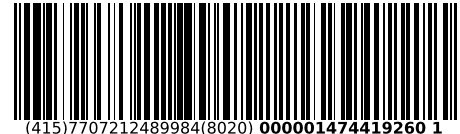


Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

2. Concepto Actualización

4. Número de formulario

14744192601



(415)7707212489984(8020) 000001474419260 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 8 9 7 4 5 2 0 2

6. DV

3

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Pereira

14. Buzón electrónico

1 6

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 0 8 9 7 4 5 2 0 2

27. Fecha expedición

2 0 0 6, 0 6, 2 8

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Risaralda

6 6

30. Ciudad/Municipio

Marsella

4 4 0

31. Primer apellido

GOMEZ

32. Segundo apellido

BERNAL

33. Primer nombre

LADY

34. Otros nombres

VIVIANA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Risaralda

6 6

40. Ciudad/Municipio

Pereira

0 0 1

41. Dirección principal

MZ 17 CA 28 SEC CIUDAD BOQUIA BRR PARQUE INDUSTRIAL

42. Correo electrónico

vivianagobe10@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 4 6 3 8 3 8 1 2

45. Teléfono 2

3 1 2 8 7 6 6 3 7 9

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 5 5 1

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 1, 0 2, 2 6

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1 2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

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

49 - No responsable de IVA

DOCUMENTO SIN VALOR

Obligados aduaneros

54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 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 - 02 - 25 / 20 : 33: 02

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 GOMEZ BERNAL LADY VIVIANA

985. Cargo CONTRIBUYENTE



CONCEPTO MÉDICO

Motivo de consulta: Otro

Fecha de consulta: 01/03/2021

Información paciente

Empresa: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Nombre completo: Lady Viviana Gomez Bernal
Responsable: El mismo paciente
Cargo: Instructora
Edad: 32
Estado civil: Unión Libre
Teléfono:
N° hijos: 2
EPS: EPS Sanitas

Empresa en misión:
Identificación: CC: 1089745202
Acompañante: Ninguno
Fecha nacimiento: 14/06/1988
Genero: Femenino
Escolaridad: Pregrado (Universitaria)
Dirección: Risaralda, Pereira, Mz 17 Cs 28 Sector Boquia
ARL:
AFP: Porvenir S.A.



Exámenes analizados

- Examen medico ocupacional .
- Laboratorio: Hemograma completo ; Glicemia; Perfil lipídico.

Concepto de aptitud

Apto con patología que no lo limita para la labor.

Anexo

PACIENTE EN EL MOMENTO DE LA CONSULTA SIN SINTOMATOLOGIA SOSPECHOSA PARA COVID- 19, SE RECOMIENDA EN SU TRABAJO SEGUIR Estrictamente LINEAMIENTOS DEL GOBIERNO NACIONAL, SE RECOMIENDA CONTINUAR CONTROLES DE PATOLOGIA CRONICA EN EPS, SE RECOMIENDA VALORACION EN EPS PARA MANEJO DE ALTERACION METABOLICA

Recomendaciones generales

- Usar adecuadamente los elementos de protección personal.
- Hábitos de vida saludable: dieta balanceada y ejercicio diario por 30 minutos.
- Adecuada higiene postural.
- Seguir el manual vigente de higiene y seguridad industrial de la empresa.
- Reportar todo accidente o incidente que ocurra en el trabajo.
- Reportar las condiciones de trabajo que puedan ser generadoras de accidentes laborales.

ANDRES FELIPE GARCIA MESA

Profesión: Medico laboral

Registro: LPSSP610



Aspirante o trabajador

Lady Viviana Gomez Bernal

Identificación: CC: 1089745202



LABORATORIO

Información paciente

Empresa: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

Nombre completo: Lady Viviana Gomez Bernal

Cargo: Instructora

Edad: 32

Estado civil: Unión Libre

Teléfono:

N° hijos: 2

EPS: EPS Sanitas

Empresa en misión:

Identificación: 1089745202

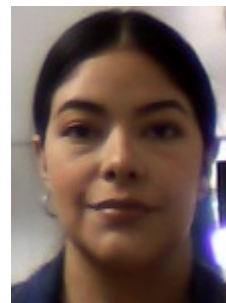
Fecha nacimiento: 14/06/1988

Genero: Femenino

Escolaridad: Pregrado (Universitaria)

Dirección: Mz 17 Cs 28 Sector Boquia , Pereira, Risaralda

ARL:



Motivo de consulta: Otro

Fecha de consulta: 01/03/2021

Hemograma completo

Valor mínimo:

Valor máximo:

Unidad:

Resultado:

ANEXO

Observaciones:

Glicemia

Valor mínimo:

Valor máximo:

Unidad:

Resultado:

GLICEMIA: 98 mg/dl

Valor de Referencia 70-105 mg/dl

Observaciones:

Perfil lipídico

Valor mínimo:

Valor máximo:

Unidad:



Resultado:

COLESTEROL TOTAL: 251 mg/dl
Valor de Referencia: Hasta 200 mg/dl

COLESTEROL HDL: 51.72 mg/dl
Valor de Referencia: Mujeres Sin Riesgo Entre 45 -65 mg/dl

COLESTEROL LDL: 164.68 mg/dl
Valor de Referencia: Mujeres Menor de 150 mg/dl

COLESTEROL VLDL: 34.6 mg/dl
Valor de Referencia: Mujeres Hasta 40 mg/dl

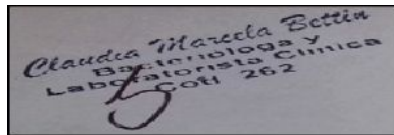
TRIGLICERIDOS: 173 mg/dl
Valor de Referencia: Hasta 200 mg/dl

Observaciones:

CLAUDIA MARCELA BETTIN GUARIN

Profesión: Bacteriologo

Registro: 262 bac



Aspirante o trabajador

Lady Viviana Gomez Bernal

Identificación: 1089745202

Identificación de muestra 18
 ID paciente 1089745202
 Nombre LADY VIVIANA GOMEZ
 Tipo Femenino
 Sexo Femenino
 Fecha de Nacimiento 00/00/0000
 Doctor

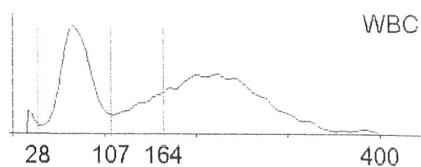
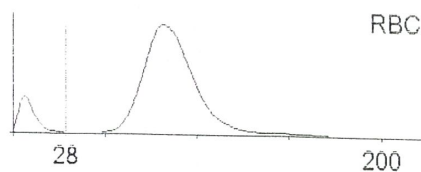
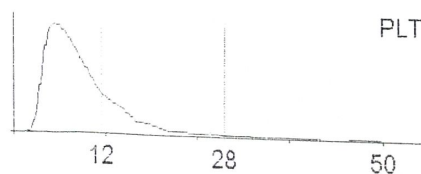
Fecha de análisis 01/03/2021 04:04 PM
 Fecha de reporte 01/03/2021 04:26 PM
 No. De serie: 642855

WBC	6.39	$10^3/\mu\text{l}$	5.00		11.60
LYM	2.00	$10^3/\mu\text{l}$	1.30		4.00
MID	0.43	$10^3/\mu\text{l}$	0.30		1.00
GRA	3.96	$10^3/\mu\text{l}$	2.40		7.60
LYM%	31.3	%	19.1		48.5
MID%	6.7	%	4.5		12.1
GRA%	62.0	%	43.6		73.4

RBC	4.40	$10^6/\mu\text{l}$	3.79		5.14
HGB	12.6	g/dl	11.5		15.1
HCT	38.32	%	34.00		45.40
MCV	87	fl	84		98
MCH	28.6	pg	27.5		32.4
MCHC	32.8	g/dl	31.7		34.2
RDWc	13.5	%	11.1		14.0

PLT	338	$10^3/\mu\text{l}$	156		342
PCT	0.25	%	0.16		0.36
MPV	7.3	fl	8.3		12.1
PDWc	36.9	%	37.8		43.6
P-LCC	69	$10^3/\mu\text{l}$	55		139
P-LCR	20.51	%	25.30		53.80

Lisante 0.90 ml
 PrVW 293/296
 PrVR 329/332



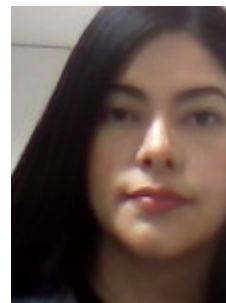
Comentario:

OPTOMETRÍA

Información paciente

Empresa: SENA
Nombre completo: LADY VIVIANA GOMEZ BERNAL
Cargo:
Edad: 32
Estado civil: Unión Libre
Teléfono:
N° hijos: 2
EPS:

Empresa en misión:
Identificación: CC: 1089745202
Fecha nacimiento: 14/06/1988
Genero: Femenino
Escolaridad: Pregrado (Universitaria)
Dirección: Risaralda, Pereira, MZ 17 CS 28 SECTOR BOQUIA
ARL:



Motivo de consulta: Ingreso

Fecha de consulta: 27/10/2020

Factor de riesgo visual

Usa Lentes: No

Tipo de lentes:

Sintomatología: No refiere

Visión lejana

Ojo Derecho		Ojo Izquierdo		Ambos ojos	
Sin lentes	Con lentes	Sin lentes	Con lentes	Sin lentes	Con lentes
20/20	-	20/20	-	20/20	-

Observaciones:

Visión cercana

Ojo Derecho		Ojo Izquierdo		Ambos ojos	
Sin lentes	Con lentes	Sin lentes	Con lentes	Sin lentes	Con lentes
20/25	-	20/20	-	20/20	-

Observaciones:

**Examen externo ojo derecho:**

ASPECTO SANO

Motilidad PCC: **Cover test 20cm (CT):**

NORMAL ORTHO

Oftalmoscopia Ojo derecho (OD):

ASPECTO SANO

Distinción de colores:

NORMAL

Refracción Ojo derecho (OD):

+0,25ESF

Observaciones:

Ninguna

Examen externo ojo izquierdo:

ASPECTO SANO

Cover test 40cm (CT): **Cover test infinito ():**

ORTHO ORTHO

Oftalmoscopia Ojo izquierdo (OI):

ASPECTO SANO

Estereopsis:

Arco 40"

Estado de corrección:

Normal

Refracción Ojo izquierdo (OI):

+0,25ESF

Interpretación diagnóstica: Hipermetropia**Recomendaciones:** NO SE PRESCRIBE CORRECCION OPTICA.**Concepto laboral visual:****Médico**

YULIANY PAOLA GOMEZ SANCHEZ

Profesión: Optometra**Registro:** 1088330277**Aspirante o trabajador**

LADY VIVIANA GOMEZ BERNAL

Identificación: CC: 1089745202



Hace constar:

Que el Sr(a) LADY VIVIANA GOMEZ BERNAL Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1089745202 realizó el día 16/03/2021 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, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo LADY VIVIANA GOMEZ BERNAL Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1089745202 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.

Firma

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



POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora LADY VIVIANA GOMEZ BERNAL, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1089745202, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 01/03/2021 y fecha fin de contrato 10/09/2021 con riesgo 1.

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): 202101013271275.

Esta certificación se expide a los 16 días del mes de Marzo de 2021.

Cordialmente

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

Que nuestro(a) cliente **LADY VIVIANA GOMEZ BERNAL**, identificado(a) con **cédula de ciudadanía número 1.089.745.202** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 703647842** apertura el **16 de febrero del 2017**, cuenta **activa** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **17** días del mes de **marzo** del año **2021**.

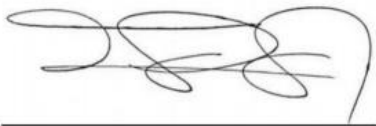
Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos: **0703647842**

Cuenta de 16 dígitos: **0703000200647842**

Cuenta de 20 dígitos: **00130703000200647842**

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

**PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015**

Ciudad de Expedición:						Sucursal:				Cod. Sucursal:		Nro. Póliza:		Anexo:	
CALI						CALI				45		45-46-101010870		0	
Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:		Vigencia Hasta:			A las:		Tipo Movimiento:		
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:		Día:	Mes:	Año:	Horas:		EMISIÓN ORIGINAL		
03	03	2021	03	03	2021	00:00		10	01	2022	00:00				

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social: GOMEZ BERNAL LADY VIVIANA								Identificación: 1089745202			
Dirección: MZ 17 CASA 28 BOQUIA BARRIO PARQUE INDUSTRIAL						Ciudad: PEREIRA - RISARALDA				Teléfono: 3146383812	

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL VALLE CENTRO DE TECNOLOGIAS AGROINDUSTRIALES CTA								Identificación: 899999034-1			
Dirección: CR 9 12 141						Ciudad: CARTAGO - VALLE				Teléfono: 2119999	

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECCIÓN 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.PCCTR.2306251 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTACIÓN TEMPORAL DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL, ASISTENCIA TÉCNICA, ASESORÍA A LAS EMPRESAS Y/O JORNADAS DE DIVULGACIÓN TECNOLÓGICA PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES DE FORMACIÓN REGULAR PROGRAMADAS POR EL CENTRO DE TECNOLOGÍAS AGROINDUSTRIALES

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS		
AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	03/03/2021	10/01/2022
		Suma Asegurada / Actual:
		\$ 2,470,000.00
OBSERVACIONES:		

Valor Prima Neta:	Gastos Expedición:	IVA:	Total a Pagar:	Valor Asegurado Total:	Fecha Límite de Pago:
\$ 20,000.00	\$ 8,000.00	\$ 5,320.00	\$ 33,320.00	\$ 2,470,000.00	03/03/2021

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
JC ASESORES DE SEGUROS LTDA	164219	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 CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45 - Teléfono: 6672954 - CALI

Mmsm

J. K. K.



FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas
Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdeleestado.com

FIRMA TOMADOR
Oficina Principal: Cra. 11 No. 90-20 Bogotá D.C. Teléfono: 2186977

Verifique su póliza escaneando el código QR.
Aplica únicamente para la emisión original.

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

Oficina Principal: Cra. 11 No. 90-20 Bogotá D.C. Conmutador: 3078288 Fax Server 6511240
ASISTENCIA CELULAR #388 - FUERA DE BOGOTA 018000123010
www.segurosdelestado.com

**PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.45-46-101010870**

1. AMPAROS.

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ SEGURESTADO OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, HASTA EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO PACTADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA, CUBRIENDO CON ELLOS, SIEMPRE LOS PERJUICIOS DIRECTOS QUE CON 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 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 PREVE 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.

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 CONSTARAN EN LA CARÁTULA DE LA MISMA O EN SUS ANEXOS.

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

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

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

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

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

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

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

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

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

6. COMPENSACIÓN.

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

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

8. PLAZO PARA EL PAGO.

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

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

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



7709998021167002800982

Nit: 860009578-6

SEGUROS DEL ESTADO GENERALES

RECIBO DE PAGO N°: 10000028009824

CERTIFICAMOS QUE:

FECHA				
03/03/2021 02:05p.m.				
RECIBIMOS DE:	Lady Viviana Gomez Bernal		CC. 1.089.745.202	
LA SUMA DE:	Treinta y tres mil trescientos veinte pesos .*****			
POR CONCEPTO DE:	PAGO BOLETA RECAUDO REF. NRO.: 10000028009824			
SUC - RAMO - POLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTO	IVA	VALOR
CALI-46-101010870-0-1	\$28,000.00		\$5,320.00	\$33,320.00
FORMA DE PAGO				
Pse - \$ 33,320.00			EFFECTIVO: CHEQUE: TARJETA: BD: 33,320.00 OTROS: \$33,320.00	
TRANSACCION: 0002800982			TOTAL: \$33,320.00 CAJERO: PAGUESTADO	

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Pereira, marzo de 2021

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (SENA)

Ciudad

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

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

T.I.	1088241629	Sara García Gómez	HIJO
T.I.	1088104297	Samuel García Gómez	HIJO

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

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

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

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

Cordialmente,



FIRMA

Nombre: Lady Viviana Gómez Bernal

C.C. 1089745202 de Marsella

 REPUBLICA DE COLOMBIA ORGANIZACION ELECTORAL REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL	CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO	
	Número: N	2160053

NUIP	1088241629*	Tipo de certificado	Datos Esenciales ☐	Acreditar Parentesco ☒
-------------	--------------------	---------------------	---	--

Datos del Inscrito					
Apellidos y Nombres completos					
GARCIA GOMEZ SARA*****					
Fecha de Nacimiento (Mes en letras)					
Año	2	0	0	4	Mes
					J U L
					Día
					0 9
Sexo (en letras)					
FEMENINO*****					
Tipo Sanguíneo					
O +*****					
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)					
COLOMBIA RISARALDA PEREIRA*****					
Fecha de Inscripción (Mes en letras)					
Año	2	0	0	4	Mes
					A G O
					Día
					2 4
Indicativo serial					
0038915056*****					

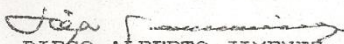
Datos de la Madre	
Apellidos y Nombres completos	
GOMEZ BERNAL LADY VIVIANA*****	
Documento de Identificación (Clase y número)	
TARJETA DE IDENTIDAD 88061462516*****	
Nacionalidad	
COLOMBIA*****	

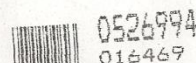
Datos del Padre	
Apellidos y Nombres completos	
GARCIA CARDENAS CARLOS ANDRES*****	
Documento de Identificación (Clase y número)	
TARJETA DE IDENTIDAD 87060764849*****	
Nacionalidad	
COLOMBIA*****	

Datos del Solicitante	
Apellidos y Nombres completos	

Documento de Identificación (Clase y número)	

Espacio para notas	

Datos de la oficina de registro que expide el certificado					
País - Departamento - Municipio					
COLOMBIA RISARALDA PEREIRA*****					
Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)					
Año	2	0	0	6	Mes
					E N E
					Día
					3 0
Nombre y firma del funcionario					
 DIEGO ALBERTO JIMENEZ OTALVARO Registrador del Estado Civil					



REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP	1088104297
------	------------

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial 36064642

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina							
Registraduría	☐	Notaría	☒	Número	☐	Consulado	☐
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía				Corregimiento			
COLOMBIA RISARALDA MARSELLA				Inspección de Policía			
				Código M 6 X			

Datos del inscrito			
Primer Apellido		Segundo Apellido	
GARCIA		GOMEZ	
Nombre(s)			
SAMUEL			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo
Año	2 0 0 6	Mes	MAYO
Día	2 8	Sexo	MASCULINO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)		Factor RH	+
COLOMBIA RISARALDA MARSELLA			

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
ACTA DE NACIDO VIVO	A 6997680

Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos	
gomez bernal lady viviana	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
cc # 1.089.745.202 MARSELLA	COLOMBIANA

Datos del padre	
Apellidos y nombres completos	
GARCIA CARDENAS CARLOS ANDRES	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC # 1.089.744.766 marsella	COLOMBIANO

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
GARCIA CARDENAS CARLOS ANDRES	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC # 1.089.744.766 marsella	Carlos A. Garcia Cardenas

Datos primer testigo	
Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo	
Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción		Nombre y firma del funcionario que autoriza	
Año	2 0 0 6	ARLEY ANTONIO PIEDRAHITA	
Mes	JULIO	Nombre y firma	
Día	1 5		

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -