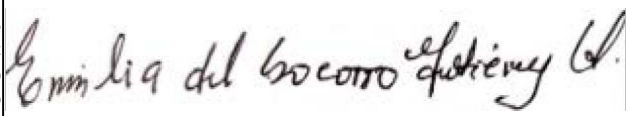


 <p>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)		Código Regional	25	
	REGIONAL CUNDINAMARCA		Código Centro	951310	
	CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL-CUNDINAMARCA - SERVICIOS PRESTADOS A LA FO		Fecha Elaboración	Febrero de 2022	
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión	ENERO 2022 - 1,22	
	Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)		ID de Proceso	54469-488076	
			No. de documento	336299	
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos contratista: EMILIA DEL SOCORRO GUTIERREZ QUINTERO		C.C.	25.231.597	IP/N° de contacto	3186424317
Correo electrónico contratista: edgutierrez@sena.edu.co					
Régimen del IVA:	☐ NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	☐ NO	Es declarante de renta?	☐ NO
Sus ingresos en el 2021 fueron iguales o superiores		☐ NO	Inducción SST	☐ SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ?
Banco al cual consignar:		DAVIVIENDA	Tipo de cta	AHORROS	N° Cuenta
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 2022 supera los \$ 125'413.200		☐ NO
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° del contrato:	3381007/2022	N° Compromiso SIIF	7722		
Valor Total del Contrato	\$ 39.975.000	N° Pago	1		
Saldo Anterior del Contrato	\$ 39.975.000	Periodo objeto de pago	Del 24/01/2022 Al 31/01/2022		
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 39.042.250	Legalización comisiones del periodo	\$ 0,00		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL PROGRAMADA POR EL CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL EN LA RED DE CONOCIMIENTO SALUD, EN EL ÁREA TEMÁTICA DE APOYO TERAPÉUTICO Y REHABILITACIÓN.			
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios	\$ 932.750	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%		
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 932.750	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0		
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 605.813	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	-----	5162545623	Valor Base retención en la fuente	605.813,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.000.000	\$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	807.750,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 125.000	\$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 0	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	
ARL III	\$ 24.400	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	-	Reteica - 8299	6.462,00	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -	-		0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064	\$ -	-		0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.800.400	\$ -	-	Otras Retenciones	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-	Otras Retenciones	0,00	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-	Otras Retenciones	0,00	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-	Otras Retenciones	0,00	
Dependientes hasta \$ 1.216.128	\$ -	-		0,00	
Salud hasta \$ 608.064	\$ -	-	Descuentos de Libranza	0,00	
Renta Exenta 25% \$ 9.120.960	\$ 201.938	-	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	-	VALOR A PAGAR	\$ 926.288,00	
SON: NOVECIENTOS VEINTISEIS MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
-TALLERES TEORICO-PRACTICOS SALA DE SIMULACION CAJICA: COMPETENCIA: "ASISTIR AL USUARIO EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA"					
-FICHAS: 2396917-18					
-TOTAL HORAS MES DE ENERO: 42					
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.					
			EMILIA DEL SOCORRO GUTIERREZ QUINTERO EL CONTRATISTA		
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO					
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:			Autorizo el presente pago. El Supervisor,		
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;					
2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del 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.					
			SOLEDAD DEL ROSARIO DE LA CRUZ HERNANDEZ INSTRUCTOR G13		
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					
<p style="text-align: center;">LEONORA BARRAGAN BEDOYA SUBDIRECTORA DE CENTRO G02</p>					

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 25231597
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	EMILIA DEL SOCORRO GUTIERREZ QUINTERO	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 86 95D - 03 BL B9 AP 410	TELÉFONO: 4764299
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	5162545623	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: diciembre	PERIODO COTIZACIÓN MES: diciembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2021	SALUD: AÑO: 2021
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2022/01/14	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 0890516292

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
830003564	EPS017	EPS017-FAMISANAR	1	\$ 143.000
SUBTOTAL:			1	\$ 143.000
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 27.900
SUBTOTAL:			1	\$ 27.900
TOTAL PAGADO:				\$ 170.900



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) EMILIA DEL SOCORRO GUTIERREZ QUINTERO identificado(a) con CC 25231597 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: 09/09/2016

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 18 días del mes de enero del año 2022.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

547

30
4208014031498400

BOGOTÁ, 21 de agosto de 2018

Señor(a)

EMILIA DEL SOCORRO GUTIERREZ QUINTERO

emilia_gutierrez_quintero@yahoo.com

78 1/4

Ref. Rad. Porvenir. N.A.

Solicitud por: VEJEZ

CC: 25.231.597

Afiliado: EMILIA DEL SOCORRO

GUTIERREZ QUINTERO

T.N. N.A

COR - BEN

Reciba un saludo cordial.

En esta oportunidad nos complace comunicarle que su solicitud de pensión de vejez ha sido **APROBADA**.

Para nosotros el bienestar de nuestros afiliados y la tranquilidad de sus familias son fundamental; por ese motivo trabajamos día a día en ofrecer alternativas que les brinden más beneficios, encaminadas a mejorar su calidad de vida.

Una alternativa que cumple con este propósito es que el pago de su pensión se realice a través de la **modalidad de renta vitalicia**. Bajo esta modalidad, el monto de su mesada pensional se incrementará cada año con base en el Índice de Precios al Consumidor (IPC) certificado por el DANE¹. Si el monto de la pensión equivale a un salario mínimo, se ajustará anualmente con el valor del salario mínimo que el Gobierno Nacional establezca.

La contratación de la renta vitalicia, se puede dar por alguna de las siguientes situaciones:

1. Porque usted nos solicitó una cotización ante una compañía de seguros de vida y posteriormente nos autorizó para realizar la contratación de una Póliza de Renta Vitalicia².
2. Como medida preventiva las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) deben revisar permanentemente que el capital del pensionado sea suficiente para pagarle por lo menos una mesada pensional del salario mínimo, por lo que tienen la facultad de contratar una Renta Vitalicia para mitigar dicho riesgo y de esta forma garantizar el incremento con IPC de sus mesadas³.

Teniendo en cuenta que usted cumple con una de las dos condiciones, se llevó a cabo la cotización y contratación de una Póliza de Renta Vitalicia para el pago de su pensión, con **la Compañía de Seguros de Vida Alfa S.A.** Lo invitamos a ingresar a la página www.segurosalfa.com.co para conocer información más detallada de esta entidad.

¹ Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

² Artículo 80 de la Ley 100 de 1993 Renta Vitalicia Inmediata - Decreto 719 de 1994.

³ Art. 81 Ley 100 de 1993, Reajuste mesadas y artículo 8 del Decreto 832 de 1994, control de saldos.

Por lo anterior, Seguros de Vida Alfa iniciará el pago de sus mesadas antes del día 30 de Agosto de 2018, una vez usted haya radicado ante esta aseguradora los siguientes documentos:

- Formato **“Autorización de abono en cuenta bancaria de mesadas pensionales”** (se encuentra adjunto a esta comunicación), mediante el cual autoriza a Seguros de Vida Alfa S.A. a consignar su mesada pensional en la cuenta bancaria a su nombre. Adjunto a este formato debe anexar certificación bancaria o un documento en el cual se visualice el número de su cuenta bancaria con el fin de evitar inconvenientes al momento del pago. Es importante que este formato este completamente diligenciado.
- Certificación Bancaria.
- **Copia de la afiliación como pensionado a la EPS con el sello de radicado:** para esto debe dirigirse a su EPS y efectuar la actualización de la afiliación como pensionado a nombre de la aseguradora quien efectuará el pago **Seguros de Vida Alfa S.A NIT 860.503.617.**
- Formato diligenciado: **“Anexo de Pago de Mesada Pensional”** (se encuentra adjunto a esta comunicación) mediante el cual se formaliza el contrato entre Seguros de Vida Alfa S.A y usted como pensionado.
- Fotocopia legible de la cédula, ampliada al 150%.

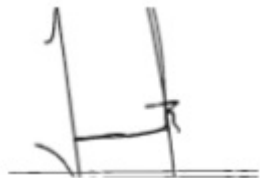
Una vez cuente con la documentación solicitada le agradecemos la radique en Seguros de Vida Alfa, en cualquiera de las siguientes oficinas:

- Bogotá en la Av. Calle 26 No. 59 - 15 local 6 y 7.
- Medellín en la Carrera 43A No. 9 Sur – 91 Oficina 10-02 Centro de Negocios Las Villas.
- Cali en la Carrera 4 No. 7 - 61 Piso 5 Edificio Banco de Occidente.
- Cartagena en la Calle del Arsenal No. 9A - 09 L - 4 Getsemaní.

Es importante resaltar que el primer pago de la pensión por parte de Seguros de Vida Alfa, solo se realizará hasta tanto se entregue la totalidad de la documentación requerida.

Tenga la tranquilidad que lo acompañaremos en este proceso; si presenta alguna inquietud al respecto, lo invitamos a comunicarse con Seguros de Vida Alfa S.A. a la línea gratuita nacional 018000122532 o en Bogotá al número telefónico 3077032, opción 1.

Cordialmente,



LEONARDO REINOSO RENGIFO
Dirección de Servicio al Pensionado
LRR/Yenny T.
C.C. EXP. 199093
FTC-H0184



seguros de vida alfa s.a.

SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.

NIT 860503617-3

CERTIFICA QUE

El(a) señor(a) **GUTIERREZ QUINTERO EMILIA DEL SOCORRO** identificado(a) con **CÉDULA No.25231597** es beneficiario(a) de una Póliza de Renta Vitalicia por **VEJEZ**, expedida en el mes de **Agosto** de **2018** .

Actualmente, **GUTIERREZ QUINTERO EMILIA DEL SOCORRO** tiene derecho a recibir **MILLON DE PESOS(\$1,000,000.00 MCTE.)**, equivalente a un **100%** del valor total de la pensión, y recibe **13** mesadas durante el año, al cual aplicamos los descuentos a que haya lugar según la normatividad vigente para este tipo de pólizas y los adicionales debidamente autorizados por el beneficiario.

Para atender requerimientos e inquietudes tenemos habilitados los siguientes canales de comunicación: Línea Alfa en Bogotá al 3077032 o en el resto del país la línea nacional 01 8000 12 25 32, correo electrónico servicio al cliente: servicioalcliente@segurosalfa.com.co, la página web www.segurosalfa.com.co opción Contáctenos y la Oficina de Atención al Cliente en Bogotá o en las sucursales de Cali, Cartagena, Medellín.

Esta certificación se expide a solicitud de Seguros de Vida Alfa s.a. en Bogotá a los 18 días del mes de Enero del año 2022

Dirección de Rentas Vitalicias.

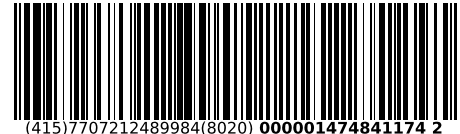
Renta:99794

******* INFORMACIÓN CONFIDENCIAL *******
******* FIN DEL DOCUMENTO *******

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

4. Número de formulario

14748411742



(415)7707212489984(8020) 000001474841174 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

2 5 2 3 1 5 9 7

6. DV

7

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

2 5 2 3 1 5 9 7

27. Fecha expedición

1 9 7 7, 0 3, 0 2

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Caldas

1 7

30. Ciudad/Municipio

Villamaría

8 7 3

31. Primer apellido

GUTIERREZ

32. Segundo apellido

QUINTERO

33. Primer nombre

EMILIA

34. Otros nombres

DEL SOCORRO

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 86 95 D 03 BL B 9 AP 410

42. Correo electrónico

emilia_gutierrez_quintero@yahoo.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

4 7 6 4 2 9 9

45. Teléfono 2

3 1 8 6 4 2 4 3 1 7

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 5 2 3

47. Fecha inicio actividad

2 0 0 9, 0 4, 1 3

Actividad secundaria

48. Código

8 5 5 9

49. Fecha inicio actividad

2 0 0 5, 0 1, 0 1

Otras actividades

1

2

0 0 2 0

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

0

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código **5 4 9**

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código **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

☒

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2021 - 03 - 19 / 10 : 35: 27

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

Emilia del Socorro Quintero

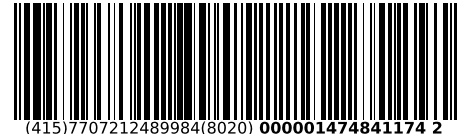
984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14748411742



(415)7707212489984(8020) 000001474841174 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

2 5 2 3 1 5 9 7 7

6. DV

7

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

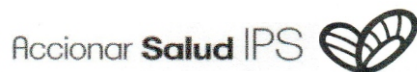
3 2

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

1	160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	8 5 2 3
	Establecimiento de comerci 0 2	Educación media técnica.	
	162. Nombre del establecimiento COMUNIQUEMONOSDAVID.COM		
	163. Departamento Bogotá D.C.	164. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C.	0 0 1
	165. Dirección CL 89 NO. 95-08 IN 106		
	166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
	0 1 4 6 3 2 6 1	2 0 0 5 0 3 2 3	
	168. Teléfono	169. Fecha de cierre	
2	160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
	162. Nombre del establecimiento		
	163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
	165. Dirección		
	166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
3	160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
	162. Nombre del establecimiento:		
	163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
	165. Dirección		
	166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
	168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

“ACCIONAR SALUD IPS”

“Valores Agregados en Salud”



EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL

Fecha Aplicación: 24-01-2020

Nombre: Emilia del Socorro Gutiérrez Quintero

CC: 25.231.597

Cargo: Instructora de salud

RESULTADOS CUESTIONARIO DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL INTRALABORAL (FORMA A)

Liderazgo y relaciones sociales en el trabajo:

Se puede observar que el jefe inmediato gestiona la asignación de tareas. Sin embargo, puede mostrar poco interés en la opinión de sus colaboradores o tener una planificación insuficiente.

Con respecto al ámbito de las relaciones sociales, se puede decir que el sujeto interactúa con otros individuos en el ejercicio de la actividad laboral, existe trabajo en equipo para lograr un objetivo común, así como apoyo social y cohesión entre los miembros del grupo.

De acuerdo con los resultados, la retroalimentación del desempeño es adecuada y suficiente para que el trabajador pueda mejorar su desempeño.

Control sobre el trabajo:

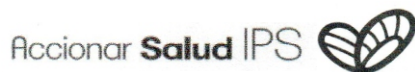
Se puede evidenciar un nivel de riesgo bajo en relación con la claridad del rol, lo cual indica que el sujeto cuenta con información clara acerca de sus funciones y el alcance de su desempeño dentro de la organización.

- 1 -

CONSULTORIA ESPECIALIZADA EN SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD

“ACCIONAR SALUD IPS”

“Valores Agregados en Salud”



En relación con la dimensión de capacitación se revela un nivel de riesgo bajo lo cual indica que en la empresa donde labora se realizan actividades de inducción, entrenamiento, formación y capacitación.

Se evidencia que la organización para la cual labora el paciente no brinda información suficiente, clara y oportuna acerca de los procesos de cambio. Así mismo, revela que no se tiene en cuenta la opinión o aportes que puede llegar a dar el trabajador para el mejoramiento de la organización.

Teniendo en cuenta la percepción del trabajador en la dimensión de oportunidades para el uso y desarrollo de habilidades y conocimientos, se considera que el sujeto cuenta con la posibilidad de adquirir, aplicar o desarrollar conocimientos y habilidades, representando un nivel de riesgo psicosocial despreciable.

El margen de control, decisión y autonomía sobre la cantidad, ritmo, orden del trabajo y organización de tiempo laborales es insuficiente, revelando un riesgo alto para el individuo.

Demandas del trabajo:

En relación con las demandas ambientales se considera que representa un riesgo medio, donde se le exige al sujeto algún tipo de esfuerzo físico que en ocasiones puede causar molestias como fatiga o preocupación.

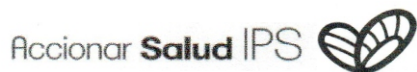
De acuerdo con los resultados, se considera que el sujeto tiene un nivel de riesgo alto en cuanto a demandas emocionales, lo cual indica que el individuo se expone a los sentimientos, emociones o trato negativo de otras personas en el ejercicio de su trabajo. Puede estar expuesto a situaciones emocionalmente devastadoras o tener que ocultar sus sentimientos. Esto demanda para el trabajador habilidad para entender las emociones de los demás y tener autocontrol.

El tiempo con que el trabajador dispone para llevar a cabo sus tareas es insuficiente, exigiéndole al trabajador un ritmo rápido, pocas pausas y hasta realizar jornada de trabajo adicional, representando un riesgo psicosocial alto para el sujeto.

Las altas demandas de tiempo y esfuerzo del trabajo afectan negativamente la vida personal y familiar del trabajador, siendo esto un riesgo psicosocial muy alto en cuanto a la influencia del trabajo sobre el entorno extralaboral.

“ACCIONAR SALUD IPS”

“Valores Agregados en Salud”



Se observa que el trabajador debe asumir responsabilidades con relación a su área o sección de trabajo, supervisar personal o manejar dinero u objetos de valor de la empresa, información confidencial, seguridad o salud de otros. Esto muestra un riesgo alto para el trabajador, quien tiene que hacer un esfuerzo por mantener el control.

De acuerdo con las puntuaciones, se considera que las demandas de carga mental representan un riesgo medio, ya que la tarea exige un esfuerzo de procesos mentales superiores sin llegar a incomodar de manera evidente al individuo, ya que dispone con los tiempos para procesarla.

De acuerdo con los resultados se puede observar que al trabajador se le presentan exigencias consistentes y claras con respecto a su rol, siendo esto un riesgo medio para el paciente.

Los resultados de la dimensión de las jornadas del trabajo arrojan un nivel de riesgo muy alto, lo cual indica que se trabaja en turnos nocturnos, con jornadas prolongadas o sin pausas claramente establecidas, o se trabaja durante los días previstos para el descanso.

Recompensa:

Con relación a las recompensas derivadas de la potencia de la organización y del trabajo que realiza se considera que hay un riesgo medio, lo que representa poca identificación con la organización o con el cargo que ejecuta. Sin embargo, esto no le genera inconvenientes para llevar a cabo sus funciones.

En relación con el reconocimiento y compensación, se percibe un riesgo medio, lo que genera que el trabajador perciba reconocimiento (confianza, remuneración y valoración) con relación a los esfuerzos y logros, que en ocasiones puede llegar a ser insuficiente con relación al esfuerzo realizado.

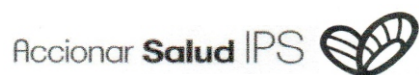
RESULTADOS CUESTIONARIO DE FACTORES PSICOSOCIALES EXTRALABORALES

Tiempo fuera del trabajo:

Se observa riesgo alto debido a la percepción del trabajador de que la cantidad de tiempo destinado al descanso, recreación, compartir con amigos o atender asuntos domésticos es limitada o insuficiente.

“ACCIONAR SALUD IPS”

“Valores Agregados en Salud”



Relaciones familiares:

De acuerdo con los resultados e evidencia un nivel de riesgo despreciable, observando que el paciente tiene interacciones sanas con su núcleo familiar.

Comunicación y relaciones interpersonales:

Se considera que hay un riesgo despreciable, ya que el sujeto mantiene comunicación e interacción con sus allegados y amigos de manera apropiada y sana.

Situación económica del grupo familiar:

En relación con la situación económica del grupo familiar, se puede evidenciar que no hay riesgo o este es despreciable, lo cual indica que el grupo familiar cuenta medios económicos para que atiendan sus gastos básicos.

Características de la vivienda y su entorno:

Con respecto a las características de vivienda y su entorno se considera que hay un riesgo alto, evidenciando condiciones de vivienda desfavorables para el descanso y la comodidad.

Influencia del entorno extralaboral sobre el trabajo:

Se considera que hay un riesgo despreciable donde las exigencias de los roles familiares y personales en el bienestar y en la actividad laboral del trabajador no afectan su rendimiento laboral.

Desplazamiento vivienda-trabajo-vivienda:

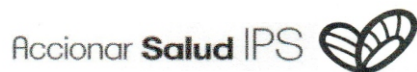
En relación con el desplazamiento vivienda-trabajo, se observa que hay un riesgo alto mostrando dificultades para el transporte para acudir al trabajo.

RESULTADOS CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL ESTRÉS

Se considera que hay un nivel de estrés muy bajo, el cual indica ausencia de síntomas de estrés u ocurrencia muy rara que no amerita desarrollar actividades de intervención específicas, salvo acciones o programas de promoción en salud.

“ACCIONAR SALUD IPS”

“Valores Agregados en Salud”



RECOMENDACIONES GENERALES

De acuerdo con los resultados obtenidos en la totalidad de la batería, hay ausencia de riesgo o riesgo tan bajo que no amerita desarrollar actividades de intervención. Las dimensiones que se encuentren bajo esta categoría serán objeto de acciones o programas de promoción.

LINA MARCELA MONTAÑO
Psicóloga
T.P. 158739

LINA MARCELA MONTAÑO GÓMEZ
PSICOLOGA
T.P. 158739



PROMOVIENDO SALUD OCUPACIONAL S A S

NIT 900 409 600-1 BOGOTA DC TV 94 NO 82 A 64

PBX 4 90 80 94 CELULAR 314 425 37 12 - 3108136250 EMAIL - promoviendosalud2019@gmail.com
LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL RES 2607/2018

FECHA DE EXAMENES MEDICOS	TIPO DE EXAMEN MEDICO
23/01/2020	☒ Ingreso ☐ Egreso ☒ Periódico ☐ Altura ☒ Osteomuscular

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

Nombres: EMILIA DEL SOCORRO		Apellidos: GUTIERREZ QUINTERO	
Razón social: SENA		Celular: 3186424317	
Dirección: B/BOCHICA I		C.C: 25.231.597	G.S RH: O +
Genero ☒ Masculino ☒ Femenino	Fecha de nacimiento 29/05/1958	Edad en años: 61	EPS: FAMISANAR
		ARL: POSITIVA	AFP: PORVENIR



INFORMACION OCUPACIONAL CARGO ACTUAL A INGRESAR

Fecha ingreso a la empresa 23/01/2020	Cargo: ENFERMERA JEFE	Sección: SALUD	Antigüedad en el cargo 37 AÑOS no aplica para ingreso
--	--------------------------	-------------------	--

CONSULTAS PROCEDIMIENTOS Y/O EXAMENE REALIZADOS

Consulta de medicina laboral, Colesterol HDL, Colesterol LDL, Colesterol total, Glicemia, Cuadro Hemático, Triglicéridos, OPTOMETRIA CORREGIDA, AUDIOMETRIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo al (a la) Dr. (a) abajo mencionado(a), a realizar en mi examen médico y/o paraclínicos ocupacionales, registrados en este documento. El profesional abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico y paraclínicos ocupacionales. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y paraclínicos ocupacionales. A partir de la asesoría brindada ante de las respectivas toma de pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes que se realizaran los exámenes. Las respuestas dadas por mí en estos exámenes están completas y son verídicas. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

CONCEPTO OCUPACIONAL

- ☒ Apto sin restricciones ☐ Apto con restricciones ☐ Aplazado ☐ Apto con patologías que no generan restricción
☐ Apto para trabajo en alturas ☐ Apto para trabajar en el suelo ☐ Apto para manipular alimentos

RECOMENDACIONES

Ocupacionales ☐ Capacitación según matriz de riesgo y peligros ☒ Higiene postural ☐ Higiene biomédica integral ☒ Pausas activas laborales ☒ Uso de los EPP ☒ Cultura de autocuidado Medicas ☐ Valoración por optometría ☐ Valoración por medicina general EPS ☐ Valoración por ARL ☐ Valoración por medicina laboral ☐ Valoración por nutricionista CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO ☐ para trabajo en altura y/o espacios confinados y/o manipulación de alimentos.	Sistema de vigilancia epidemiológica ☐ SVE Salud auditiva (énfasis en protección auditiva) ☐ SVE Cardiovascular ☐ SVE en salud visual ☐ Corrección óptica permanente ☐ SVE en salud respiratoria ☒ SVE mecánico Hábitos y estilo de vida saludable ☐ Ejercicio físico regular 3 veces por semana (acondicionamiento físico) ☒ Énfasis en estiramientos integrales ☐ Nutrición balanceada ☐ Cesación de tabaquismo ☐ reducción consumo de alcohol	Condiciones de salud - otros PACIENTE QUE ES VALORADA SE LE REALIZA EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS CARDIOVASCULAR, DERMATOLOGICO MUSCULO ESQUELETICO, Y EXAMEN PSICOSOCIAL, PRESENTA CARNET DE VACUNACION EN DONDE SE EVIDENCIA ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACION DE ACUERDO PARA SU EDAD, HEPATITIS A, HEPATITIS B, LA CUAL FUE APLICADA. REFUERZO TRIPLE VIRAL CON TITULACIONES RECIENTES DENTRO DE METAS PARA HEPATITIS B, Y TETANO, INFLUENZA, VARICELA, PACIENTE QUE DEBE TRABAJAR CON SUS ANTEOJOS PARA CLINICOS SE ENCUENTRAN DENTRO DE PARAMETROS NORMALES.
---	---	--

Dr. Rafael A. Gómez C.
Médico Cirujano
R.M. 2052-97
DR. Rafael Alberto Gomes Conrado
Medico especialista en salud ocupacional

Emilia Del Socorro Gutierrez
Paciente
c.c 25.231.597

Los hallazgos fueron consignados en la historia clínica que desarrolla los contenidos establecidos en la resolución 2346 de 2007

Notas:

- 1) Archive este informe en la hoja de vida del trabajador en el área de recursos humanos
- 2) El contenido de la historia clínica ocupacional tiene carácter confidencial y su custodia está regida por la resolución 1918 del 05 de junio 2009 del cual se transcriben a continuación algunos aportes "La custodia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional estará a cargo de la persona prestador del servicio de salud ocupacional que la genero en curso de la atención, cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivos conforme a las normas legales vigentes para la historia clínica.
- En ningún caso los empleadores podrán tener, conservar o anexas copia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional a la hoja de vida del trabajador
- 3) Este examen no reemplaza el realizado por indiumil para porte de armas.



Hace constar:

Que el Sr(a) EMILIA DEL SOCORRO GUTIERREZ QUINTERO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 25231597 realizó el día 31/01/2022 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 EMILIA DEL SOCORRO GUTIERREZ QUINTERO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 25231597 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 -



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



Hace constar:

Que el Sr(a) EMILIA DEL SOCORRO GUTIERREZ QUINTERO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 25231597 realizó el día 05/02/2022 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) EMILIA DEL SOCORRO GUTIERREZ QUINTERO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 25231597 realizó el día 05/02/2022 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) EMILIA DEL SOCORRO GUTIERREZ QUINTERO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 25231597 realizó el día 05/02/2022 la Capacitación de protocolos de bioseguridad.

De acuerdo a lo establecido en la Resolución 666 de 2020 del ministerio de salud y protección y social, la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del SENA, mediante la cual se establece el protocolo de medidas generales y de bioseguridad para prevenir y mitigar la propagación del COVID-19, Circular 01-03-2020-000156 del 02 de septiembre del 2020 del Sena, mediante el cual se establece el alcance a la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del

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
MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública
DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) EMILIA DEL SOCORRO GUTIERREZ QUINTERO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 25231597 el día 05/02/2022 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el

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

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

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

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

CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que EMILIA DEL SOCORRO GUTIERREZ QUINTERO, con Cédula Ciudadanía No. 25231597 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034, tiene un registro como Independiente desde el 21/01/2022 y fecha fin de contrato 23/11/2022 con riesgo 3 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): 202201011356998.

Dada en Bogotá, a los 20 días del mes de enero de 2022

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.



CERTIFICADO

**BOGOTA D.C.,
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese**

13/02/2022

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora EMILIA DEL SOCORRO GUTIERREZ QUINTERO** con **Cédula de Ciudadanía** número **25231597**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	0550004100187683
Fecha de apertura	01/08/2016

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA



COMPANHIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
DIRECCION GENERAL CALLE 33 N. 6B - 24 PISOS 1, 2 Y 3 - BOGOTÁ
TELÉFONO: 2855600 FAX 2851220 - WWW.SEGUROS-MUNDIAL.COM.CO

ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1482

VERSIÓN CLAUSULADO 86-04-2021-1317-P-05-PPS(I52R00000009.pdf)

OBJETO DE CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA ORIENTAR LA FORMACION PROFESIONAL PROGRAMADA POR EL CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL EN LA RED DE CONOCIMIENTO SALUD, EN EL AREA TEMATICA DE APOYO TERAPEUTICO Y REHABILITACION

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, SUMINISTRAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE Y REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR LO MENOS ANUALMENTE (CIRCULAR EXTERNA 026 DE 2008 SUPERFINANCIERA).

CONSULTA LA AUTENTICIDAD DE ESTA PÓLIZA INGRESANDO A PRODUCTOS.MUNDIALSEGUROS.COM.CO DIGITA EL CÓDIGO DE SEGURIDAD QUE ENCUENTRAS EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTE DOCUMENTO Y VIVE LA EXPERIENCIA DE ESTAR ASEGURADO CON EL RESPALDO DE SEGUROS MUNDIAL. TAMBIEN PUEDES LLAMAR A LA LÍNEA NACIONAL 01 8000 111 935 - 327 47 12/13

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA, DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.

EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARATULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA MANIFIESTO ADemás, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTICIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASÍ COMO LAS GARANTÍAS, EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMARLA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

Angela Patricia Munar Martínez - CC. 52.646.070
Firma Autorizada - Compañía Mundial Seguro S.A

Emilia del Greco G. de V.
TOMADOR

 Líneas de Atención al Cliente:

- Nacional: **01 8000 111 935**
- Bogotá: **327 4712 - 327 4713**



GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES (DECRETO 1082 DE 2015)

1. RIESGOS AMPAROS

LA ASEGURADORA OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA HASTA EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARATULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

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 SI, SEGÚN LAS DEFINICIONES Y ALCANCE QUE A CONTINUACIÓN SE ESTIPULAN:

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA

LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUBRE 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.

ESTE AMPARO CUBRE LOS PERJUICIOS SUFRIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL CON OCASIÓN DE:

(I) LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO;

(II) EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO; Y

(III) LA APROPIACIÓN INDEBIDA DE LOS RECURSOS RECIBIDOS EN CALIDAD DE ANTICIPO.

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO

ESTE AMPARO CUBRE LOS PERJUICIOS SUFRIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL POR LA NO DEVOLUCIÓN TOTAL O PARCIAL DEL DINERO ENTREGADO AL CONTRATISTA A TÍTULO DE PAGO ANTICIPADO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR.

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO

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

1.5 AMPARO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES

ESTE AMPARO DEBE CUBRIR A LA ENTIDAD ESTATAL 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.

LA ENTIDAD ESTATAL NO DEBE EXIGIR UNA GARANTÍA PARA CUBRIR ESTE RIESGO EN LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL CON PERSONAL CONTRATADO BAJO UN RÉGIMEN JURÍDICO DISTINTO AL COLOMBIANO.

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE OBRA.

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS POR CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, IMPUTABLE AL CONTRATISTA, SUFRIDO POR LA OBRA ENTREGADA A SATISFACCIÓN.

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO.

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL POR LOS PERJUICIOS DERIVADOS DE LA DEFICIENTE CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO

1.8 AMPARO DE CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES

ESTE AMPARO CUBRE LA CALIDAD Y EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES QUE RECIBE LA ENTIDAD ESTATAL EN CUMPLIMIENTO DE UN CONTRATO.

1.9 RESPONSABILIDAD FISCAL

EN VIRTUD DE LO SEÑALADO EN EL ARTICULO 44 DE LA LEY 610 DE 2000, LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CUBRIRÁ LOS PERJUICIOS CAUSADOS A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA COMO CONSECUENCIA DE LA CONDUCTA DOLOSA O CULPOSA, O DE LA RESPONSABILIDAD 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.

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 VICTIMA).

2.2 DAÑOS CAUSADOS POR EL CONTRATISTA A LOS BIENES DE LA ENTIDAD NO DESTINADOS AL CONTRATO.

2.3 USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO AL QUE ESTE OBLIGADA LA ENTIDAD ESTATAL.

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 CARATULA DE ESTA PÓLIZA, DELIMITA LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO.

4. VIGENCIA

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA, SE HARÁ CONSTAR EN LA CARATULA O EN SUS ANEXOS. EN LOS CONTRATOS DE QUE TRATA EL ARTÍCULO 2.2.1.2.3.1.3 DEL DECRETO 1082 DE 2015, EL GARANTE TIENE LA FACULTAD LEGAL DE DECIDIR NO GARANTIZAR LA ETAPA SIGUIENTE, CASO EN EL CUAL DEBE INFORMAR SU DECISIÓN POR ESCRITO A LA ENTIDAD ESTATAL GARANTIZADA SEIS (6) MESES ANTES DEL VENCIMIENTO DEL PLAZO DE LA GARANTÍA. ESTE AVISO NO AFECTA LA GARANTÍA DE LA ETAPA CONTRACTUAL O PERÍODO CONTRACTUAL EN EJECUCIÓN. SI EL GARANTE NO DA EL AVISO CON LA ANTICIPACIÓN MENCIONADA Y EL CONTRATISTA NO OBTIENE UNA NUEVA GARANTÍA, QUEDA OBLIGADO A GARANTIZAR LA ETAPA DEL CONTRATO O EL PERÍODO CONTRACTUAL SUBSIGUIENTE.

5. 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 ASEGURADA DEBERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y ACREDITAR LA CUANTÍA DE LA PERDIDA PREVIO AGOTAMIENTO DEL DERECHO DE DEFENSA DEL CONTRATISTA Y DEL GARANTE, DE LA SIGUIENTE FORMA:

5.1 EN CASO DE CADUCIDAD, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011, POR MEDIO DEL ACTO ADMINISTRATIVO EN EL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL DECLARE LA CADUCIDAD DEL CONTRATO Y ORDENE EL PAGO AL CONTRATISTA Y AL GARANTE, BIEN SEA DE LA CLÁUSULA PENAL O DE LOS PERJUICIOS QUE HA CUANTIFICADO. EL ACTO ADMINISTRATIVO DE CADUCIDAD CONSTITUYE EL SINIESTRO.

5.2 EN CASO DE APLICACIÓN DE MULTAS, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011, POR MEDIO DEL ACTO ADMINISTRATIVO EN EL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL IMPONE MULTAS, DEBE ORDENAR EL PAGO AL CONTRATISTA Y AL GARANTE. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE CONSTITUYE EL SINIESTRO.

5.3 EN LOS DEMÁS CASOS DE INCUMPLIMIENTO, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011, POR MEDIO DEL ACTO ADMINISTRATIVO EN EL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL DECLARE EL INCUMPLIMIENTO, PUEDE HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL, SI ESTÁ PACTADA EN EL CONTRATO, Y ORDENAR SU PAGO AL CONTRATISTA Y AL GARANTE. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ES LA RECLAMACIÓN PARA LA COMPAÑÍA DE SEGUROS.

6. PROCEDIMIENTO PARA LA IMPOSICIÓN DE MULTAS, SANCIONES Y DECLARATORIAS DE INCUMPLIMIENTO.

LA ENTIDAD ESTATAL DEBIDA AL ESTATUTO GENERAL DE CONTRATACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA PODRÁN DECLARAR EL INCUMPLIMIENTO, CUANTIFICANDO LOS PERJUICIOS DEL MISMO, IMPONER LAS MULTAS Y SANCIONES PACTADAS EN EL CONTRATO, Y HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL. PARA TAL EFECTO OBSERVARÁN EL SIGUIENTE PROCEDIMIENTO:

A) EVIDENCIADO UN POSIBLE INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA, LA ENTIDAD PÚBLICA LO CITARÁ A AUDIENCIA PARA DEBATIR LO OCURRIDO. EN LA CITACIÓN, HARÁ MENCIÓN EXPRESA Y DETALLADA DE LOS HECHOS QUE LA SOPORTAN, ACOMPAÑANDO EL INFORME DE INTERVENTORÍA O DE SUPERVISIÓN EN EL QUE SE SUSTENTE LA ACTUACIÓN Y ENUNCIARÁ LAS NORMAS O CLÁUSULAS POSIBLEMENTE VIOLADAS Y LAS CONSECUENCIAS QUE PODRÍAN DERIVARSE PARA EL CONTRATISTA EN DESARROLLO DE LA ACTUACIÓN. EN LA MISMA SE ESTABLECERÁ EL LUGAR, FECHA Y HORA PARA LA REALIZACIÓN DE LA AUDIENCIA, LA QUE PODRÁ TENER LUGAR A LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE, ATENDIDA LA NATURALEZA DEL CONTRATO Y LA PERIODICIDAD ESTABLECIDA PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES. EN EL EVENTO EN QUE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CONSISTA EN PÓLIZA DE SEGUROS, EL GARANTE SERÁ CITADO DE LA MISMA MANERA;

B) EN DESARROLLO DE LA AUDIENCIA, EL JEFE DE LA ENTIDAD O SU DELEGADO, PRESENTARÁ LAS CIRCUNSTANCIAS DE HECHO QUE MOTIVAN LA ACTUACIÓN, ENUNCIARÁ LAS POSIBLES NORMAS O CLÁUSULAS POSIBLEMENTE VIOLADAS Y LAS CONSECUENCIAS QUE PODRÍAN DERIVARSE PARA EL CONTRATISTA EN DESARROLLO DE LA ACTUACIÓN. ACTO SEGUIDO SE CONCEDERÁ EL USO DE LA PALABRA AL REPRESENTANTE LEGAL DEL CONTRATISTA O A QUIEN LO REPRESENTA, Y AL GARANTE, PARA QUE PRESENTEN SUS DESCARGOS, EN DESARROLLO DE LO CUAL PODRÁ RENDIR LAS EXPLICACIONES DEL CASO, APORTAR PRUEBAS Y CONTROVERTIR LAS PRESENTADAS POR LA ENTIDAD;

C) HECHO LO PRECEDENTE, MEDIANTE RESOLUCIÓN MOTIVADA EN LA QUE SE CONSIGNE LO OCURRIDO EN DESARROLLO DE LA AUDIENCIA Y LA CUAL SE ENTENDERÁ NOTIFICADA EN DICHO

ACTO PÚBLICO, LA ENTIDAD PROCEDERÁ A DECIDIR SOBRE LA IMPOSICIÓN O NO DE LA MULTA, SANCIÓN O DECLARATORIA DE INCUMPLIMIENTO. CONTRA LA DECISIÓN ASÍ PROFERIDA SÓLO PROCEDE EL RECURSO DE REPOSICIÓN QUE SE INTERPONDRÁ, SUSTENTARÁ Y DECIDIRÁ EN LA MISMA AUDIENCIA. LA DECISIÓN SOBRE EL RECURSO SE ENTENDERÁ NOTIFICADA EN LA MISMA AUDIENCIA;

D) EN CUALQUIER MOMENTO DEL DESARROLLO DE LA AUDIENCIA, EL JEFE DE LA ENTIDAD O SU DELEGADO, PODRÁ SUSPENDER LA AUDIENCIA CUANDO DE OFICIO O A PETICIÓN DE PARTE, ELLO RESULTE EN SU CRITERIO NECESARIO PARA ALLEGAR O PRACTICAR PRUEBAS QUE ESTIME CONDUCENTES Y PERTINENTES, O CUANDO POR CUALQUIER OTRA RAZÓN DEBIDAMENTE SUSTENTADA, ELLO RESULTE NECESARIO PARA EL CORRECTO DESARROLLO DE LA ACTUACIÓN ADMINISTRATIVA. EN TODO CASO, AL ADOPTAR LA DECISIÓN, SE SEÑALARÁ FECHA Y HORA PARA REANUDAR LA AUDIENCIA. LA ENTIDAD PODRÁ DAR POR TERMINADO EL PROCEDIMIENTO EN CUALQUIER MOMENTO, SI POR ALGÚN MEDIO TIENE CONOCIMIENTO DE LA CESACIÓN DE SITUACIÓN DE INCUMPLIMIENTO.

7. COMPENSACIÓN

SI LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA AL MOMENTO DE TENER CONOCIMIENTO DEL INCUMPLIMIENTO, O CON POSTERIORIDAD A ESTE O DEL RESULTADO DE LA LIQUIDACIÓN, FUERE DEUDORA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO POR CUALQUIER CONCEPTO, SE APLICARÁ LA COMPENSACIÓN Y LA INDEMNIZACIÓN SE DISMINUIRÁ EN EL MONTO DE LAS ACREENCIAS, SEGÚN LA LEY, DE CONFORMIDAD CON LO SEÑALADO EN LOS ARTÍCULOS 1417 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 CONTRATANTE PARA RECLAMAR EL PAGO, ACOMPAÑADA DE UNA COPIA AUTÉNTICA DEL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE 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, ACOMPAÑADA DE LA COPIA AUTÉNTICA DEL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EJECUTORIADO, JUNTO CON LA CONSTANCIA DE LA ENTIDAD ESTATAL DE LA NO EXISTENCIA DE SALDOS A FAVOR DEL CONTRATISTA 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, ACOMPAÑADA DE UNA COPIA AUTÉNTICA DEL ACTO ADMINISTRATIVO QUE CONSTITUYA LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO, JUNTO CON LA CONSTANCIA DE LA ENTIDAD ESTATAL DE LA NO EXISTENCIA DE SALDOS AL FAVOR DEL CONTRATISTA 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.

PARÁGRAFO. – 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 CON 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 ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA TOMÉ POSESIÓN DE LA OBRA O CONTINÚE INMEDIATAMENTE LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRATADO, BIEN SEA A TRAVÉS DEL GARANTE O DE OTRO CONTRATISTA.

EN EL EVENTO QUE POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO LA ASEGURADORA RESOLVIERA CONTINUAR, COMO CESIONARIO O A FAVOR DE QUIEN DETERMINE ESTA, CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA ESTUVIESE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA GARANTIZADO ACEPTA DESDE AHORA LA CESIÓN DEL CONTRATO A FAVOR DE LA ASEGURADORA. EN TAL EVENTO LA ASEGURADORA PRESENTARÁ GARANTÍAS.

9. CERTIFICADOS 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 AL RESPECTO DE LAS MODIFICACIONES ACORDADAS ENTRE EL CONTRATISTA GARANTIZADO Y LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA.

10. SUBROGACIÓN

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 TENGA CONTRA EL CONTRATISTA GARANTIZADO.

11. NO EXPIRACIÓN POR FALTA DE PAGO DE PRIMA E IRREVOCABILIDAD

LA PRESENTE PÓLIZA NO EXPIRARA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NI POR REVOCACIÓN UNILATERAL.

12. 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.

13. NOTIFICACIONES Y RECURSOS

LA ENTIDAD CONTRATANTE DEBERÁ NOTIFICAR A LA ASEGURADORA LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS ATINENTES A LA EFECTIVIDAD DE LA PÓLIZA, PREVIO AGOTAMIENTO DEL DERECHO DE DEFENSA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO Y EL GARANTE.

14. COEXISTENCIA DE SEGUROS

EN CASO DE EXISTIR, AL MOMENTO DE SINIESTRO, OTRO SEGURO DE CUMPLIMIENTO CON RELACIÓN AL MISMO CONTRATO, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN A QUE HAY LUGAR, SE DISTRIBUIRÁ ENTRE LOS ASEGURADORES EN PROPORCIÓN A LAS CUANTÍAS DE SUS RESPECTIVOS SEGUROS

15. COASEGURO

EN CASO DE EXISTIR COASEGURO AL QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 1095 DE 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.

16. PRESCRIPCIÓN

LA PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL PRESENTE CONTRATO SE REGIRÁ POR LAS NORMAS DEL CÓDIGO DE COMERCIO SOBRE CONTRATO DE SEGURO.

17. DOMICILIO

SIN PERJUICIO DE LAS DISPOSICIONES PROCESALES, PARA LOS EFECTOS RELACIONADOS EN EL PRESENTE CONTRATO SE FIJA COMO DOMICILIO DE LAS PARTES LA CIUDAD DE BOGOTÁ EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA EN FE DE LO ANTERIOR, SE FIRMA A LOS _____ DÍAS DEL MES DE _____ DE 20____



COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

EL TOMADOR/ASEGURADO

- CLIENTE -

Referencia de Pago No.

71188073

Fecha de Facturación	24/01/2022	
POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082		
Póliza No.	NB-100194600	
Periodo Facturado	24/01/2022	23/03/2023

Fecha Límite de Pago	10/03/2022	
Prima (incluye gastos de expedición)	25.000,00	
IVA	4.750,00	
VALOR TOTAL A PAGAR \$	29.750,00	

EFFECTIVO

\$

Datos del Cliente

Nombre / Razón Social	GUTIERREZ QUINTERO, EMILIA DEL SOCORRO	
CL 86 N 95 D 03	25231597	
Intermediario	ASEGUR-ARTE. LTDA	

Cheque

Banco	No Cuenta	No Cheque	Valor Cheque
TOTAL			

Apreciado Cliente:

1. No se aceptan pagos parciales.
2. Al realizar su pago de forma presencial (ante el cajero del banco) ÚNICAMENTE presente esta boleta de recaudo para garantizar la correcta referenciación del pago.
3. Si esta boleta no ha sido recaudada efectivamente el 10/03/2022 se aplicará la cláusula de terminación automática especificada en el condicionado de la póliza y en la carátula de esta (artículo 1068 código de comercio)
4. Si realiza su pago en cheque o de forma mixta (efectivo y cheque), solamente gire cheque local a nombre de COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. NIT 860.037.013-6, al respaldo endóselo correctame y diligencie los datos del girador (nombre, NIT, teléfono) y el número de referencia de esta boleta. En caso de devolución del cheque se cobrará sanción del 20% de acuerdo con lo establecido en el artículo 731 del código de comercio. NO SE ACEPTAN CHEQUES DE OTRAS PLAZAS.
5. Para realizar el pago a través del botón PSE, ingrese a nuestra página web www.segurosmondial.com.co en la imagen de PSE haga clic y continúe el proceso de pago.
6. Para realizar el pago a través de las redes de Efecty o Baloto, ingrese a nuestra página web www.segurosmondial.com.co en la imagen de Efecty y Baloto haga clic y continúe el proceso para generar el pin de pago únicamente en efectivo.

ESPACIO PARA EL TIMBRE

VÁLIDO COMO RECIBO DE PAGO

- BANCO -

Referencia de Pago No.

71188073

Fecha de Facturación	24/01/2022	
POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082		
Póliza No.	NB-100194600	
Periodo Facturado	24/01/2022	23/03/2023

Fecha Límite de Pago	10/03/2022	
Prima (incluye gastos de expedición)	25.000,00	
IVA	4.750,00	
VALOR TOTAL A PAGAR \$	29.750,00	

EFFECTIVO

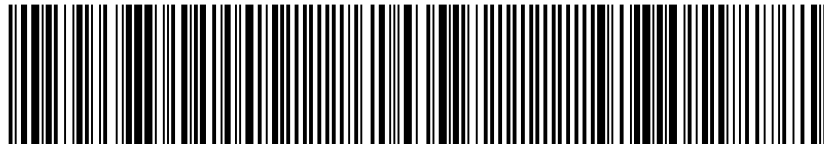
\$

Datos del Cliente

Nombre / Razón Social	GUTIERREZ QUINTERO, EMILIA DEL SOCORRO	
CL 86 N 95 D 03	25231597	
Intermediario	ASEGUR-ARTE. LTDA	

Cheque

Banco	No Cuenta	No Cheque	Valor Cheque
TOTAL			

Corresponsales
OPCIÓN 1


(415)7709998434219(8020)00000071188073(3900)000000029750(96)20220310

Bancos
Corresponsales
OPCIÓN 2


(415)7709998039933(8020)031594(8020)22990071188073(3900)000000029750(96)20220310

INFORMACIÓN DE PAGO

A continuación te brindamos información de los distintos medios de pago que tendrás a disposición:

OPCIÓN 1



CORRESPONSALES








OPCIÓN 2



BANCOS









CORRESPONSALES



Tu compañía siempre

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS

1297099220

Destino de pago

FAP MUNDIAL

Motivo

poliza cumplimiento contractual

Fecha

24/01/2022

Número de aprobación

00099220

Dirección IP

181.54.188.139

Valor transacción

\$ 29.750,00

Referencia 1

CC25231597

Referencia 2

181.54.188.139

Referencia 3

3063161303686233