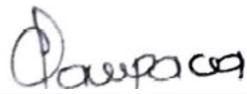


|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                            |                                           |                                                                                                                                          |                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <br><b>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL SANTANDER</b> |                                           | <b>Código Regional</b>                                                                                                                   | <b>68</b>                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                            |                                           | <b>Código Centro</b>                                                                                                                     | <b>922510</b>               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                            |                                           | <b>Fecha Elaboración</b>                                                                                                                 | <b>13 noviembre de 2020</b> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                            |                                           | <b>Versión</b>                                                                                                                           | <b>AGOSTO 2020 - 5,20</b>   |
| <b>CENTRO INDUSTRIAL DEL DISEÑO Y LA MANUFACTURA-SANTANDER - SERVICIO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                            |                                           | <b>ID de Proceso</b>                                                                                                                     | <b>26582-532602</b>         |
| <b>DATOS DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                            |                                           |                                                                                                                                          |                             |
| <b>Nombres y apellidos contratista:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                            | CLAUDIA PATRICIA CALDERON                 | <b>C.C.</b>                                                                                                                              | 37.724.880                  |
| <b>Correo electrónico contratista:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                            | clapaca32@misena.edu.co                   | <b>IP/Nº de contacto</b>                                                                                                                 | 73671                       |
| <b>Régimen del IVA:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> NO RESPONSABLE   | <b>Pertenece al régimen simple de tributación?</b>                                                                                       | <input type="checkbox"/> NO |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                            |                                           | <b>Es declarante de renta?</b>                                                                                                           | <input type="checkbox"/> NO |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                            |                                           | <b>Es Pensionado?</b>                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> NO |
| <b>Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> NO               | <b>Inducción SST</b>                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> SI |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                            |                                           | <b>Presta Servicios Excluidos de IVA ?</b>                                                                                               | <input type="checkbox"/> SI |
| <b>Banco al cual consignar:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                            | BANCOLOMBIA                               | <b>Tipo de cta</b>                                                                                                                       | AHORROS                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                            |                                           | <b>Nº Cuenta</b>                                                                                                                         | 30600060895                 |
| <b>Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> NO               | <b>Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los \$ 117.503.000</b>                                            | <input type="checkbox"/> NO |
| <b>Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> N/A              |                                                                                                                                          |                             |
| <b>Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> N/A              |                                                                                                                                          |                             |
| <b>Se acogió para el mes objeto de cobro, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> N/A              |                                                                                                                                          |                             |
| <b>DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                            |                                           |                                                                                                                                          |                             |
| <b>Nº del contrato:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 1914849/2020                                                                                                               | <b>Nº Compromiso SIIF</b>                 | 224420                                                                                                                                   |                             |
| <b>Valor Total del Contrato</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | \$ 7.327.604                                                                                                               | <b>Nº Pago</b>                            | 1                                                                                                                                        |                             |
| <b>Saldo Anterior del Contrato</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | \$ 7.327.604                                                                                                               | <b>Periodo objeto de pago</b>             | Del 16/10/2020 Al 31/10/2020                                                                                                             |                             |
| <b>Nuevo Saldo del Contrato</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | \$ 5.306.196                                                                                                               | <b>Comisiones</b>                         | \$ 0,00                                                                                                                                  |                             |
| <b>RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                            |                                           |                                                                                                                                          |                             |
| Ingresos por honorarios                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | \$ 2.021.408                                                                                                               | 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                                                                                                                       | Menos, Rete Fuente Otros Ingresos         | \$ 0                                                                                                                                     |                             |
| <b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>\$ 2.021.408</b>                                                                                                        | <b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>     | <b>\$ 0</b>                                                                                                                              |                             |
| <b>BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>\$ 1.328.331</b>                                                                                                        |                                           |                                                                                                                                          |                             |
| <b>LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                            |                                           |                                                                                                                                          |                             |
| <b>Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Octubre                                                                                                                    | Septiembre                                | Valor Base retención en la fuente                                                                                                        | 1.328.331,00                |
| <b>Ingreso Base de Cotización - IBC</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | \$ 877.803                                                                                                                 | \$ 0                                      | Valor Base retención en la fuente ICA                                                                                                    | 1.771.108,00                |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | \$ 109.800                                                                                                                 | \$ 0                                      | Valor base IVA                                                                                                                           | 0,00                        |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | \$ 140.500                                                                                                                 | \$ 0                                      | IVA (Si es RESPONSABLE)                                                                                                                  | 0,00                        |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | \$ -                                                                                                                       | \$ 0                                      | Menos Retención en la Fuente                                                                                                             | 0,00                        |
| ARL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | \$ 4.600                                                                                                                   | \$ 0                                      | Menos Retención IVA                                                                                                                      | 0,00                        |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | \$ -                                                                                                                       | \$ -                                      | Reteica - 8299                                                                                                                           | 10.627,00                   |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | \$ -                                                                                                                       | \$ -                                      | Otras Retenciones                                                                                                                        | 0,00                        |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | \$ -                                                                                                                       | \$ -                                      | Otras Retenciones                                                                                                                        | 0,00                        |
| Intereses Prestamo de Vivienda                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | \$ 3.560.700                                                                                                               | \$ -                                      | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | \$ -                                                                                                                       | \$ -                                      | Descuentos de Libranza                                                                                                                   | 0,00                        |
| Dependientes hasta                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | \$ 1.139.424                                                                                                               | \$ -                                      | Descuentos de embargo (Si tiene)                                                                                                         | 0,00                        |
| Salud hasta                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | \$ 569.712                                                                                                                 | \$ -                                      | <b>VALOR A PAGAR</b>                                                                                                                     | <b>\$ 2.010.781,00</b>      |
| Renta Exenta 25%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | \$ 8.545.680                                                                                                               | \$ 442.777                                |                                                                                                                                          |                             |
| Retención en la Fuente Contingente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | \$ -                                                                                                                       | \$ -                                      |                                                                                                                                          |                             |
| <b>SON: DOS MILLONES DIEZ MIL SETECIENTOS OCHENTA Y UN PESOS M/CTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                            |                                           |                                                                                                                                          |                             |
| <b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                            |                                           |                                                                                                                                          |                             |
| Actividades Impartidas en el Mes de Octubre<br>Alistamiento y creación de fichas 2219846 – 2219849 del programa manejo intermedio de la herramienta hojas de cálculo Excel.<br>Creación de Eventos, y asociar aprendices a la ruta de la ficha 2219846 - 2219849 del programa manejo intermedio de la herramienta de hojas de cálculo Excel. A través de ambientes virtuales de aprendizaje Sábana de Torres.<br>Se da cumplimiento y participación a la formación complementaria en el horario establecido.<br>Se diseñó la guía de aprendizaje mediante formato institucional y cumplimiento de la misma.<br>Planeación Pedagógica de la formación complementaria.                                                                  |                                                                                                                            |                                           |                                                                                                                                          |                             |
| <b>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                            |                                           |                                                                                                                                          |                             |
| 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. |                                                                                                                            |                                           | <br><b>CLAUDIA PATRICIA CALDERON EL CONTRATISTA</b> |                             |
| <b>CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                            |                                           |                                                                                                                                          |                             |
| En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                            |                                           | Autorizo el presente pago.                                                                                                               |                             |
| 1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                            |                                           | El Supervisor,                                                                                                                           |                             |
| 2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro;                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                            |                                           |                                                                                                                                          |                             |
| 3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                            |                                           |                                                                                                                                          |                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                            |                                           | <b>ERNESTO HERRERA ROJAS INSTRUCTOR</b>                                                                                                  |                             |
| Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                            |                                           |                                                                                                                                          |                             |
| <b>EL ORDENADOR DEL PAGO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                            |                                           |                                                                                                                                          |                             |
| <b>JUAN MANUEL CASTILLO CALDERON SUBDIRECTOR DE CENTRO G02</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                            |                                           |                                                                                                                                          |                             |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |                            |                           |                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      | CEDULA DE CIUDADANIA       | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 37724880                                          |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:                                                    |                            | CLAUDIA PATRICIA CALDERON |                                                   |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         | BARRANCABERMEJA            | DEPARTAMENTO:             | SANTANDER                                         |
| DIRECCIÓN:                                                                | CL 52A 36D-63 BRR PORVENIR | TELÉFONO:                 | 1111111                                           |
| TIPO APORTANTE:                                                           | 02-INDEPENDIENTE           | CLASE APORTANTE:          | I-INDEPENDIENTE                                   |
| TIPO EMPRESA:                                                             | PRIVADA                    | ACTIVIDAD ECONOMICA:      | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    | SUCURSAL                   | SUCURSAL / DEPENDENCIA:   | 002 - CLAUDIA                                     |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |                            |                           | NO                                                |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |            |         |     |                   |                           |     |                  |
|--------------------------------|------------|---------|-----|-------------------|---------------------------|-----|------------------|
| NÚMERO PLANILLA:               | 4359652923 |         |     | TIPO DE PLANILLA: |                           |     | I-INDEPENDIENTES |
| PERÍODO COTIZACIÓN OTROS       | MES        | octubre | AÑO | 2020              | PERÍODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | octubre AÑO      |
| DÍAS DE MORA:                  |            |         |     | 0                 |                           |     | 2020             |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):       |            |         |     | 2020/10/14        | NÚMERO AUTORIZACIÓN:      |     | 9992293075       |

| TOTAL APORTES A PENSIÓN |                 |                |            |                     |           |             |              |            |      |           |      |              |
|-------------------------|-----------------|----------------|------------|---------------------|-----------|-------------|--------------|------------|------|-----------|------|--------------|
| ADMINISTRADORA          |                 | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS |           | FSP         |              | MORA       |      | TOTALES   |      |              |
| CÓDIGO                  | NOMBRE          |                |            | EMPLEADOR           | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP  | APORTES   | MORA | VALOR PAGADO |
| 230301                  | 230301-PORVENIR | 1              | \$ 79.600  | \$ 0                | \$ 0      | \$ 0        | \$ 0         | \$ 0       | \$ 0 | \$ 79.600 | \$ 0 | \$ 79.600    |
| SUBTOTALES:             |                 |                |            |                     |           |             |              |            |      | \$ 79.600 | \$ 0 | \$ 79.600    |

| TOTAL APORTES A SALUD |              |                   |                            |       |                     |       |               |       |             |      |            |      |           |      |           |              |
|-----------------------|--------------|-------------------|----------------------------|-------|---------------------|-------|---------------|-------|-------------|------|------------|------|-----------|------|-----------|--------------|
| ADMINISTRADORA        |              | No.<br>COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD |       | LICENCIA MATERNIDAD |       | SALDO A FAVOR |       | LIQUIDACIÓN |      | MORA       |      | TOTALES   |      |           |              |
| CÓDIGO                | NOMBRE       |                   | NÚMERO AUTORIZACIÓN        | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA      | VALOR | COTIZACIÓN  | UPC  | COTIZACIÓN | UPC  | APORTES   | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| MIN001                | MIN001-ADRES | 1                 |                            | \$ 0  |                     | \$ 0  |               | \$ 0  | \$ 62.200   | \$ 0 | \$ 0       | \$ 0 | \$ 62.200 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 62.200    |
| SUBTOTALES:           |              |                   |                            |       |                     |       |               |       |             |      |            |      | \$ 62.200 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 62.200    |

| TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES |                                         |                |                     |       |                      |               |       |             |          |      |           |              |
|---------------------------------------|-----------------------------------------|----------------|---------------------|-------|----------------------|---------------|-------|-------------|----------|------|-----------|--------------|
| ADMINISTRADORA                        |                                         | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP     |       |                      | SALDO A FAVOR |       | LIQUIDACIÓN | TOTALES  |      |           |              |
| CÓDIGO                                | NOMBRE                                  |                | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA      | VALOR | COTIZACIÓN  | APORTES  | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23                                 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1              |                     | \$ 0  | \$ 0                 |               | \$ 0  | \$ 2.600    | \$ 2.600 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 2.600     |
| SUBTOTALES:                           |                                         |                |                     |       |                      |               |       |             | \$ 2.600 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 2.600     |

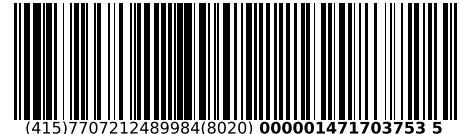
[illegible]

|              |                   |
|--------------|-------------------|
| <b>TOTAL</b> | <b>\$ 144.400</b> |
|--------------|-------------------|

2. Concepto   Actualización

4. Número de formulario

14717037535



(415)7707212489984(8020) 000001471703753 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 3 7 7 2 4 8 8 0 6. DV 7 12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Barrancabermeja 14. Buzón electrónico 2 9

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3 26. Número de Identificación 3 7 7 2 4 8 8 0 27. Fecha expedición 1 9 9 7, 0 4, 2 9  
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA 29. Departamento Santander 6 8 30. Ciudad/Municipio Bucaramanga 0 0 1  
31. Primer apellido CALDERON 32. Segundo apellido 33. Primer nombre CLAUDIA 34. Otros nombres PATRICIA  
35. Razón social  
36. Nombre comercial 37. Sigla

UBICACIÓN

38. País COLOMBIA 1 6 9 39. Departamento Santander 6 8 40. Ciudad/Municipio Barrancabermeja 0 8 1  
41. Dirección principal CL 52 A 36 D 63 BRR PORVENIR  
42. Correo electrónico ccpatricia@hotmail.com  
43. Código postal 44. Teléfono 1 6 2 1 7 7 0 4 45. Teléfono 2 3 1 6 7 5 2 4 0 2 0

CLASIFICACIÓN

| Actividad económica |                            |                      |                            | Ocupación         |                             |
|---------------------|----------------------------|----------------------|----------------------------|-------------------|-----------------------------|
| Actividad principal |                            | Actividad secundaria |                            | Otras actividades |                             |
| 46. Código          | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código           | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código        | 52. Número establecimientos |
| 8 5 5 1             | 2 0 2 0, 1 0, 1 4          | 6 2 0 2              | 2 0 1 0, 0 9, 1 7          | 7 4 9 0           |                             |

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 4 9 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 EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

| Obligados aduaneros                                           | Exportadores                                       |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| 54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 | 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 2020 - 10 - 14 / 20 : 22: 22

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 CALDERON CLAUDIA PATRICIA  
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Floridablanca, 13 de noviembre de 2020

Señores:

**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**

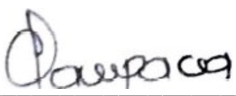
La Ciudad

**Asunto: Información solicitada por el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013**

Dando cumplimiento a lo establecido con el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013, y como persona actualmente residente en Colombia que durante el año calendario actual les estará cobrando rentas de trabajo (salarios, u honorarios, o comisiones, o servicios personales, o emolumentos eclesiásticos, etc.), suministro a ustedes la siguiente información para efectos de que ustedes mismos definan el valor de la retención en la fuente que se ha de aplicar a los valores a mi favor por concepto de rentas de trabajo :

- a. Durante el año gravable 2019, el 80% o más de mis ingresos brutos **Si** provinieron la prestación de servicios de manera personal o el desarrollo de una actividad económica bajo cuenta y riesgo un empleador o contratante.
- b. Durante el año gravable 2019, el 80% o más de mis ingresos brutos **NO** provinieron de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o de la prestación de servicios técnicos que no requieran la utilización de materiales o insumos especializados, o de maquinaria o equipo especializado.
- c. Por el año gravable 2019, soy una persona natural que **NO** quedé obligado a presentar declaración anual del impuesto de renta al gobierno colombiano
- d. Por el año gravable 2019, soy una persona natural que **NO** obtuvo ingresos brutos totales superiores a 1.400 UVT (\$ 47.978.000)
- e. Por el año gravable 2019, **NO** desarrolle una de las actividades señaladas en el artículo 340 del Estatuto Tributario o que si la desarrolló no le generó más del veinte por ciento (20%) de sus ingresos brutos.
- f. Por el año gravable 2019, **NO** preste servicios técnicos que requirieran de materiales o insumos especializados, o maquinaria o equipo especializado, cuyo costo represente más del veinticinco por ciento (25%) del total de los ingresos percibidos por concepto de tales servicios técnicos.

En constancia de lo anterior, firmo en Floridablanca a los **trece** días del mes de noviembre de 2020.



---

**Claudia Patricia Calderón**

C.C. N. **37.724.880** de Bucaramanga



## PROTEGER OCUPACIONAL

DR. DÁNEL RUBÉN BLANCO GRANADOS

MEDICO Y CIRUJANO-LIC14776

ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

Calle 48 No. 22 - 128 Tel. 6203822 Cel. 313-8234220

[consultoriomedicosaludocupacional@hotmail.com](mailto:consultoriomedicosaludocupacional@hotmail.com)

### CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

|                                                                                                                                                                           |                    |                    |                  |                    |                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------|------------------|--------------------|------------------|
| CIUDAD-FECHA: B/BERMEJA, 13 DE OBRERO 2020                                                                                                                                | TIPO EX: INGRESO   |                    |                  |                    |                  |
| EMPRESA: SENA                                                                                                                                                             | CARGO: INSTRUCTORA |                    |                  |                    |                  |
| TRABAJADOR: CLAUDIA PATRICIA CALDERÓN                                                                                                                                     | C.C. 37.724.000    |                    |                  |                    |                  |
| CONCEPTO: APTO: <input checked="" type="checkbox"/> APTO CON RESTRICCIONES: <input type="checkbox"/> APLAZADO: <input type="checkbox"/> NO APTO: <input type="checkbox"/> |                    |                    |                  |                    |                  |
| NO PRESENTA COMPLICACIÓN MÉDICA                                                                                                                                           |                    |                    |                  |                    |                  |
| <b>EXAMENES REALIZADOS</b>                                                                                                                                                |                    |                    |                  |                    |                  |
| <b>EXAMEN</b>                                                                                                                                                             | <b>RESULTADO</b>   | <b>EXAMEN</b>      | <b>RESULTADO</b> | <b>EXAMEN</b>      | <b>RESULTADO</b> |
| EXAMEN VERTIGO                                                                                                                                                            | N A                | TRIGLICÉRIDOS      | N A              | BACILOSCOPIA       | N A              |
| AUDIOMETRIA                                                                                                                                                               | (N) A              | PRUEBAS HEPÁTICAS  | N A              | OSTEOMUSCULAR      | (N) A            |
| VISIOMETRIA/OPTOMETRIA                                                                                                                                                    | (N) A              | FUNCION RENAL      | N A              | PRUEBA PSICOLÓGICA | (N) A            |
| ESPIROMETRIA                                                                                                                                                              | N A                | PARCIAL DE ORINA   | (N) A            | RX.                | N A              |
| CUADRO HEMÁTICO                                                                                                                                                           | (N) A              | SEROLOGIA          | N A              | E.K.G              | N A              |
| GLICEMIA                                                                                                                                                                  | (N) A              | COPROLÓGICO        | N A              | HEMOCLASIFICACIÓN  |                  |
| PERFIL LIPIDICO                                                                                                                                                           | (N) A              | FROTIS DE GARGANTA | N A              | CARDIOVASCULAR     | (N) A            |
| COLESTEROL                                                                                                                                                                | N A                | KOH DE UÑAS        | N A              |                    | N A              |

### RECOMENDACIONES

|                                  |                                                    |
|----------------------------------|----------------------------------------------------|
| DISMINUIR PESO CORPORAL          | DEBE CONTINUAR CON TRATAMIENTO FORMULADO           |
| USAR PROTECCIÓN AUDITIVA         | REQUIERE DOBLE PROTECCION AUDITIVA PERMANENTE      |
| USAR CORRECCIÓN VISUAL           | REQUIERE ANTIPARASITARIOS PARA MANIPULAR ALIMENTOS |
| APTO PARA LABORAR EN ALTURAS     | APTO PARA LABORAR EN ESPACIOS CONFINADOS           |
| APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS    | REQUIERE CITA MEDICA GENERAL                       |
| REQUIERE VALORACION ESPECIALISTA | OTRO                                               |

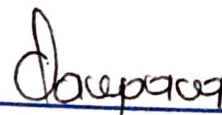
### RESTRICCIONES

|                     |                                    |
|---------------------|------------------------------------|
| ESPACIOS CONFINADOS | MANIPULAR CON CARGAS MAYOR A 25 KG |
| TRABAJO EN ALTURA   | USAR CORRECCION VISUAL OBLIGATORIA |
| POSTURAS FORZADAS   | OTRO                               |

### INGRESO A PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

|                        |                                     |                       |  |
|------------------------|-------------------------------------|-----------------------|--|
| HIGIENE POSTURAL       | <input checked="" type="checkbox"/> | QUIMICO -RESPIRATORIO |  |
| SALUD AUDITIVA         | <input type="checkbox"/>            | BIOLÓGICO             |  |
| SALUD VISUAL           | <input type="checkbox"/>            | CARDIOVASCULAR        |  |
| MANIPULACION DE CARGAS | <input type="checkbox"/>            | PSICOLABORAL          |  |

  
DR. DÁNEL RUBÉN BLANCO G.  
Médico y Cirujano RM 1098 SSS  
Especialista en Salud Ocupacional Lic. 14776

  
FIRMA DEL TRABAJADOR



**PROTEGER OCUPACIONAL**  
**DR. DANIEL RUBEN BLANCO GRANADOS**  
MEDICO Y CIRUJANO - Lic. 14776  
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

**VISIONOMETRÍA**

FECHA

13 06/20

**Examen Ocupacional**

e-mail: consultoriomedicosaludocupacional@hotmail.com

Examen Ingreso Egreso Periódico

Nombre y Apellido: **CLAUDIA CALDERÓN**  
Cedula: **37.724.000** Cargo: **INSTRUCTORA**  
Empresa: **SENA**  
Edad: **41 AÑOS**

**RIESGOS OCUPACIONALES**

Factores de Riesgo: **Mecánicos**

Protección en Uso: **EPP**

**ANTECEDENTES**

| Antecedentes RX   |        | Último Examen: |            | meses:    |            | Último Rx:     |            | meses |      |     |
|-------------------|--------|----------------|------------|-----------|------------|----------------|------------|-------|------|-----|
| No usa            | Perdió | L.C.B.         | L.C.R.G.P. | Monofocal | B. FlatTop | B. Invisib.    | Progresivo |       |      |     |
| ANTECEDENTES      |        | FAM            |            | PERS      |            | ANTECEDENTES   |            | O.D.  |      |     |
| Diabetes          | N      |                |            |           |            | Qx. Extrabismo | N          |       | O.I. |     |
| Hipertensión      |        |                |            |           |            | Qx. D. Retina  |            |       |      |     |
| Hipoglicemia      |        |                |            |           |            | Qx. Pterigio   |            |       |      |     |
| Hipotiroidismo    |        |                |            |           |            | Toxoplasmosis  |            |       |      |     |
| Artritis          |        |                |            |           |            | Queratocono    |            |       |      |     |
| Migraña           |        |                |            |           |            | Glaucoma       |            |       |      |     |
| Reinitis          |        |                |            |           |            | Queratitis     |            |       |      |     |
| Cáncer            |        |                |            |           |            | Traumas        |            |       |      |     |
| Glaucoma          |        |                |            |           |            | Catarata       |            |       |      |     |
| Observaciones:    |        |                |            |           |            |                |            |       |      |     |
| Agudeza Visual SC | VL OD  | 20/20          | OI         | 20/20     | OA         | 20/20          | VP OD      | 0.0   | OI   | 0.0 |
| Agudeza Visual CC | VL OD  |                | OI         |           | OA         |                | VP ODI     |       | OI   | OA  |

|      | Pterigio   | Hiperemia | Ptois     | Secreción | Blefaritis | Edema        | Inyección | Pingüecula |
|------|------------|-----------|-----------|-----------|------------|--------------|-----------|------------|
| O.D. | NO         | NO        | NO        | NO        | NO         | NO           | NO        | NO         |
| O.I. |            |           |           |           |            |              |           |            |
|      | Queratitis | Orzuelo   | Madarosis | Ectropión | Ojo Seco   | P. Folicular | Otro      |            |
| O.D. | NO         | NO        | NO        | NO        | NO         |              |           |            |
| O.I. |            |           |           |           |            |              |           |            |

| Complementarios | O.D.  | O.I.  | P.P.C.         | O.D. | O.I. |
|-----------------|-------|-------|----------------|------|------|
| Estado Forico   | V.L.: | V.P.: | Ducciones      |      |      |
| Versiones       |       |       | Estereopsis    |      |      |
| Campo Visual    |       |       | Test Cromatico |      |      |
| Oftalmoscopia:  |       |       |                |      |      |
|                 |       |       |                |      |      |
|                 |       |       |                |      |      |

| DIAGNÓSTICO   | O.D. | O.I. | O.D.       | O.I. | O.D.      | O.I. | O.D.      | O.I. |
|---------------|------|------|------------|------|-----------|------|-----------|------|
| Ematropia     | ✓    | ✓    | Ametropia  |      | Ambliopía |      | Presbicia |      |
| Ins. de Conv. |      |      | Estrabismo |      |           |      |           |      |

| CONDUCTA | Alta | Remisión | Optometría | Ortótica | Oftalmología | Md. General |
|----------|------|----------|------------|----------|--------------|-------------|
|          | ✓    |          |            |          |              |             |

OBSERVACIONES:

DR. DANIEL RUBEN BLANCO GRANADOS  
Medico y Cirujano P.M. 1098 SSS  
Especialista en Salud Ocupacional Lic. 14776

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

FIRMA TRABAJADOR



**PROTEGER OCUPACIONAL**  
**DR. DANIEL RUBEN BLANCO GRANADOS**

MEDICO Y CIRUJANO - Lic. 14776  
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL  
e-mail: consultoriomedicosaludocupacional@hotmail.com

CALLE 48 No. 22-128 - Barrio Inscredial Tel: 620 38 22

Cel. 313-823 42 20

315-872 34 40

FECHA

13 Oct 20

Examen

Ingreso

Egreso

Periódico

**AUDIOMETRÍA LABORAL**

Nombre y Apellido

CLAUDIA CALDERÓN

EDAD: 47a

Remitido por:

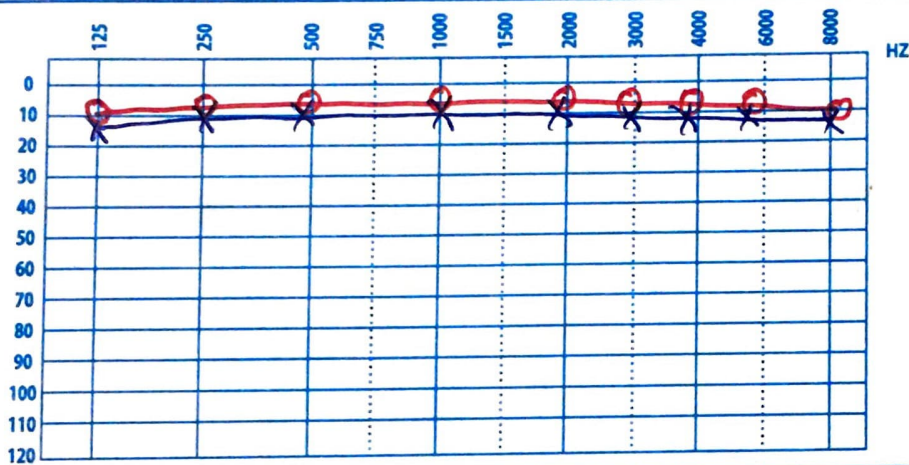
SENA

OTOSCOPIA ANORMAL ☐ NORMAL ☐

Cargo:

INSTRUCTORA

EQUIPO: FONIX FA-10 CALIBRACION



| MODALIDAD                    | O.D.<br>Rojo                        | INESPECIFICO                        | O.I.<br>Azul                        |
|------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| V.A.                         | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| V.O.                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| VALMASK                      | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| VALMASK                      | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Campo Libre                  | <input checked="" type="checkbox"/> | s                                   | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Reflejo Acústico<br>CL<br>IP | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |

**DIAGNÓSTICO AUDIOLÓGICO** Marque con una x la (s) casilla (s) Correspondiente (s)

| Diagnóstico                                            | Oído Derecho                        | Oído Izquierdo                      | Bilateral                           | Severidad CAOHC              | Oído Derecho                        | Oído Izquierdo                      |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Audición Normal                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Normal (0-25 dB)             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| LARSEN                                                 |                                     |                                     |                                     | Leve (26-40 dB)              | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |
| Hipoacusia Neurosensorial Inducida por Ruido Grado I   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | Moderada (41-55 dB)          | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |
| Hipoacusia Neurosensorial Inducida por Ruido Grado II  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | Moderada - Severa (56-70 dB) | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |
| Hipoacusia Neurosensorial Inducida por Ruido Grado III | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | Severa (71-85 dB)            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |
| Hipoacusia Conductiva                                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | Profunda (85-120 dB)         | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |
| Hipoacusia Mixta                                       | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | Cofotico                     | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |
| Hipoacusia Sensorial                                   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |                              |                                     |                                     |

OBSERVACIONES:

D.X. AUDIOLOGIA:

NORMAL

RECOMENDACIONES:

CONTROL

INGRESAR P.V.E.

REMISIÓN O.R.L.

USAR E.P.P.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

OTROS

1 MES ☐

SEMESTRAL ☐

ANUAL ☒

FIRMA PROFESIONAL

*[Signature]*

Dr. DANIEL RUBEN BLANCO GRANADOS  
Médico y Cirujano RM 1096 SSS  
Especialista en Salud Ocupacional - Lic. 14776

Firma trabajador

*[Signature]*



**LEONAL**  
Laboratorio Clínico Especializado

Dra. Blanca Stella Duque Gómez  
BACTERIOLOGA  
Universidad de Antioquia

Paciente : CLAUDIA PATRICIA CALDERON  
Empresa : SENA  
Fecha : OCTUBRE 13 DEL 2020

**HEMATOLOGIA**

**LEUCOGRAMA**

|                   |    |      |                 |       |      |
|-------------------|----|------|-----------------|-------|------|
| Eritrocitos:      | 14 | Grs% | Leucocitos:     | 7.200 | m.m. |
| Hematocrito:      | 42 | %    | Metamielocitos: |       |      |
| MORFOLOGIA        |    |      | C en Banda:     |       | %    |
| Reticulitos:      |    |      | Neutrófilos:    | 64    | %    |
| Anisocitosis:     |    |      | Eosinófilos:    |       | %    |
| Poiquilocitosis:  |    |      | Basófilos:      |       | %    |
| Hipocramia:       |    |      | Linfocitos:     | 36    | %    |
| Policromatofilia: |    |      | Monocitos:      |       | %    |
| Microcitosis:     |    |      | V.S.G.          |       | %    |

| EXAMENES         | RESULTADOS | VALORES NORMALES | UNIDADES     |
|------------------|------------|------------------|--------------|
| GLICEMIA         | 75         | MGR/DL           | V,N, 70-100  |
| COLESTEROL       | 131        | MGR/DL           | VN:HASTA 200 |
| TRIGLICERIDOS    | 125        | MGR/DL           | VN:HASTA 150 |
| H.D.L COLESTEROL | 58         | MGR/DL           | VN:HASTA 35  |
| L.D.L COLESTEROL | 93         | MGR/DL           | VN:HASTA 130 |

**CITOQUIMICO DE ORINA**

|                   |               |                       |
|-------------------|---------------|-----------------------|
| Aspecto           | LIGERO/TURBIO | Cilindro Hialino      |
| Color             | Amarillo      | Cilindro Granuloso    |
| Densidad          | 1016          | Cilindro Leucocitario |
| PH                | 5.0           | Cilindro Hemático     |
| Proteínas         | NEG           | Eritrocitos           |
| Glucosa           | NEG           | Bacterias: ESCASA     |
| Cuerpos cetónicos | NEG           | Piocitos              |
| Bilirrubina       | NEG           | Leucocitos: 1 X CAMPO |

**LEONAL**  
Laboratorio Clínico Especializado  
Dra. Blanca Stella Duque Gómez E.U.  
Licencia No. 11732 Barrancabermeja  
Calle 50 No. 21-15 B. Colombia • Tel: 6203515

Calle 50 No. 21-15 B. Colombia Teléfono: 6203515 - Correo: leonal-bsdg@hotmail.com  
Nit 900.118.647 - 8 - Barrancabermeja



## INFORME PSICOLÓGICO OCUPACIONAL

### I.- DATOS GENERALES:

Nombres y apellidos: CLAUDIA PATRICIA CALDERON  
Identificación: 37.724.880  
Grado de escolaridad: UNIVERSIT Lugar de residencia: BARRANCABERMEJA  
Puesto de trabajo: INSTRUCTORA  
Empresa donde labora: SENA OCTUBRE 13-2020

### II.- MOTIVO DE EVALUACION:

EXAMENES DE INGRESO

### III.- OBSERVACIÓN DE CONDUCTAS:

Presentación: Adecuado (X) Inadecuado ( )  
Postura : Erguida (X) Encorvada ( )  
Ritmo lento ( ) rápido ( ) fluido (X)  
Discurso Tono bajo ( ) moderado (X) alto ( )  
Articulación Con dificultad ( ) Sin dificultad (X)  
Orientación: Tiempo : Orientado (X) Desorientado ( )  
Espacio: Orientado (X) Desorientado ( )  
Persona: Orientado (X) Desorientado ( )

### IV.-CONCLUSIONES

Buena disposición y colaboración en el proceso de aplicación de la prueba (Wartegg); los resultados obtenidos indican una estructura de personalidad racional, práctica, procesos mentales adecuados, con capacidad de autocontrolar sus ansiedades, temores y tensiones, en situaciones adversas; tiende a ser ambiciosa, aceptando competir con los demás; respetuosa de las figuras de autoridad, normativa, moralista. Coordinación sicomotora normal. Teniendo en cuenta los resultados, la evaluada muestra tendencia a desempeñarse de manera adecuada en su puesto de trabajo y cumple con el perfil psicológico requerido, para realizar su trabajo.

### VI.- RECOMENDACIONES:

No aplica

RUBY MARLENY GOMEZ MAVISOY  
PSICÓLOGA OCUPACIONAL  
T.P. 03000/06 RES. 01453



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



**Hace constar:**

Que el Sr(a) Identificado(a) con cédula de ciudadanía realizó el día / / la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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

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



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

**CERTIFICA**

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que CLAUDIA PATRICIA CALDERON, con Cédula Ciudadanía No. 37724880 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034, tiene un registro como Independiente desde el 17/10/2020 y fecha fin de contrato 12/12/2020 con riesgo 1 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: [www.positivaenlinea.gov.co](http://www.positivaenlinea.gov.co) y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202001020176483.

Dada en Bogotá, a los 16 días del mes de octubre de 2020

Luisa Marina Uribe Restrepo  
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

CERTIFICACIÓN

El (la) señor(a) CLAUDIA PATRICIA CALDERON identificado(a) con tipo de documento Cédula de Ciudadanía y con número 37724880, presenta los siguientes datos referente a la afiliación al FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO.

Información del Cotizante:

|                      |                      |                      |                                  |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------------------|
| Nombres Cotizante:   | CLAUDIA PATRICIA     | Apellidos Cotizante: | CALDERON                         |
| Tipo Documento:      | Cédula de Ciudadanía | Número Documento:    | 37724880                         |
| Estado Actual:       | Activo               | Tipo de Afiliación:  | Beneficiario                     |
| Fecha de Afiliación: | 24/03/2004           | UT Afiliación:       | UT RED INTEGRADA<br>FOSCAL - CUB |

Adicionalmente se le informa que de acuerdo al decreto 1703 de 2002, la persona afiliada como cotizante a un régimen de excepción y que tenga una relación laboral o ingresos adicionales sobre los cuales esté obligado a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud, su empleador o administrador de pensiones deberá efectuar la respectiva cotización al Fosyga, igualmente los servicios asistenciales serán prestados exclusivamente a través del régimen de excepción; las prestaciones económicas a cargo del Sistema General de Seguridad Social en Salud serán cubiertas por el Fosyga.

Dada a solicitud del interesado en la fecha 09/10/2020.

Cordialmente,

Coordinación de afiliaciones

Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio

Elaboró: Hosvital Aseguramiento by Ophelia Suite

**Nota:** La información referente a los periodos compensados debe solicitarlo directamente a la Secretaría de Educación, ya que es competencia de los entes territoriales suministrar la información relacionada con la historia laboral como docente y la certificación del tiempo cotizado y los aportes efectuados al Fondo.

# La confianza y la credibilidad

que usted ha depositado en Bancolombia nos llenan de orgullo y nos motivan para continuar acompañándolo en el desarrollo de sus metas.

Barrancabermeja, 14 de octubre de 2020

Señores

**A QUIEN PUEDA INTERESAR**

Ciudad

Cordial saludo,

**BANCOLOMBIA S.A.** se permite informar que el siguiente cliente a la fecha de expedición de ésta certificación tiene con el Banco los siguientes productos:

**Oficina Dueña : 306 BARRANCABERMEJA**

**Número Cuenta : 306-000608-95**

**Tipo de Cuenta : CUENTA AHORROS**

**Clase Cuenta : P PERSONAL**

**Nombre Corto : CLAUDIA CALDERON**

**N.I.T : 37724880**

**Estado Cuenta : L CUENTA CON CXC PENDIEN**

El manejo de este (os) producto (s) es adecuado y responde a las condiciones y compromisos adquiridos con **BANCOLOMBIA**.

Atentamente

**BANCOLOMBIA.**  
Barrancabermeja - Of. 306 Barrancabermeja  
  
**Asesor de servicios N° 151**  
**Cédula N°**

**ANDREA DOMINGUEZ DIAZ**

Asesora Integral II

Oficina 306 Barrancabermeja

[andoming@bancolombia.com.co](mailto:andoming@bancolombia.com.co)

Para certificaciones sin costo, Llama desde tu celular al 018000931987 o #263

En caso de necesitar asesoría sobre nuestros productos y servicios, puede contactarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia: en Bogotá 343 0000, Medellín 510 9000, Cali 554 0505, Barranquilla 361 8888, y en el resto del país al 01 800 09 12345.

**Bancolombia**

*le estamos poniendo el alma*

## COMPROBANTE DE PAGO INDIVIDUAL

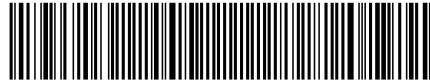
NUMERO ELECTRONICO  
PARA PAGOS

4006214573

SEÑOR USUARIO: ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO ÚNICAMENTE CON EL TIMBRE DE LA CAJA DEL BANCO O SUPERMERCADO.  
NO ES UN RECIBO OFICIAL DE CAJA.

|                                        |                                        |                    |                   |                    |
|----------------------------------------|----------------------------------------|--------------------|-------------------|--------------------|
| Agencia Exp: <b>CABECERA</b>           | VALOR CARTERA A LA FECHA DE IMPRESIÓN: | DIA<br><b>16</b>   | MES<br><b>10</b>  | AÑO<br><b>2020</b> |
| AG. RAM. POL.: 400 _ 47 _ 994000072183 | <b>\$ 29,750.00</b>                    | FECHA DE IMPRESIÓN |                   |                    |
| NOMBRE::                               | IDENTIFICACIÓN: CC                     |                    | <b>37.724.880</b> |                    |
| <b>CALDERON CLAUDIA PATRICIA</b>       |                                        |                    |                   |                    |

|               |                                 |                                    |              |
|---------------|---------------------------------|------------------------------------|--------------|
| FORMA DE PAGO | CHEQUE <input type="checkbox"/> | EFFECTIVO <input type="checkbox"/> | VALOR PAGADO |
| COD. BANCO    | No. CHEQUE                      |                                    | \$           |



(415)7701861000019(8020)00000000007000400621457

| PUNTOS DE PAGO            |                                                        | MEDIOS DE PAGO                                                                                                    |
|---------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| BANCOS                    | Banco Davivienda<br>Convenio 1040955 y No. Electrónico | Efectivo ó Cheque                                                                                                 |
|                           | Banco de Bogotá                                        |                                                                                                                   |
|                           | Banco de Occidente                                     |                                                                                                                   |
| TELÉFONO FIJO BOGOTÁ      | (1) 3849444 - 6449949                                  | Tarjeta de Crédito                                                                                                |
| RECAUDO VERDE             | Banco de Bogotá<br>Banco de occidente                  | Efectivo o cheque<br>Presentando al cajero del banco<br>el comprobante de pago enviado<br>a su correo electrónico |
| INTERNET (PSE-TC)         | www.solidaria.com.co                                   | Cuenta Corriente / Ahorros<br>Tarjeta de Crédito                                                                  |
| CAJEROS AUTOMÁTICOS       | Red ATH                                                | Tarjeta Débito ó<br>Tarjeta Crédito                                                                               |
| CORRESPONSALES DE RECAUDO | Ver cuadro<br>Corresponsales de Recaudo                | Efectivo                                                                                                          |

| * CORRESPONSALES DE RECAUDO | MONTO MÁXIMO                                                    |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 1) RED VÍA BALOTO           | Código de producto 959595<br>Convenio 6792                      |
| 2) MOVILRED                 | Tiendas y puntos autorizados                                    |
| 3) COLSUBSIDIO              | Supermercados y Tiendas                                         |
| 4) GRUPO ÉXITO              | Carulla, Surtimax, Pomona<br>y Almacenes Éxito                  |
| 5) COPIDROGAS               | Droguerías afiliadas                                            |
| 6) LA 14                    | Supermercados                                                   |
| 7) EFACTY                   | Convenio No. 6792<br>y Número electrónico                       |
| 8) OLÍMPICA                 | Donde hay puntos vía baloto                                     |
| 9) ALKOSTO                  |                                                                 |
| 10) FARMATODO               |                                                                 |
| 11) CONRED                  | Monto máximo \$1.000.000<br>Convenio No. 1040955<br>Referencia: |
| 12) PUNTORED                | Número electrónico para pagos                                   |

**IMPORTANTE**

- Este comprobante es indispensable para pagos en bancos y corresponsales de recaudo.
- No se reciben pagos mixtos (efectivo o cheque)
- Para pagos en cheque, diligencie en el reverso del mismo: Nombre y apellido o razón social del tomador de la póliza, número electrónico para pagos y número telefónico.
- Para pagos por medio de línea telefónica, baloto y por Internet (PSE-TC), se requiere del número electrónico para pagos.
- La devolución de las primas a razón de la revocación de pólizas pagadas mediante tarjeta de crédito se realizará con cargo a la misma tarjeta, menos las deducciones aplicables al caso.
- Para el pago de su póliza, tenga en cuenta las recomendaciones de seguridad de los canales dispuestos que pueden ser consultados en la página:  
[www.aseguradorasolidaria.com.co/servicios-en-linea/multipago.aspx](http://www.aseguradorasolidaria.com.co/servicios-en-linea/multipago.aspx)

### LÍNEA DE SERVICIO AL CLIENTE

Línea Solidaria 018000 512021 gratis desde cualquier parte del país. 2916868 en Bogotá, #789 gratis desde celulares Claro, Tigo y Movistar

\* LOS CORRESPONSALES DE RECAUDO RECIBEN PAGOS PARCIALES.

- Cliente -

## COMPROBANTE DE PAGO INDIVIDUAL

NUMERO ELECTRONICO  
PARA PAGOS

4006214573

|          |                           |                    |                   |                    |                  |                    |
|----------|---------------------------|--------------------|-------------------|--------------------|------------------|--------------------|
| NOMBRE:: | CALDERON CLAUDIA PATRICIA | IDENTIFICACIÓN: CC | <b>37.724.880</b> | DIA<br><b>16</b>   | MES<br><b>10</b> | AÑO<br><b>2020</b> |
|          |                           |                    |                   | FECHA DE IMPRESIÓN |                  |                    |

|               |                                 |                                    |              |
|---------------|---------------------------------|------------------------------------|--------------|
| FORMA DE PAGO | CHEQUE <input type="checkbox"/> | EFFECTIVO <input type="checkbox"/> | VALOR PAGADO |
| COD. BANCO    | No. CHEQUE                      |                                    | \$           |



(415)7701861000019(8020)00000000007000400621457

- Banco -

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**  
**4006214573**

**PÓLIZA No: 400-47-994000072183 ANEXO: 0**

AGENCIA EXPEDIDORA: **CABECERA**

COO. AGENCIA: 400 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: **EXPEDICION**

TIPO DE IMPRESIÓN: **IMPRESION**

DIA MES AÑO  
**16 10 2020**  
FECHA DE EXPEDICIÓN

DIA MES AÑO  
**16 10 2020**  
FECHA DE IMPRESIÓN

**DATOS DEL AFIANZADO**

NOMBRE: **CLAUDIA PATRICIA CALDERON**

IDENTIFICACIÓN: CC **37.724.880**

DIRECCIÓN: **CALLE 52A 36D63**

CIUDAD: **BARRANCABERMEJA, SANTANDER**

TELÉFONO: **6217704**

**DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO**

ASEGURADO: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**

BENEFICIARIO: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**

**AMPAROS**

GIRO DE NEGOCIO: **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS**

DESCRIPCIÓN AMPAROS  
**CONTRATO**

VIGENCIA DESDE VIGENCIA HASTA SUMA ASEGURADA  
**16/10/2020 12/04/2021 732,760.40**

CUMPLIMIENTO  
BENEFICIARIOS  
NIT 899999034 - **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA**

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS:

\*\*\*OBJETO DE LA GARANTIA\*\*\*

EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DEL CONTRATO N°CO1PCCNTR1914849 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES COMO INSTRUCTOR PARA ORIENTAR FORMACIÓN COMPLEMENTARIA EN LOS DIFERENTES PROGRAMAS DEL CENTRO INDUSTRIAL DEL DISEÑO Y LA MANUFACTURA.

VALOR ASEGURADO TOTAL  
\$ \*\*\*\*\*732,760.40

VALOR PRIMA:  
\$ \*\*\*\*\*16,000

GASTOS EXPEDICIÓN:  
\$ \*\*\*\*\*9,000.00

IVA:  
\$ \*\*\*\*\*4,750

TOTAL A PAGAR:  
\$ \*\*\*\*\*29,750

NOMBRE INTERMEDIARIO  
**EDDY SOLANGE ACUÑA VARGAS**

CLAVE  
**9619**

%PART  
**100.00**

NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO

%PART

VALOR ASEGURADO

Aseguradora Solidaria pensando en su tranquilidad, lo invita a consultar la autenticidad de su póliza ingresando a la página [www.solidaria.com.co](http://www.solidaria.com.co) servicios en línea, opción consulte su póliza de cumplimiento.

FIRMA ASEGURADOR



(415)7701861000019(8020)00000000007000400621457

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá

CLIENTE

CAD6207E0DCE8F87B56



Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES 2508 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

## CAPITULO 1 AMPAROS Y EXCLUSIONES

### 1. AMPAROS

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, A TRAVÉS DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO SIN EXCEDER EL VALOR ASEGURADO, COBERTURA PARA LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARATULA DE LA PRESENTE PÓLIZA, DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 1088 DEL CÓDIGO DE COMERCIO SEGÚN EL CUAL EL CONTRATO DE SEGURO ES DE MERA INDEMNIZACIÓN Y JAMAS PODRÁ SER FUENTE DE ENRIQUECIMIENTO. ESTA PÓLIZA CUBRE LOS PERJUICIOS DIRECTOS CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES DE LA PRESENTE PÓLIZA, EN SU ALCANCE Y CONTENIDO, SEGÚN LAS DEFINICIONES QUE EN ADELANTE SE ESTIPULAN:

LA COBERTURA DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO O SUS ANEXOS NO CONSTITUYE UNA FIANZA, NI ES SOLIDARIA, NI INCONDICIONAL, SU EXIGIBILIDAD ESTÁ CONDICIONADA A LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y LA DEMOSTRACIÓN DE LA CUANTÍA. EL AMPARO ESTA CIRCUNSCRITO A LOS PERJUICIOS CAUSADOS POR EL INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA SIEMPRE QUE EL MISMO SE AJUSTE AL VALOR ASEGURADO, VIGENCIA DE LAS COBERTURAS Y EXCLUSIONES, Y LA RECLAMACIÓN SE EFECTÚE DENTRO DE LOS TÉRMINOS SEÑALADOS EN EL ART. 1081 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

#### 1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA

LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUBRIRÁ A LA ENTIDAD ESTATAL POR LA IMPOSICIÓN DE SANCIONES AL PROPONENTE DERIVADAS DEL INCUMPLIMIENTO DE LA OFERTA, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

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

1.1.2 LA NO AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE OFERTA CUANDO EL TÉRMINO PREVISTO EN LOS PLIEGOS PARA LA ADJUDICACIÓN O PARA LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO SE PRORROGUE, SIEMPRE Y CUANDO ESAS PRÓRROGAS NO EXCEDAN EL TÉRMINO DE TRES (3) MESES.

1.1.3 LA FALTA DE OTORGAMIENTO POR PARTE DEL PROPONENTE SELECCIONADO, DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO EXIGIDA POR LA ENTIDAD PARA AMPARAR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATO.

1.1.4 EL RETIRO DE LA OFERTA DESPUÉS DE VENCIDO EL TÉRMINO FIJADO PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS PROPUESTAS.

#### 1.2 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO

EL AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE DE LOS PERJUICIOS DIRECTOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DE LAS OBLIGACIONES NACIDAS DEL CONTRATO, ASÍ COMO DE SU CUMPLIMIENTO TARDÍO O DE SU CUMPLIMIENTO DEFECTUOSO, CUANDO ELLOS SON IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO, LOS DAÑOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA POR ENTREGAS PARCIALES DE LA OBRA, CUANDO EL CONTRATO NO PREVÉ ENTREGAS PARCIALES, ADEMÁS DE ESOS RIESGOS, ESTE AMPARO COMPRENDERÁ EL PAGO DEL VALOR DE LAS MULTAS Y DE LA CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA QUE SE HAYAN PACTADO EN EL CONTRATO GARANTIZADO.

#### 1.3 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN AL ANTICIPO

EL AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, DE LOS PERJUICIOS SUFRIDOS CON OCASIÓN DE (I) LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO, (II) EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO Y (III) LA APROPIACIÓN INDEBIDA QUE EL CONTRATISTA GARANTIZADO HAGA DE LOS DINEROS O BIENES QUE SE LE HAYAN ENTREGADO EN CALIDAD DE ANTICIPO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO. CUANDO SE TRATE DE BIENES ENTREGADOS COMO ANTICIPO, ÉSTOS DEBERÁN TASARSE EN DINERO EN EL CONTRATO.

LA GARANTIA DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO DEBE ESTAR VIGENTE HASTA LA LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO O HASTA LA AMORTIZACIÓN DEL ANTICIPO, DE ACUERDO CON LO QUE DETERMINE LA ENTIDAD ESTATAL. EL VALOR DE LA GARANTIA COMPRENDERÁ EL 100% DE LA SUMA ESTABLECIDA COMO ANTICIPO, YA SEA EN DINERO O EN ESPECIE.

#### 1.4 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGOS ANTICIPADOS

EL AMPARO DE DEVOLUCIÓN DEL PAGO ANTICIPADO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE DE LOS PERJUICIOS SUFRIDOS POR LA NO DEVOLUCIÓN TOTAL O PARCIAL, POR PARTE DEL CONTRATISTA, DE LOS DINEROS QUE LE FUERON ENTREGADOS A TÍTULO DE PAGO ANTICIPADO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR. LA GARANTIA DE

PAGO ANTICIPADO DEBE ESTAR VIGENTE HASTA LA LIQUIDACION DEL CONTRATO O HASTA QUE LA ENTIDAD ESTATAL VERIFIQUE EL CUMPLIMIENTO DE TODAS LAS ACTIVIDADES O LA ENTREGA DE TODOS LOS BIENES O SERVICIOS ASOCIADOS AL PAGO ANTICIPADO, DE ACUERDO CON LO QUE DETERMINE LA ENTIDAD ESTATAL. EL VALOR DE LA GARANTIA COMPRENDERA EL 100% DEL MONTO PAGADO DE FORMA ANTICIPADA, YA SEA ESTE EN DINERO O EN ESPECIE.

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

EL AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES, CUBRIRÁ A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE OCASIONEN COMO CONSECUENCIA DEL INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES LABORALES A QUE ESTE OBLIGADO EL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADAS DE LA CONTRATACION DEL PERSONAL UTILIZADO PARA LA EJECUCION DEL CONTRATO AMPARADO EN EL TERRITORIO NACIONAL.

ESTA GARANTIA NO SE APLICARA PARA LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL POR PERSONAL CONTRATADO BAJO UN REGIMEN JURIDICO DIFERENTE AL COLOMBIANO.

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

EL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA, CUBRIRÁ A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS POR CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, IMPUTABLE AL CONTRATISTA, SUFRIDO POR LA OBRA ENTREGADA A SATISFACCIÓN.

**PARAGRAFO:** LA COBERTURA DEL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA INICIA SU VIGENCIA A PARTIR DEL RECIBO A SATISFACCION DE LA OBRA POR PARTE DE LA ENTIDAD CONTRATANTE.

### **1.7 CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADOS**

EL AMPARO DE CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADOS CUBRIRÁ A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE DE LOS PERJUICIOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO, (I) DERIVADOS DE LA MALA CALIDAD O DEFICIENCIAS TÉCNICAS DE LOS BIENES O EQUIPOS POR EL SUMINISTRADOS, DE ACUERDO CON LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO O (II) POR EL INCUMPLIMIENTO DE LOS PARÁMETROS O NORMAS TÉCNICAS ESTABLECIDAS PARA EL RESPECTIVO BIEN O EQUIPO, UNA VEZ SEAN RECIBIDOS POR LA ENTIDAD.

### **1.8 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO**

EL AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE DE LOS PERJUICIOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO QUE SE DERIVEN DE (I) LA MALA CALIDAD O INSUFICIENCIA DE LOS PRODUCTOS ENTREGADOS CON OCASIÓN DE UN CONTRATO DE CONSULTORÍA, O (II) DE LA MALA CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO, TENIENDO EN CUENTA LAS CONDICIONES PACTADAS EN EL CONTRATO.

#### **PARAGRAFO PRIMERO.**

EN VIRTUD DE LO SEÑALADO EN EL ARTÍCULO 44 DE LA LEY 610 DE 2000, LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CUBRIRÁ LOS PERJUICIOS CAUSADOS A LA ENTIDAD ESTATAL COMO CONSECUENCIA DE LA CONDUCTA DOLOSA O CULPOSA O DE LA RESPONSABILIDAD IMPUTABLE A LOS PARTICULARES, DERIVADOS DE UN PROCESO DE RESPONSABILIDAD FISCAL.

#### **PARÁGRAFO SEGUNDO.**

LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA SERÁN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA NO PODRÁ RECLAMAR O TOMAR EL VALOR DE UN AMPARO PARA CUBRIR O INDEMNIZAR EL VALOR DE OTROS. ESTOS NO SON ACUMULABLES Y SON EXCLUYENTES ENTRE SÍ.

#### **PARÁGRAFO TERCERO.**

ANTES DEL INICIO DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, SERA RESPONSABILIDAD DE LA ENTIDAD CONTRATANTE APROBAR LA GARANTIA. LA APROBACION COMPRENDERA LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA POLIZA.

## **2. EXCLUSIONES**

LOS AMPAROS PREVISTOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO OPERARAN EN LOS SIGUIENTES CASOS:

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 EL USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A QUE ESTÉ OBLIGADA LA ENTIDAD CONTRATANTE.

2.4 EL DEMÉRITO O DETERIORO NORMAL QUE SUFRAN LOS BIENES ENTREGADOS CON OCASIÓN DEL CONTRATO

GARANTIZADO, COMO CONSECUENCIA DEL MERO TRANSCURSO DEL TIEMPO.

## **CAPITULO II - DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**

Para efectos de este contrato de seguro las expresiones o vocablos relacionados a continuación, tendrán el siguiente significado.

### **2.1 Tomador**

Es la persona natural o jurídica que contrata el seguro y se hace responsable del pago de la prima y quien ha celebrado un contrato con la entidad estatal contratante, cuyas obligaciones se encuentran garantizadas con la presente póliza.

### **2.2 Asegurado**

Es la entidad estatal contratante que por tener interés asegurable figura como tal en la carátula de la póliza.

### **2.3 Beneficiario**

Es la entidad estatal contratante que ha sufrido un perjuicio amparado, o en el amparo de salarios el trabajador vinculado al contratista mediante contrato de trabajo.

### **2.4 Siniestro**

Es la realización del riesgo asegurado por un hecho imputable al contratista, ocurrido durante la vigencia consignada en la carátula de la póliza, que ha causado un perjuicio indemnizable a la entidad estatal contratante.

### **2.5 Acto Administrativo**

Es el medio a través del cual la entidad estatal en uso de su función administrativa manifiesta su voluntad encaminada a producir ciertos efectos jurídicos de carácter particular.

### **2.6 Acto Administrativo Ejecutoriado**

Es la manifestación de la entidad estatal contratante que puede producir los efectos previstos en el acto, por haber cumplido con los requisitos establecidos del artículo 62 del código contencioso administrativo, y Aseguradora Solidaria de Colombia en calidad de garante ha ejercido su derecho a la defensa.

## **CAPITULO III - CONDICIONES APLICABLES A TODO EL CONTRATO**

### **1. SUMA ASEGURADA**

LA SUMA ASEGURADA DETERMINADA PARA CADA AMPARO EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA, DELIMITA LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA ASEGURADORA EN CASO DE SINIESTRO.

### **2. VIGENCIA**

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA SE HARÁ CONSTAR EN LA CARÁTULA DE LA POLIZA Y/O EN SUS ANEXOS Y/O CERTIFICADOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA.

### **3. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA**

DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DEBERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y ACREDITAR LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA, PREVIO AGOTAMIENTO DEL DERECHO DE AUDIENCIA DEL CONTRATISTA Y DEL GARANTE, DE LA SIGUIENTE FORMA:

3.1 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 LA ENTIDAD ESTATAL PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL, ADEMÁS DE LA DECLARATORIA DE CADUCIDAD, PROCEDERÁ A HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL O A CUANTIFICAR EL MONTO DEL PERJUICIO Y A ORDENAR SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO AL GARANTE. EL ACTO ADMINISTRATIVO DE CADUCIDAD CONSTITUYE SINIESTRO.

3.2 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 LA ENTIDAD ESTATAL, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL IMPONDRÁ LA MULTA Y ORDENARÁ SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO AL GARANTE. EL ACTO ADMINISTRATIVO CONSTITUYE SINIESTRO.

3.3 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 PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL DECLARARÁ EL INCUMPLIMIENTO Y CUANTIFICARÁ EL MONTO DE LA PÉRDIDA Y/O HARA EFECTIVA LA CLÁUSULA

PENAL, SI ELLA ESTÁ PACTADA Y ORDENARA SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO AL GARANTE.

#### **4. REDUCCIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN**

SI EL ASEGURADO O BENEFICIARIO, AL MOMENTO DE TENER CONOCIMIENTO DEL INCUMPLIMIENTO O CON POSTERIORIDAD A ÉSTE Y ANTERIOR AL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, FUERE DEUDOR DEL CONTRATISTA 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 1714 Y SUBSIGUIENTES DEL CÓDIGO CIVIL.

IGUALMENTE SE DISMINUIRÁ DEL VALOR DE LA INDEMNIZACIÓN EN EL DE LOS BIENES QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HAYA OBTENIDO DEL CONTRATISTA, JUDICIAL O EXTRAJUDICIALMENTE, EN EJERCICIO DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO CUYO CUMPLIMIENTO SE GARANTIZA CON LA PRESENTE PÓLIZA.

#### **5. PAGO DEL SINIESTRO**

LA ASEGURADORA PAGARÁ EL VALOR DEL SINIESTRO, ASÍ:

5.1. PARA EL CASO PREVISTO EN EL NUMERAL 3.1., DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE CON TAL FIN HAGA LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE PARA RECLAMAR EL PAGO, ACOMPAÑADA DEL ACTO ADMINISTRATIVO DEBIDAMENTE EJECUTORIADO Y DEL ACTA DE LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO O DE LA RESOLUCIÓN EJECUTORIADA QUE ACOJA LA LIQUIDACIÓN UNILATERAL.

5.2 PARA EL CASO DEL NUMERAL 3.2, DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE HAGA LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, ACOMPAÑADA DEL ACTO ADMINISTRATIVO DEBIDAMENTE 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 CUARTA DE ESTE CLAUSULADO O EN LA QUE CONSTE LA DISMINUCIÓN EN EL VALOR A INDEMNIZAR EN VIRTUD DE TAL COMPENSACIÓN.

#### **PARAGRAFO.**

LA ASEGURADORA PODRÁ OPTAR POR CUMPLIR SU PRESTACIÓN MEDIANTE EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN O CONTINUANDO LA EJECUCIÓN DE LA OBLIGACIÓN GARANTIZADA, DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1102 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

#### **6. VIGILANCIA SOBRE EL CONTRATISTA EN LA EJECUCION DEL CONTRATO**

LA ASEGURADORA TIENE DERECHO A EJERCER LA VIGILANCIA SOBRE EL CONTRATISTA EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, PARA LO CUAL LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE LE PRESTARÁ LA COLABORACIÓN NECESARIA.

#### **7. SUBROGACION**

EN VIRTUD DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN LA ASEGURADORA SE SUBROGA HASTA CONCURRENCIA DE SU IMPORTE, EN TODOS LOS DERECHOS QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE TENGA CONTRA EL CONTRATISTA.

LA ENTIDAD ESTATAL NO PUEDE RENUNCIAR EN NINGÚN MOMENTO A SUS DERECHOS CONTRA EL CONTRATISTA Y SI LO HICIERE PERDERÁ EL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN.

EL CONTRATISTA SE OBLIGA A REEMBOLSAR INMEDIATAMENTE A LA ASEGURADORA, LA SUMA QUE ÉSTA LLEGARE A PAGAR A LA ENTIDAD ESTATAL, CON OCASIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, INCREMENTADA CON LOS INTERÉSES MÁXIMOS LEGALES VIGENTES AL MOMENTO DEL REEMBOLSO, CALCULADOS DESDE QUE LA ASEGURADORA EFECTÚE EL PAGO RESPECTIVO, SIN NECESIDAD DE REQUERIMIENTOS PREVIOS.

#### **8. CESION DEL CONTRATO**

EN EL EVENTO QUE POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA EL ASEGURADOR RESOLVIERA CONTINUAR, COMO CESIONARIO, CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ESTUVIESE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA ACEPTA DESDE AHORA LA CESIÓN DEL CONTRATO A FAVOR DEL ASEGURADOR.

EN TAL EVENTO LAS PARTES SUSCRIBIRÁN EL CONTRATO CORRESPONDIENTE, Y ASEGURADORA SOLIDARIA PRESENTARÁ GARANTÍAS EN LOS TÉRMINOS EXIGIDOS POR LA LICITACIÓN O CONTRATO.

#### **9. NO EXPIRACION POR FALTA DE PAGO DE PRIMA E IRREVOCABILIDAD**

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

**10. NOTIFICACIONES Y RECURSOS**

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

**11. PROHIBICION DE LA TRANSFERENCIA**

NO SE PERMITE HACER CESIÓN O TRANSFERENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA SIN EL CONSENTIMIENTO ESCRITO DE LA ASEGURADORA. EN CASO DE INCUMPLIMIENTO DE ESTA DISPOSICIÓN, EL AMPARO TERMINA AUTOMÁTICAMENTE Y LA ASEGURADORA SOLO SERÁ RESPONSABLE POR LOS ACTOS DE INCUMPLIMIENTO QUE HAYAN OCURRIDO CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE LA CESIÓN O TRANSFERENCIA.

**12. COEXISTENCIA DE SEGUROS**

EN CASO DE EXISTIR, AL MOMENTO DEL SINIESTRO, OTRO SEGURO DE CUMPLIMIENTO CON RELACIÓN AL MISMO CONTRATO, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN A QUE HAYA LUGAR, SE DISTRIBUIRÁ ENTRE LOS ASEGURADORES EN PROPORCIÓN A LAS CUANTÍAS DE SUS RESPECTIVOS SEGUROS, SIN QUE EXISTA SOLIDARIDAD ENTRE LAS ASEGURADORAS PARTICIPANTES Y SIN EXCEDER DE LA SUMA ASEGURADA BAJO EL CONTRATO DE SEGURO.

**13. LLAMAMIENTO EN GARANTIA**

CUANDO SE AMPAREN CONTRATOS EN LOS CUALES SE HA SUSCRITO CLAUSULA COMPROMISORIA, DE CONFORMIDAD CON O PREVISTO EN EL ARTÍCULO 37 DE LA LEY 1563 DE 2012, LA ASEGURADORA QUEDARA VINCULADA A LOS EFECTOS DEL MISMO.

**14. PROCESOS CONCURSALES** LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA SE OBLIGA A HACER VALER SUS DERECHOS DENTRO DE CUALQUIER PROCESO CONCURSAL O PRECONCURSAL O LOS PREVISTOS EN LA LEY 550 DE 1999, LEY 1116 Y SUS NORMAS COMPLEMENTARIAS, EN EL QUE LLEGARE A SER ADMITIDO EL CONTRATISTA GARANTIZADO, EN LA FORMA EN QUE DEBERÍA HACERLO SI CARECIESE DE LA GARANTÍA OTORGADA POR LA PRESENTE PÓLIZA, SUS CERTIFICADOS DE APLICACIÓN Y SUS AMPAROS, DANDO AVISO A LA ASEGURADORA DE TAL CONDUCTA.

**15. PRESCRIPCIÓN** LAS ACCIONES DERIVADAS DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, SE SUJETAN A LOS TÉRMINOS DE PRESCRIPCIÓN DISPUESTOS EN EL ARTÍCULO 1081 DEL CÓDIGO DE COMERCIO Y DEMÁS NORMAS QUE LO ADICIONEN Y/O MODIFIQUEN.

**16. DOMICILIO SIN PERJUICIO** DE LAS DISPOSICIONES PROCESALES, PARA LOS EFECTOS RELACIONADOS CON EL PRESENTE CONTRATO SE FIJA EL DOMICILIO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA.

---

**TOMADOR**

---

**ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA**