

 <p>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)		Código Regional	68
	REGIONAL SANTANDER		Código Centro	954110
	CENTRO AGROTURISTICO - SANTANDER - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION.		Fecha Elaboración	31 de Mayo de 2021
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión	ENERO 2021 - 1,21
	Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)		ID de Proceso	62347-063229
No. de documento 106053				
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: HELMER DUARTE MURALLAS		C.C.	13.862.471	IP/N° de contacto 3166778932
Correo electrónico contratista: helmer.duarte12@gmail.com				
Régimen del IVA: NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación? NO		Es declarante de renta? NO	Es Pensionado? NO
Sus ingresos en el 2020 Superaron \$49'849.000 NO	Inducción SST SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ? NO		
Banco al cual consignar: BANCO CAJA SOCIAL	Tipo de cta AHORROS	N° Cuenta	24083132597	
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato? NO	Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2021 supera los \$ 119'806.000		NO	
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO				
N° del contrato:	2465203/2021	N° Compromiso SIIF	59321	
Valor Total del Contrato	\$ 30.030.000	N° Pago	1	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 30.030.000	Periodo objeto de pago	Del 03/05/2021 Al 31/05/2021	
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 26.390.000	Comisiones	\$ 0,00	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		Prestar los servicios personales como instructor para impartir formación titulada, complementaria y/o Virtualización en el área de Bilingüismo en los diferentes programas que atiende el centro agroturístico regional santander		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 3.640.000	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%	
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 3.640.000	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.418.750			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
	Mayo	Abril		
N° Planilla PILA, o, N° Radicación pago SS	-----	20538461		
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.456.000	\$ 0	Valor Base retención en la fuente	2.418.750,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 182.000	\$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	3.225.000,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 233.000	\$ 0	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00 19%
ARL II	\$ 15.300	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00 0,00%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Menos Retención IVA	0,00 15%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -		Reteica - 8299	0,00 0,600%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064	\$ -		Otras Retenciones	0,00 0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.630.800	\$ -		Otras Retenciones	0,00 0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00 0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00 0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00 0,000%
Dependientes hasta \$ 1.161.856	\$ -		Descuentos de Libranza	0,00
Salud hasta \$ 580.928	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Renta Exenta 25% \$ 8.713.920	\$ 806.250		VALOR A PAGAR	\$ 3.640.000,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -			
SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA MIL PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ficha N° 2327168 - MANTENIMIENTO DE EQUIPOS ELECTRONICOS DE CONSUMO MASIVO EN AUDIO Y VIDEO 12 h Ficha N° 2327168 - 2318718 - ASISTENCIA ADMINISTRATIVA 5 h Ficha N° 2320769 - TRATAMIENTO DE AGUA 15 h Ficha N° 2293434 - RECURSOS HUMANOS 15 h Ficha N° 2279392 - EJECUCION DE PROGRAMAS DEPORTIVOS 24 h Ficha N° 2316815 - GESTIÓN EMPRESARIAL 24 h Ficha N° 2278411 - CONSTRUCCIÓN DE EDIFICACIONES 20 h				
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE: 1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.			HELMER DUARTE MURALLAS EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO: 1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas; 2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro; 3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.			Autorizo el presente pago. El Supervisor,	
			MARIA LILIANA AGUAS SANCHEZ INSTRUCTOR G10	
Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago: EL ORDENADOR DEL PAGO				
TULIO ALEXANDER BAUTISTA RODRIGUEZ SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)				

RAZON SOCIAL :	HELMER DUARTE MURALLAS
IDENTIFICACION:	CC-13862471
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACION REPORTE:	2021-05-23
FECHA LIMITE DE PAGO:	2021-05-19
FECHA DE PAGO:	2021-05-21
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO CAJA SOCIAL BCSC
PERIODO PENSION:	2021-04
PERIODO SALUD:	2021-04
NUMERO PLANILLA:	20538461
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	20538461
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	\$ 908.526	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 113.600	\$ 113.600
230301	800224808	PORVENIR	1	\$ 908.526	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 145.400	\$ 145.400
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 908.526	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 4.800	\$ 4.800
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 263.800	\$ 263.800

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	18/06/2021
----------------------------------	------------



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) HELMER DUARTE MURALLAS identificado(a) con CC 13862471 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: 01/04/2017

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: CLINICA SANTA CRUZ DE LA LOMA S.A.

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 26 días del mes de mayo del año 2021.

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

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

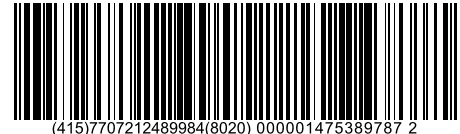


Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

2. Concepto Actualización

4. Número de formulario

14753897872



(415)7707212489984(8020) 000001475389787 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 3 8 6 2 4 7 1

6. DV

1

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Bucaramanga

14. Buzón electrónico

4

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1

3

26. Número de Identificación

1 3 8 6 2 4 7 1

27. Fecha expedición

1 9 9 9, 0 7, 0 2

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1

6

9

29. Departamento

Santander

6

8

30. Ciudad/Municipio

Bucaramanga

0

0

1

31. Primer apellido

DUARTE

32. Segundo apellido

MURALLAS

33. Primer nombre

HELMER

34. Otros nombres

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1

6

9

39. Departamento

Santander

6

8

40. Ciudad/Municipio

San Gil

6

7

9

41. Dirección principal

CL 18 14 40 TO 1 AP 401 URB SAGRADA FAMILIA

42. Correo electrónico

helmer.duarte12@gmail.com

43. Código postal

6 8 4 0 3 1

44. Teléfono 1

3 1 6 6 7 7 8 9 3 2

45. Teléfono 2

3 1 8 3 9 7 6 1 0 6

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 5 4 3

47. Fecha inicio actividad

2 0 0 9, 0 8, 1 8

Actividad secundaria

48. Código

8 5 6 0

49. Fecha inicio actividad

2 0 0 4, 0 7, 0 8

Otras actividades

50. Código

1 2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 2 0

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

54. Código

Exportadores

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

☒

NO

☐

60. No. de Folios:

5

61. Fecha

2021 - 04 - 23 / 12 : 06: 41

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 BAEZ PEREZ JENIFFER LUCERO

985. Cargo Analista I



NIT. 13835844-0

CALLE 11 # 10-26 - SAN GIL SANTANDER

CEL. 3138208063 - TEL. 7243269 - E-MAIL. lablivacha@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.429

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
20 DÍA	04 MES	2021 AÑO	SAN GIL (SANTANDER, COLOMBIA)			
			EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE			SENA			
			Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)						
DUARTE MURALLAS HELMER			Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres			MASCULINO	39 AÑOS 9 MESES 18 DÍAS	CC	13862471
Cargos					Tipo	Número
INSTRUCTOR DE INGLES						
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL						
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA						
Observaciones: NO APLICA						
N/A			NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)			
RESTRICCIONES LABORALES			TIPO	RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES			NO APLICA	NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:						
EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			✓	PERFIL LIPIDICO		
AUDIOMETRÍA			✓	CUADRO HEMATICO		
OPTOMETRÍA			✓	PSICOLOGIA		
GLICEMIA			✓	-----		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
		USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES		
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		FORTALECIMIENTO MUSCULAR		
				ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
				HACER DEPORTE		
				DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES						
RCV FRAMMINGHAM BAJO.						
EN SUS RIESGOS LABORALES ENFATIZAR EN LA ADOPCIÓN DE ADECUADAS POSTURAS ERGONÓMICAS.						
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.						

Médico

Firma:

Nombre: PINZON ROJAS EDGAR ORLANDO

R. M.: LICENCIA 6723 SSS L.S.O.: LICENCIA 6723 SSS **L664R1X7429**



Código de Seguridad

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: DUARTE MURALLAS HELMER

CC: 13862471

LABORATORIO CLÍNICO LIGIA VARGAS CH. Bacterióloga UIS

Calle 11 N° 10-26 Consultorio 209 Tel. 7243269 Celular 3153128749 SAN GIL

INFORME DE QUÍMICA SANGUÍNEA

Datos Paciente

Nombre

8479-21 - HELMER DUARTE MURALLAS, C. 13862471

Sexo

Hombre

Fecha Nacimiento

02/07/1981

Análisis realizado por

JOHANNA LIZETH ACOSTA W. REG. PROFESIONAL 6866

Otros datos

SENA

Tipo de Muestra

SER

Fecha

20/04/2021

Técnica	Valor	Unidades	Rango Referencia	Observaciones	Fecha
GLUCOSA	97,0	mg/dL	70-110		20/04/2021 09:42
COLESTEROL TOTAL	256,4	mg/dL	0-200	Alto	20/04/2021 09:39
COLESTEROL HDL	54,8	mg/dL	35-60		20/04/2021 09:41
TRIGLICERIDOS	91,5	mg/dL	0-150		20/04/2021 09:39

Johanna Lizeth Acosta W.
C.C. 37.899.214
Bacterióloga - UDES

LABORATORIO CLINICO LIGIA VARGAS CH.
Calle 11 #10 26 Cons.209 Tel.7243269
SANGIL

HEMOGRAMA CUARTA GENERACION

ID paciente: 13862471
Nombre: HELMER DUARTE M.
Modo: Masculino
Años/Sexo: 39 años / Masculino

Fecha de reporte: 20.04.2021 ID muestra: 8479

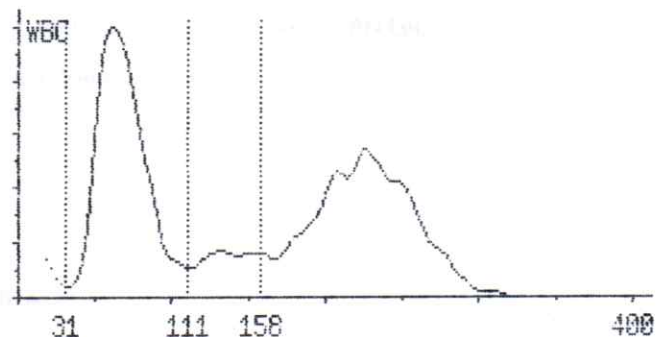
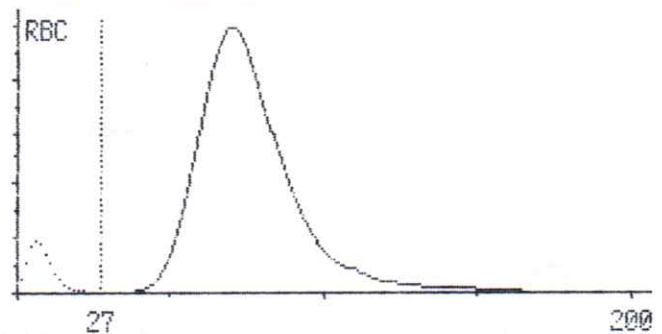
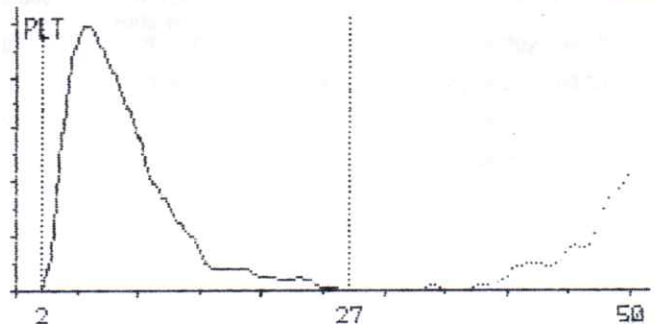
Hora prueba: 20.04.2021 09:19AM

Prueba Resultado Doctor: SENA

WBC	5.20	$10^3/\mu\text{l}$	[5.00 - 10.00]
LYM	2.16	$10^3/\mu\text{l}$	[1.30 - 4.00]
MID	0.48	$10^3/\mu\text{l}$	[0.15 - 0.70]
GRA	2.56	$10^3/\mu\text{l}$	[2.50 - 7.50]
LY%	41.5	%	[25.0 - 40.0]
MI%	9.2	%	[3.0 - 7.0]
GR%	49.3	%	[50.0 - 75.0]

RBC	6.22	$10^6/\mu\text{l}$	[4.50 - 5.50]
HGB	15.4	g/dl	[14.0 - 17.4]
HCT	48.31	%	[45.00 - 52.00]
MCV	78	fL	[80 - 97]
MCH	24.7	pg	[26.5 - 33.5]
MCHC	31.8	g/dl	[30.0 - 35.0]
RDWc	17.5	%	

PLT	266	$10^3/\mu\text{l}$	[150 - 400]
PCT	0.20	%	[0.10 - 0.50]
MPV	7.4	fL	[6.5 - 15.0]
PDWc	37.2	%	



Diagnostic messages

WBC RBC PLT
Erythrocytosis
Microcytosis

OBSERVACIONES AL MICROSCOPIO: Normocromia y normocitosis

Recuento diferencial: Eosinófilos: 3% PMN 53% Linfocitos 39% Monocitos 5%

Dra. LIGIA VARGAS CH.
Bacterióloga UIS
Registro Profesional 0147
Resolución 9938/82

Pinzón Vargas - Salud Ocupacional

Fonoaudiología

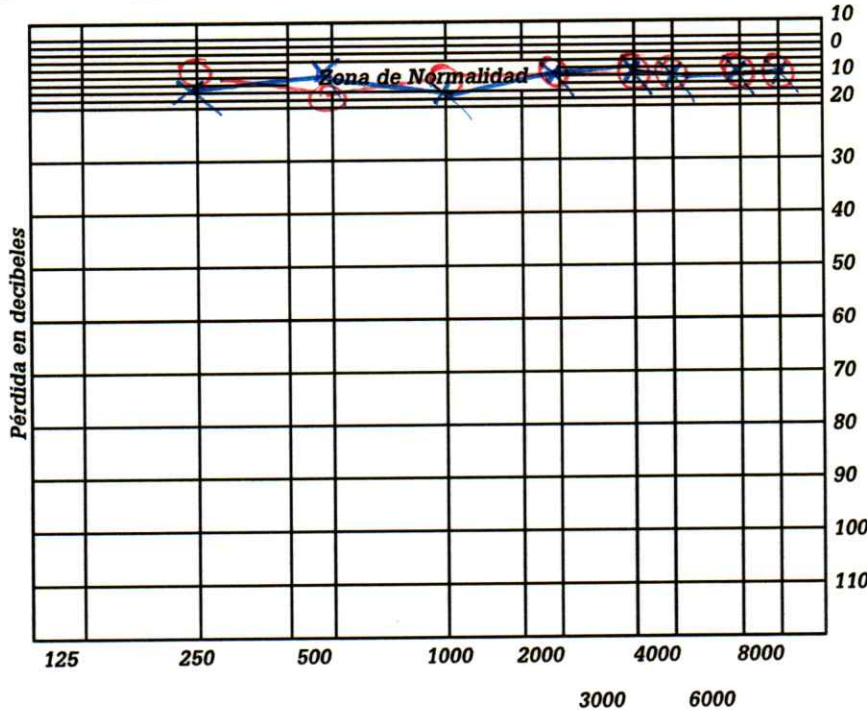
CALLE 11 No. 10-26
CONSULTORIO 206 SAN GIL

SERVICIO DE FONOAUDIOLOGÍA
ESTUDIO AUDIOLOGICO

Nombre Helmer Duarte Murallas Edad 39 Fecha Abril 26 de 2021

Remitido por _____ Equipo BELTONE 112

Historia No. 13862471 ESCALA: Americana () Internacional ()



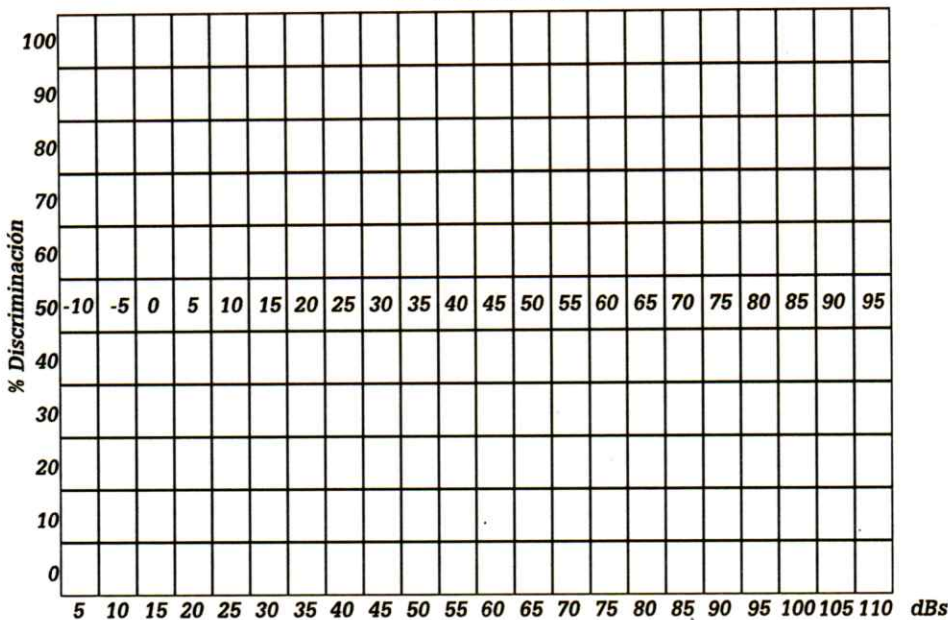
	O.D.	Aérea	Osea
Sin Lateral y sin ensordecim.			
Con Lateral y sin ensordecim.			
Con ensordecim. sin Lateraliza			
Con ensordecim. y con Lateraliza			

	O.I.	Aérea	Osea
Sin Lateral y sin ensordecim.			
Con Lateral y sin ensordecim.			
Con ensordecim. sin Lateraliza			
Con ensordecim. y con Lateraliza			

Promedio Pérdida O. D. _____

Promedio Pérdida O. I. _____

LOGOaudiometría



	O.D.	O.I.
Umbral Voz		
Umbral Palabra		
50% Discriminación		
100% Discriminación		

Alfonsina Rueda
Fonoaudióloga (a)

Observaciones: Sensibilidad auditiva Normal OD y OI

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Nombre y apellido: Helmer Duarte M.
Fecha de nacimiento: 02 de julio de 1981
Edad: 39 años
Nivel académico: Docente
Fecha del informe: 20 de abril de 2021
Vigencia de prueba: 1 año.

Técnicas de exploración administradas:

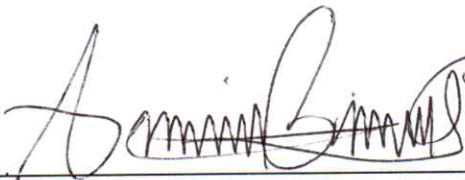
- Observación de la conducta
- Test de Wartegg

El evaluado Helmer Duarte, se presenta a la entrevista con atuendo adecuado y buena higiene personal, es espontáneo en su modalidad de contacto, desenvolviéndose con naturalidad a lo largo del proceso de evaluación. Es flexible, lleva el ritmo de conversación que se le impone y es directo al responder; denotando un discurso claro y organizado.

Persona que asume su individualidad, su centro y se muestra seguro. Tiene la capacidad para adaptarse al medio y para asumir sus espacios, potencialidades y limitaciones. Presenta énfasis al contacto afectivo con el mundo, creando relaciones sociales con espontaneidad y participando afectivamente de las situaciones que procuran comprender a los demás. Revela falta de ambición. El individuo no está interesado en ser líder, por temer que este rol lo aleje de los demás, pero sus objetivos están bien direccionados.

Helmer, presenta la necesidad de involucrarse en actividades múltiples para dispersar sentimientos; es dinámico y acuta de manera adecuada en sus labres. Tiene alta capacidad intelectual. Muestra alto compromiso con los valores y actúa pasivamente frente a las normas.

Se concluye que en su valoración mental y social puntúa dentro del promedio, lo que le permite desarrollar sus actividades a nivel familiar, social, académico y laboral.



Angy Paola Bautista Gelves
Psicóloga
I.P. 219781

ANGY PAOLA BAUTISTA GELVES
PSICÓLOGA
PS219781



OPTICA IMPERIAL

Por que sus ojos merecen lo mejor.

Carrera 9 No.11-51
San Gil -Santander
Teléfono: 3102466680

OPTOMETRÍA

FECHA: 20/04/21
NOMBRE COMPLETO: Helmer Duarte Morallas
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 13.862.471 EDAD: 39
NÚMERO DE CELULAR: 316 677 8932
ULTIMO CONTROL: 70 años

MC:

Asintotico

1 AGUDEZA VISUAL: SC X CC

RX EN USO:

ESTADO:

VL OD 20/20 VP OD 0.5m OD
OI 20/20 OI 0.5m OI

2 OFTALMOSCOPIA:

OD OK
OI OK

3 MOTOR:

CVT: VL: 0 VP: 2+ PPC: 70cm

DUCCIONES: Normal VERSIONES: Normal HIRSCHBERG: Centrado

4 ESTADO REFRACTIVO (RX FINAL)

OD N 58h AV 20/20 ADD AV 0.5m
OI N 58h AV 20/20

5. EXAMEN EXTERNO:

OD Gono OI Gono

6 DIAGNÓSTICO:

Examen de la visión

7. CONDUCTA

No se da Rx optica

JUAN SEBASTIAN ORDOÑEZ CORREDOR
OPTOMETRA -U. SANTO TOMAS

Dr. Juan Sebastian Ordonez Corredor
Optometra USTA
1101686939



Hace constar:

Que el Sr(a) HELMER DUARTE MURALLAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 13862471 realizó el día 23/05/2021 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo HELMER DUARTE MURALLAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 13862471 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

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

Firma

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

Medellín, 28 de abril de 2021

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

CERTIFICA:

Que HELMER DUARTE MURALLAS identificado(a) con cédula de ciudadanía 13862471 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 28/04/2021

Fecha fin cobertura: 18/12/2021

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA N899999034

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

1805001 - EDUCACION SUPERIOR, HACE REFERENCIA A EMPRESAS DEDICADAS A ESPECIALIZACIONES Y POSGRADOS CUANDO SE REALICEN ACTIVIDADES PRACTICAS SE ASIMILARAN AL RIESGO DEL CENTRO DE TRABAJO.

CLASE DE RIESGO: 1 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 0,522%

CENTRO DE TRABAJO: 0000009224 - PRINCIPAL

CLASE: 1 **PORCENTAJE:** 0,522% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:

1806001 - ESTABLECIMIENTOS DE EDUCACION NO FORMAL, INCLUYE PROGRAMAS DE ALFABETIZACION PARA ADULTOS ETC.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

2013001 - EMPRESAS DEDICADAS A LA ACTIVIDAD MIXTA (AGRICOLA Y PECUARIA)

CODIGO DE ACTIVIDAD: 2013001

CLASE DE RIESGO: 2 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 1,044%

Su pago lo debe realizar con riesgo 2 (1,044 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C138624712111852458

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación. Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

28/04/2021 2:34 PM

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

HELMER DUARTE MURALLAS

Identificado con CC 13862471

Actualmente tiene(n) Cuentamiga, radicado(a) en la oficina SAN GIL, con las siguientes características:

Número:	24083132597
Fecha de apertura:	21 de Marzo de 2018
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, el 26 del mes Mayo de 2021.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

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

Ciudad de Expedición: BUCARAMANGA			Sucursal: BUCARAMANGA			Cod. Sucursal: 96		Nro. Póliza: 96-46-101006922		Anexo: 0	
Fecha Expedición: Día: 27 Mes: 04 Año: 2021			Vigencia Desde: Día: 27 Mes: 04 Año: 2021			A las: Horas: 00:00		Vigencia Hasta: Día: 18 Mes: 04 Año: 2022		A las: Horas: 00:00	
Tipo Movimiento: EMISIÓN ORIGINAL											

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social: DUARTE MURALLAS HELMER			Identificación: 13862471		
Dirección: CALLE 1 NRO- 14-10			Ciudad: SAN GIL - SANTANDER		
Teléfono: 3166678932					

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA			Identificación: 899999034-1		
Dirección: CALLE 22 NRO 9-82			Ciudad: SAN GIL - SANTANDER		
Teléfono: 7248113					

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:
EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.2465203 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIÓN TITULADA, COMPLEMENTARIA Y/O VIRTUALIZACIÓN EN EL ÁREA DE BILINGÜISMO EN LOS DIFERENTES PROGRAMAS QUE ATIENDE EL CENTRO AGROTURISTICO REGIONAL SANTANDER

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS			
AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	27/04/2021	18/04/2022	\$ 3,003,000.00
OBSERVACIONES:			

Valor Prima Neta:	Gastos Expedición:	IVA:	Total a Pagar:	Valor Asegurado Total:	Fecha Límite de Pago:
\$ 20,000.00	\$ 8,000.00	\$ 5,320.00	\$ 33,320.00	\$ 3,003,000.00	27/04/2021

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
CALDERON APARICIO ANGELA MARIA	91973	100,00			

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

Para efecto de notificaciones la dirección de Seguros del Estado S.A. es CALLE 44 NO 36-08 - Teléfono: 6578486 - BUCARAMANGA

Mmsm
FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - vicepresidente de fianzas

[Firma]
FIRMA TOMADOR



FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - vicepresidente de fianzas
Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdelestado.com

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

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

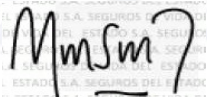
NO EFECTUAR RETENCIÓN EN LA FUENTE POR NINGUN CONCEPTO * RESPONSABLE IVA

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

Hacemos constar, que la póliza No. 96-46-101006922, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

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

Dado en BUCARAMANGA, a los 27 días del mes de Abril de 2021



IL. S.A. SEGUROS DEL ESTADO
D. DEL ESTADO S.A. SEGUROS
S. S.A. SEGUROS DEL ESTADO
L. ESTADO S.A. SEGUROS DEL ESTADO

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que:

RECIBO DE PAGO N°: 96461010069220

FECHA				
27/04/2021				
RECIBIMOS DE:	DUARTE MURALLAS HELMER		C.C. 13862471	
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE			
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 96-46-101006922			
SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA		PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA
BUCARAMANGA - CU. ESTATAL - 101006922 - 0 - 0		\$ 20,000.00	\$ 8,000.00	\$ 5,320.00
VALOR \$ 33,320.00				
FORMA DE PAGO				
INTERMEDIARIO: CALDERON APARICIO ANGELA MARIA - 91973			EFFECTIVO:	\$ 33,320.00
			CHEQUE:	\$ 0.00
			TARJETA:	\$ 0.00
			BD:	\$ 0.00
			OTROS:	\$ 0.00
			TOTAL:	\$ 33,320.00
			CAJERO: RAPIESTADO	

ORIGINAL

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que:

RECIBO DE PAGO N°: 96461010069220

FECHA				
27/04/2021				
RECIBIMOS DE:	DUARTE MURALLAS HELMER		C.C. 13862471	
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE			
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 96-46-101006922			
SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA		PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA
BUCARAMANGA - CU. ESTATAL - 101006922 - 0 - 0		\$ 20,000.00	\$ 8,000.00	\$ 5,320.00
VALOR \$ 33,320.00				
FORMA DE PAGO				
INTERMEDIARIO: CALDERON APARICIO ANGELA MARIA - 91973			EFFECTIVO:	\$ 33,320.00
			CHEQUE:	\$ 0.00
			TARJETA:	\$ 0.00
			BD:	\$ 0.00
			OTROS:	\$ 0.00
			TOTAL:	\$ 33,320.00
			CAJERO: RAPIESTADO	

COPIA

**PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.96-46-101006922**

1. AMPAROS.

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

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

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

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

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

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

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

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

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

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

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

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

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

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

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

OBLIGACIONES SURGIDAS DEL CONTRATO AMPARADO POR LA GARANTÍA.

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

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

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

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

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

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

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

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

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

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

2. EXCLUSIONES.

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

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

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

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

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

3. SUMA ASEGURADA.

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

4. VIGENCIA.

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

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

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

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

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

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

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

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

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

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

6. COMPENSACIÓN.

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

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

8. PLAZO PARA EL PAGO.

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

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

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

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

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

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

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

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

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

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

13. COASEGURO

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