**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**

**ATLÁNTICO**
**CENTRO PARA EL DESARROLLO AGROECOLOGICO YAGROINDUSTRIAL**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **8** |
| **Código Centro** | **910310** |
| **Nº de Documento** | |
| **Fecha elaboración** | **13 DE ENERO 2023** |
| **Versión** | **1.23 13 DE ENERO 2023** |

**Adquiriente:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA **Nit adquiriente:** 899.999.034-1

**DATOS DEL CONTRATISTA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | MARIA VICTORIA PUGLIESSE MARRUGO | **C.C.** | 1,043,025,258 | **IP/Nº de contacto** | 3207282345 |
| **Correo electrónico contratista:** | maria.pugliesse@misena.edu.co | | | | |
| **Régimen del IVA:** | NO RESPONSABLE | **Es declarante de renta?** | NO | **Es Pensionado?** | NO |
| | | **Inducción SST** | NO | **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** | SI |
| **Pertenece al régimen simple de tributación** | SI | | | **Tienes contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas** | - |
| **Banco al cual consignar:** | BANCOLOMBIA | **Tipo de cta** | AHORROS | **Nº Cuenta** | 12000029708 |
| **Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000** | NO | **Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 es igual o superior a $ 169'648.000 (debe registrarse como responsable del IVA)** | | | NO |

**DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO**

**Nº del contrato:** 4449207/2023 **Nº Compromiso SIIF** **2923**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 16,500,000 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 16,500,000 | 1 | **Del** | 2/1/2023 | **Al** | 2/28/2023 | **$ 3,300,000.00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 13,200,000 | **Legalización comisiones del periodo** | | | | $ 0 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:**
(Descripciòn del servicio prestado)

PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL EN EL AREA DE AGROINDUSTRIA EN LOS PROGRAMAS TITULADOS Y/O COMPLEMENTARIA DEL CENTRO PARA EL DESARROLLO AGROECOLÓGICO Y AGROINDUSTRIAL.

**RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3,300,000 | Tarifa de Retencion en la Fuente DR 260/01 | 0.00% |
| Ingresos por comisiones | $ 0 | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 0 | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 3,300,000** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2,923,800** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | **enero** | **1052309207** | | **Valor Base retención en la fuente a titulo de RENTA** | 2,923,800.00 | TARIFA |
| | | **APORTES DEL MES OBJETO DE COBRO** | **APORTES DEL MES ANTERIOR** | **Valor Base retención en la fuente a titulo de ICA** | 2,923,800.00 | |
| **Ingreso Base de Cotización IBC** | **febrero** | $ 1,320,000 | $ - | Valor base IVA | 0.00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 165,000 | $ 0 | IVA (Si es RESPONSABLE) | 0.00 | 19% |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 211,200 | $ 0 | Menos Retención en la Fuente | 0.00 | 0.00% |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ - | Menos Retencion IVA | 0.00 | 0% |
| ARL | | $ 6,900 | $ 0 | Reteica | 0.00 | 0.966% |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | $ 8,835,833 | $ - | | | | |
| | $ 825,000 | | | | | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC | $ 13,430,467 | $ - | | Otras Retenciones | 0.00 | 0.000% |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Voluntarias | $ 13,430,467 | $ - | | Otras Retenciones | 0.00 | 0.000% |
| Intereses Préstamo de Vivienda | $ 4,241,200 | $ - | | 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 ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | | Otras Retenciones | 0.00 | 0.000% |
| Dependientes hasta | $ 1,357,184 | $ - | | Otras Retenciones | 0.00 | 0% |
| Salud hasta | $ 678,592 | $ - | | | | |
| Renta Exenta 25% | $ 2,792,123 | $ 729,225 | | Descuentos de Libranza (Si tiene) | 0.00 | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ - | | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0.00 | |
| | | | | **VALOR A PAGAR** | **$ 3,300,000.00** | |

**SON: TRES MILLONES TRECIENTOS MIL PESOS M/CTE.**

Ejecutar la formación integral de acuerdo con el currículo, desarrollo curricular y proyecto formativo de los programas del área temática.
Seleccionar estrategias de enseñanza-aprendizaje-evaluación según el programa de formación profesional y el enfoque metodológico adoptado.
Reportar información académica y administrativa según las responsabilidades institucionales asignadas.
Programar actividades enseñanza- aprendizaje- evaluación de conformidad con los módulos de formación profesional
Orientar los procesos de aprendizaje según las necesidades detectadas en los procesos de evaluación y metodologías de aprendizajes.

**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.

**MARIA VICTORIA PUGLIESSE MARRUGO**
**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,**

**ERMIT ANTONIO SANDOVAL GUEVARA**
**INSTRUCTOR G18**

**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**

**YIZY YELINE CORTES PADILLA**
**SUBDIRECTORA**

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2023-02-07, 04:14:48 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1052309207

**Periodo Cotización:** enero de 2023 **Periodo Servicio:** enero de 2023 **Referencia pago (PIN):** 8840733460

## PAGADO 06/02/2023 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | MARIA VICTORIA PUGLIESSE MARRUGO | | |
| **Documento** | CC1043025258 | **Dirección** | KRA 25A NRO 28A-21 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3207282345 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BARRANQUILLA, DISTRITO ESP, INDUSTRIAL Y PORTUARIO | **Departamento** | ATLANTICO |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | POSITIVA DE SEGUROS |

### II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días APP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 1043025258 | MARIA VICTORIA PUGLIESSE MARRUGO | 59 | 00 | X | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.160.000 | $ 185.600 | (ESSC07) ASOCIACION MUTUAL SER | $ 1.160.000 | $ 145.000 | 0,522 | $ 1.160.000 | $ 6.100 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 336.700 |

### III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.160.000 | $ 1.160.000 | $ 1.160.000 | $ 0 | $ 185.600 | $ 145.000 | $ 6.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 336.700 | $ 0 | $ 336.700 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

¡El Poder de lo SIMPLE!

**Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.**

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14744193432

(415)7707212489984(8020) 000001474419343 2

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 4 3 0 2 5 2 5 8 | 9 | Impuestos de Barranquilla 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 4 3 0 2 5 2 5 8 | 2 0 1 5 1 2 0 4 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Atlántico 0 8 | Sabanalarga 6 3 8 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| PUGLIESSE | MARRUGO | MARIA | VICTORIA |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Atlántico 0 8 | Sabanalarga 6 3 8 |

41. Dirección principal: CR 25 A 28 A 21

42. Correo electrónico: mpugliesse29@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 2 0 7 2 8 2 3 4 5 | |

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Actividad principal** | | **Actividad secundaria** | | **Otras actividades** | | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 5 5 1 | 2 0 2 1 0 2 2 5 | 8 2 9 9 | 2 0 1 7 0 8 1 0 | | | | | |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

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

| Exportadores | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
| | | 57. Modo | | | |
| | | 58. CPC | | | |

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

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 02 - 25 / 20 : 44: 53

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre PUGLIESSE MARRUGO MARIA VICTORIA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

# LABORATORIO CLÍNICO LYONS & PACINI.

Apellidos: PUGLIESSE
Nombres: MARIA VICTORIA
Identificación:
Edad: 23 años
Examenes solicitados frotis garganta,koh uñas,glicemia,colest t,triglic,hemogra,p.ori

Fecha de ingreso: MARZO 1 / 2021
Numero de orden: 004
Sede: calle 66 No 38-108
Procedencia: Sena industrial y de aviacion

| CUADRO HEMATICO | | | |
|---|---|---|---|
| | RESULTADOS | UNIDADES | VALORES. REFERENCIA |
| Hematies | 4.500.000 | /mmc | 4,20 - 5.10 |
| Hematocrito | 40 | % | 39,0 - 48,0 |
| Hemoglobina | 13,7 | g/dl | 13,0 - 16,0 |
| Leucocitos | 9.800 | /mms | 5,00 – 10,00 |

| FORMULA DIFERENCIAL PORCENTAJE | | | |
|---|---|---|---|
| | RESULTADOS | UNIDADES | VALORES. REFERENCIA |
| Neutrofilos | 60 | % | 55,0 – 65,0 |
| Linfocitos | 40 | % | 25,0 – 35,0 |
| **Eosinofilos** | | % | 0,05 – 0,50 |
| Basofilos | | % | 0,02 – 0,10 |
| Monocitos | | % | 0,10 – 0,70 |
| Otras celulas | | % | |
| Plaquetas | 279.000 | /mmc | 150.00-450.00 |

Los valores de referencia varían según la edad del paciente.

| EXAMEN MANIPULACION ALIMENTOS | |
|---|---|
| | |
| KOH DE UÑAS | NEGATIVO LEVADURAS |
| | |
| | |
| **FROTIS GARGANTA** | |
| FLORA NORMAL | |
| | |

| UROANALISIS | |
|---|---|
| EXAMEN FISICO | ASPECTO TURBIO X |
| COLOR amarillo | P.H 6.0 DENSIDAD 1030 |
| **EXAMEN QUÍMICO** | **EXAMEN MICROSCOPICO** |
| PROTEINAS | BACTERIAS XX |
| GLUCOSA | LEUCOCITO 3-6/C |
| HEMOGLOBINA | HEMATIES 0-3/C |
| BILIRRUBINA | CELULAS EPITELIALES XX |
| UROBILINOGENO | CRISTALES |
| Nitritos | LEVADURAS NO |
| Otros | CILINDROS |
| | |

| QUIMICA SANGUINEA | | |
|---|---|---|
| **DETERMINACIÓN** | **RESULTADO** | **VALOR NORMAL** |
| **Glicemia A:** | **79 mg/dl** | **70-105 mg/dl** |
| **Glicemia B** | | |
| **Colesterol total** | **150 mg/dl** | **Hasta 200 mg/dl** |
| **Colesterol HDL** | | **Mayor de 35 mg/dl** |
| **Colesterol L.D.L** | | **Menor de 150 mg /dl** |
| **Colesterol V.L.D.L** | | **0 – 40 mg/dl** |
| **Triglicéridos** | **156 mg/dl** | **30 – 150 mg/dl** |
| **Ácido úrico** | | **2,3-6.0 mg/dl** |
| **Nitrógeno ureico** | | **10-20 mg/dl** |
| **Urea** | | **10 – 50 mg/dl** |
| **Creatinina** | | **0,5 –1,2 mg/dl** |
| **Bilirrubina directa** | | **Hasta 0,25 mg/dl** |
| **Bilirrubina indirecta** | | **Hasta 0,75 mg/dl** |
| **Bilirrubina total** | | **Hasta 1,0 mg/dl** |
| **VDRL** | | |
| **TGO** | | **0-40 U/ml** |
| **TGP** | | **0.40 U/ml** |
| **SEROLOGIA II** | | |
| **T3 TRIYODOTIRONINA** | | **0,61-1,81 ng/ml** |
| **T4 TIROXINA TOTAL** | | **4,5-10,9ug/dl** |
| **TSH HORMONA ESTIMULANTE DE LA TIROIDES** | | **0,55-4,78 uUI/ml** |
| **HEMOGLOBINA GLICOSILADA** | | **NO DIABETICO :MENOR DE 6%**<br><br>**META TERAPEUTICA:6-7%**<br><br>**DIABETICO NO CONTROLADO MAYOR DE 7%** |

# LABORATORIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
# CENTRO INDUSTRIAL Y DE AVIACIÓN
## CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

**Resolucion: 4625 Licencia para prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo.**



**DATOS DEL TRABAJADOR**

| Nombres y apellidos | Tipo de documento | Numero de documento | Edad | Genero | Hora |
|---|---|---|---|---|---|
| MARIA VICTORIA PUGLIESSE MARRUGO | Cedula | 1043025258 | 23 | Femenino | 8:29:03 AM |

| Fecha (AA/MM/DD) y lugar de nacimiento | Direccion | Celular | Fecha de examen |
|---|---|---|---|
| 1997-11-29 Sabanalarga - Atlantico | Cra 25A#28A_21 Sabanalarga-Atlantico | 3207282345 | Lunes 1 de Marzo de 2021 |

| Escolaridad | Rh | Estado civil | Cargo a desempeñar | Tipo de examen |
|---|---|---|---|---|
| Tecnologo | O positivo | Soltero | INSTRUTORA - ALIMENTOS | Ingreso |



**DATOS DE LA EMPRESA**

| Nombre de la empresa | NIT | Actividad Economica | Telefono | Dirección |
|---|---|---|---|---|
| SENA | 899999034-1 | EDUCACIÓN | 3344863 - Ext 52247 | Calle 30#3E-164 B/quilla |

**EXAMEN MEDICO CON ENFASIS EN:**

| Osteomuscular | Cardiovascular | Pulmonar | Trabajo Seguro Altura | Manipulacion Alimentos | Psicologico | Otro: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| X | X | | | X | X | |

**EXAMENES REALIZADOS:**

| Colesterol | Glicemia | Trigliceridos | Parcial orina | Frotis de uña | Hemograma | Coprologico | Frotis Faringeo | Electrocardiograma | Evaluación voz | Audiometria | Visiometria | Optometria | Psicologico | Espirometria |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| X | X | X | X | X | X | | X | | X | X | X | | | |

| Rayos X | | | | | Otros examenes realizados |
|---|---|---|---|---|---|
| Columna | Torax | Abdomen | Miembros Superiores | Miembros inferiores | |
| | | | | | |

**Observaciones:**

**INFORMACION SUMINISTRADA POR LA EMPRESA SOBRE EXPOSICION A RIESGOS LABORALES: No**

| Ergonomico: | Fisico: | Quimico: | Biologico: | Psicosocial: | Electrico: | Mecanico: | Otro: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |

**APTITUD OCUPACIONAL Ingreso**

| | |
|---|---|
| EL EXAMEN FISICO NO PRESENTA ALTERACIONES NI PATOLOGÍAS: | |
| EL EXAMEN FISICO PRESENTA CONDICIONES DE SALUD QUE NO DISMINUYEN SU CAPACIDAD LABORAL: | |
| EL EXAMEN FISICO PRESENTA CONDICIONES DE SALUD QUE PUEDEN AGRAVARSE CON EL TRABAJO: | |
| EL EXAMEN FISICO PRESENTA CONDICIONES DE SALUD QUE DEBEN SER TRATADAS POR EPS, ARL: | **X** |
| EL EXAMEN FISICO PRESENTA CONDICIONES DE SALUD QUE DEBEN SER TRATADAS POR EPS, ARL, ANTES DE INGRESAR: | |
| EL EXAMEN MEDICO PRESENTA ALTERACIONES DE SALUD INCOMPATIBLES CON EL CARGO ASIGNADO: | |

| AFP: | ARL: | EPS: |
|---|---|---|
| COLPENSIONES | POSITIVA | MUTUAL SER |

**Recomendaciones**

Trabajador:

1- Cuidar su salud y protección, cumpliendo con las acciones del SGSST. 2-Hacer pausas activas periódicas. 3-Usar los elementos protección personal adecuados. 4-Dieta balanceada, estilo de vida saludable y manejo del estrés. 5-Valoración medico EPS

Empresa:

1-Realizar los exámenes médicos ocupacionales anual o según la normatividad vigente, según el caso. 2-Seguimiento y control del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. 3-Realizar pausas activas en sus trabajadores. 4-Seguir recomendaciones, lineamientos y protocolos de prevención Covid-19. 5- Educar en cuidado de la voz- incluir en SVE , 6-Valoración control dermatología, gastroenterología, valoración otorrinolaringología EPS

**INGRESO AL PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA: Si**

| Visual | Auditivo | Voz | Cardiovascular | Respiratorio | Piel | Psicologico | Osteomuscular | Otro: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | X | | | | | | CUIDADO DE LA VOZ |

**Restricciones**

Trabajador:

Empresa:

**CONCEPTO DE APTITUD LABORAL**

**APTO.**

**Observaciones:**

CON RECOMENDACIONES.

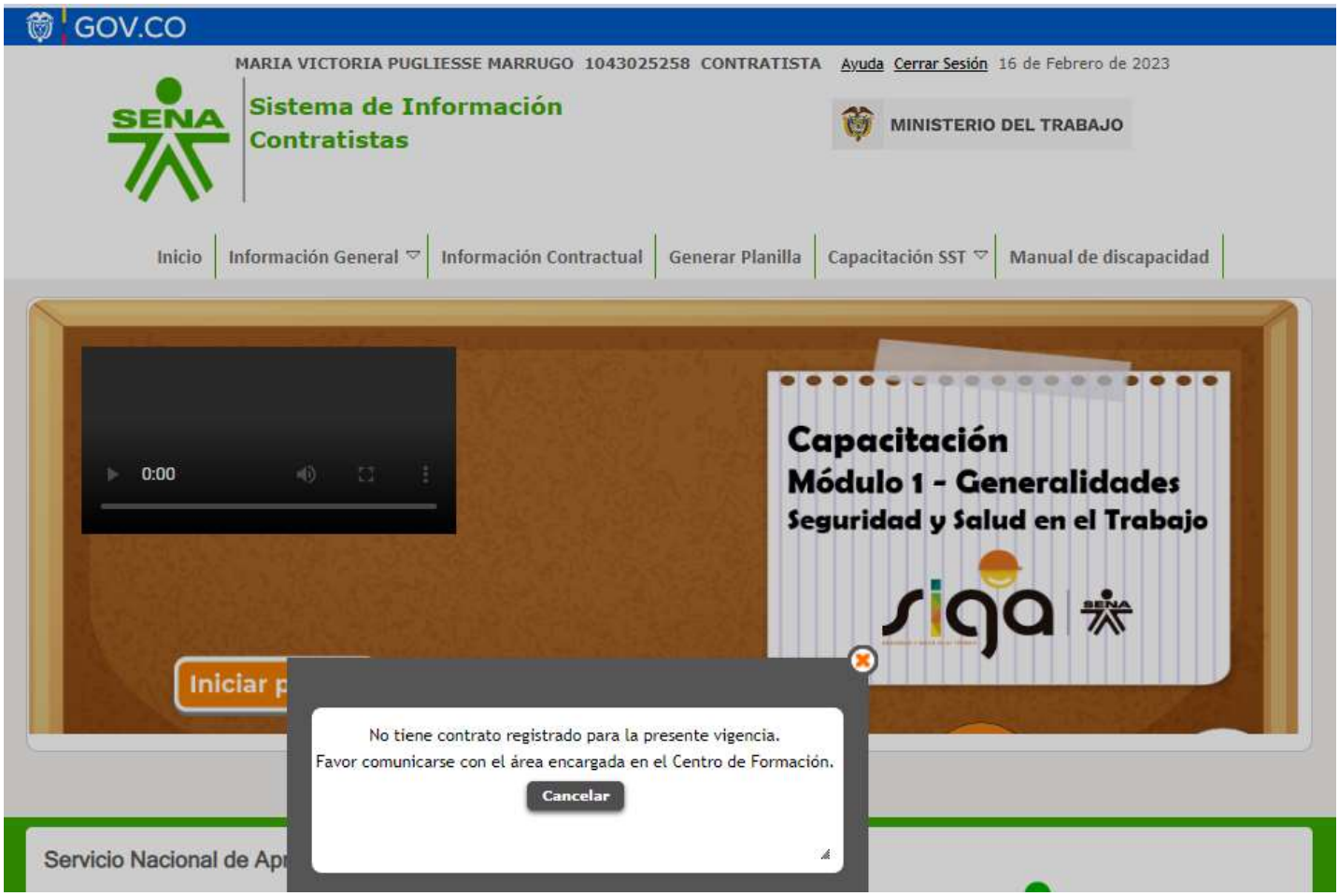
**Firma, Licencia: 1180, Doctor(a): LEYDY DIANA CERINZA BARRIOS**

**Nombre o Firma del Trabajador**

**-La presente certificación se expide con base a la información manifestada por el trabajador, por la empresa, por el resultado del examen físico médico ocupacional y los resultados de los exámenes paraclínicos realizados, Dicho certificado tiene carácter confidencial, y es válido solo para el SENA, según la normatividad vigente.**

## Constancia de Inducción en Seguridad en Salud en el Trabajo SIIGA.

Como se logra evidenciar no me fue posible presentar la prueba ya que no tengo aun mi contrato en el aplicativo de Si contratista, para la próxima cuenta de pago correspondiente al mes de marzo, si ya está activa lo estaré compartiendo.



POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

## POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

## HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **MARIA VICTORIA PUGLIESSE MARRUGO** con **CC** No. **1043025258**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

| Datos del Contratante | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| **Contratante:** NI 899999995 - INDEPENDIENTE CONTRATANTE NO AFILIADO (DECRETO 723/2013) | **Fecha de última cobertura:** 08/02/2023<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE 723<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 01/01/2023<br>**Fecha fin de Contrato:** 31/07/2023<br>**Clase de Riesgo:** 1<br>**Cargo :** TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>**Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO |

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 o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301012390792.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 14 días del mes de febrero de 2023.

Cordialmente

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_06

# Certificado
# Bancario

Jueves, 12 de enero de 2023

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que MARIA VICTORIA PUGLIES MARRUGO identificado(a) con CC 1043025258, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | 12000029708 | 2019/04/15 | ACTIVA |

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

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

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN: | SUCURSAL: | COD. SUC: | NO. PÓLIZA: | ANEXO: |
|---|---|---|---|---|
| BARRANQUILLA | BARRANQUILLA | 85 | 85-46-101033531 | 0 |

| FECHA EXPEDICIÓN: | | | VIGENCIA DESDE: | | | A LAS: | VIGENCIA HASTA: | | | A LAS: | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DÍA: | MES: | AÑO: | DÍA: | MES: | AÑO: | HORAS: | DÍA: | MES: | AÑO: | HORAS: | TIPO MOVIMIENTO: |
| 20 | 01 | 2023 | 23 | 01 | 2023 | 00:00 | 30 | 10 | 2023 | 23:59 | EMISIÓN ORIGINAL |

### DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | | IDENTIFICACIÓN: | |
|---|---|---|---|
| PLUGLIESSE MARRUGO MARIA VICTORIA | | | C.C. :1,043,025,258 |
| DIRECCIÓN: | CIUDAD: | | TELÉFONO: |
| CARRERA 25A 28A-21 | SABANALARGA - ATLANTICO | | 3207282345 |

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

| ASEGURADO/BENEFICIARIO: | | IDENTIFICACIÓN: | |
|---|---|---|---|
| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJ | | | NIT. :899,999,034-1 |
| DIRECCIÓN: | CIUDAD: | | TELÉFONO: |
| CALLE 9 19 120 | SABANALARGA - ATLANTICO | | 3514196 |
| ADICIONAL: | | | |

### 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.4449207 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES PARA IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL EN EL AREA DE AGROINDUSTRIA EN LOS PROGRAMAS TITULADOS Y/O COMPLEMENTARIA DEL CENTRO PARA EL DESARROLLO AGROECOLOGICO Y AGROINDUSTRIAL

### AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

| AMPAROS: | VIGENCIA DESDE: | VIGENCIA HASTA: | SUMA ASEG/ACTUAL: |
|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 23/01/2023 | 30/10/2023 | $ 1,650,000.00 |

ACLARACIONES:

| VALOR PRIMA NETA: | GATOS EXPEDICIÓN: | IVA: | TOTAL A PAGAR: | VALOR ASEGURADO TOTAL | PLAN DE PAGO: |
|---|---|---|---|---|---|
| $ 20,000.00 | $ 8,000.00 | $ 5,320.00 | $ 33,320.00 | $ 1,650,000.00 | CONTADO |

| INTERMEDIARIO | | | DISTRIBUCIÓN COASEGURO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: | CLAVE: | % PART: | NOMBRE COMPAÑÍA: | % PART: | VALOR ASEGURADO: |
| PORTO Y CIA LTDA ASESORES DE SEGUROS | 4164 | 100,00 | | | |

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE 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 CARRERA 58 NO. 70-136 - TELÉFONO: 3681078 - BARRANQUILLA

85-46-101033531
FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

Maria Victoria Pugliesse M.
FIRMA TOMADOR



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

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

Hacemos constar, que la póliza No. 85-46-101033531, 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 BARRANQUILLA, a los 20 días del mes de Enero de 2023



FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

1. AMPAROS.

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

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

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

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

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

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

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

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

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

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

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

EL AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE CAUSEN POR LA NO DEVOLUCIÓN TOTAL O PARCIAL, DEL DINERO ENTREGADO AL CONTRATISTA GARANTIZADO A TITULO 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 PREVÉ 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 PARAGRAFO DEL ARTÍCULO 85 DE LA LEY 1474 DE 2011.

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

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

2. EXCLUSIONES.

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

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

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

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

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

3. SUMA ASEGURADA.

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

4. VIGENCIA.

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

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

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

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

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

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

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

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

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

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

6. COMPENSACIÓN.

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

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

8. PLAZO PARA EL PAGO.

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

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

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

EL ULTIMO 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, PREVALECERÁN 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.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO