SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL SANTANDER
CENTRO DE GESTIÓN AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE-SANTANDER

Código Regional	**68**
Código Centro	**954610**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**79748-777919**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	DANIEL JAVIER CHINOME BOTERO	**C.C.**	91.016.393	**IP/Nº de contacto**	3156724109
Correo electrónico contratista:	djchinome@sena.edu.co				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** NO **Es Pensionado?** NO

Banco al cual consignar: DAVIVIENDA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 048670004067

Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los $ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA) NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 4573459/2023 **Nº Compromiso SIIF** **2723**

Valor Total del Contrato	$ 30.400.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 30.400.000	**1**	**Del**	**08/02/2023**	**Al**	**28/02/2023**	**$ 2.660.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 27.740.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR, EJECUTAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, QUE PROGRAME EL CENTRO DE FORMACIÓN EN PROGRAMAS DE FORMACIÓN TITULADA EN EL ÁREA DE SISTEMAS, DE ACUERDO CON LIN

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.660.000		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 2.660.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.737.900**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Febrero	Enero			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**Afiliacion Nuev**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.737.900,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.160.000	$ 0	Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.329.400,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 145.000	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 185.600	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL II	$ 12.200	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 665.000	$ -		Reteica - 8543	5.320,00	0,200%
			-	0,00	
			-	0,00	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo 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 A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -				
Dependientes hasta $ 1.357.184	$ -		Descuentos de Libranza	0,00	
Salud hasta $ 678.592	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 579.300				
Retención en la Fuente Contingente	$ -		**VALOR A PAGAR**	**$2.654.680,00**	

SON: DOS MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación ID FichaID Ficha: 2453575 Implementación de Infraestructura de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones
Elaboración de guías de aprendizaje e instrumentos de acuerdo a los lineamientos pedagógicos y metodológicos de la entidad
Conocer y aplicar los procesos y procedimientos descritos en SIGA
Asistencia Reunion 2da Oferta 2023 22/02/2023 Auditorio del CGAO - Publicación oferta Virtual en estados y redes sociales
Revisión con lista de chequeo del inventario del ambiente asignado para dar la formación
Registro de inasistencia de los aprendices - Sena Sofía Plus
Hacer cumplir el reglamento del aprendiz - Insistencias - Porte uniforme - Porte carnet
Capacitación cursos plataforma SiContratista - Inducción SST, SST1
Rol de Líder equipo ejecutor de sistemas - elaboración actas - consolidación programación de horas instructores sistemas titulada

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.

DANIEL JAVIER CHINOME BOTERO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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,

VILMA VILA HERREÑO PARDO
INSTRUCTOR G15

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

ERNESTO ACEVEDO SOTO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

"Código Único numérico para dependencias y aplicaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900 156 264-7

FORMULARIO VÍA WEB

I. DATOS DEL TRÁMITE — Lea detenidamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [A]
2. TIPO DE AFILIADO: A. Individual [ ] a) Cotizante o Cabeza de familia [CO] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: C. Contributivo [C] S. Subsidiado [ ]
4. TIPO DE AFILIADO: CO. Cotizante [X] CP. Cabeza de Familia [ ] BE. Beneficiario [ ]
5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [PI] C. Pensionado [ ]
Código: 41609
FECHA DE LA SOLICITUD: 02 | 02 | 2023

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: Chinome — SEGUNDO APELLIDO: Botero — PRIMER NOMBRE: Jonfiánco — SEGUNDO NOMBRE: Daniel Javier
7. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [ ] [ ] [X] [ ] [ ] [ ]
8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.016.393
9. SEXO: [ ] [X]
10. FECHA NACIMIENTO: 14 | 08 | 1997

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ETNICO: Código [ ]
12. DISCAPACIDAD: Tipo [ ] [ ] [ ] Condición [ ] [ ]
13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN
14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL
15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES
17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC
18. DIRECCIÓN DOMICILIO DE RESIDENCIA: Cra 24 # 14-12
ZONA: U [X] R [ ]
CIUDAD / COMUNA: Barrio el prado.
BARRIO
CIUDAD / MUNICIPIO: Barbosa
DEPARTAMENTO: Santander
TELÉFONO FIJO:
TELÉFONO MOVIL: 3156724104
CORREO ELECTRÓNICO: chinomedaniel25@gmail.com
CÓDIGO EPS:

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 21. NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 22. SEXO | 23. FECHA NACIMIENTO | CÓDIGO EPS

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NUMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO	28. FECHA DE NACIMIENTO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD: Tipo	Condición
1									
2									
3									
4									

	32. DATOS DE RESIDENCIA: Ciudad / Mpio	Departamento	Zona	Barrio / Loc	Dirección Res.	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo diligencia la EPS)	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud (IPS)	NIVEL DE SISBEN	GRUPO POBLACIONAL
1			U [ ] R [ ]						
2			U [ ] R [ ]						
3			U [ ] R [ ]						
4			U [ ] R [ ]						

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o Razón Social
36. Tipo documento de identidad: [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] NI
37. Número documento de identidad
DV
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: NOMBRE MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | TELEFONO FIJO | TELEFONO MOVIL | CORREO ELECTRONICO
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 01 | 02 | 2023
CARGO: Independiente
SALARIO: 1160.000

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACION DE DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION [ ]
2. CORRECCION DE DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION [ ]
3. ACTUALIZACION DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACION Y/O CORRECCION DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACION DE LA INSCRIPCION EN LA EPS [ ]
Código [ ]
6. REINSCRIPCION EN LA EPS [ ]
7. INCLUSION DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSION DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACION LABORAL O ADQUISICION DE CONDICIONES PARA COTIZAR [X]
10. TERMINACION DE LA RELACION LABORAL O PERDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. VINCULACION A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
12. DESVINCULACION A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. MOVILIDAD
a) AL REGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
b) AL REGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TRASLADO
a) DE RÉGIMEN [ ]
b) DENTRO DEL REGIMEN [ ]
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL TRAMITE DE PROTECCION AL CESANTE [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
SEXO
FECHA NACIMIENTO
42. FECHA (a partir de)
43. EPS ANTERIOR Código
44. MOTIVO DE TRASLADO Código
45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia. Declaro que convivo con (Nombre Completo) _____ identificado(a) con _____ No. _____
desde el día _____ del mes _____ del año _____
46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. Declaro bajo la gravedad de juramento que estos beneficiarios dependen económicamente de mí. [ ]
47. Declaración de la no afiliación de afiliado al Régimen Contributivo. Especialmente de Excepción [ ]
48. Declaración de existencia de relación de hecho mayor a dos años. Declaro que aparecen la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
49. Declaración de no inscripción del cónyuge, la cabeza de familia, compañero(a) o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud [ ]
50. Autorización para que la EPS registre la información que se genere en la afiliación y el retiro de mi núcleo familiar en la base de datos de afiliados y para que entidades públicas que por ley tengan funciones de vigilancia [ ]
51. Autorización para que la EPS registre la información que se genere en la afiliación y el retiro de mi núcleo familiar en la base de datos de afiliados y para que entidades públicas que por ley tengan funciones de vigilancia [ ]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante, cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. De acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 [ ]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como medio de aviso [ ]

VIII. FIRMAS

54. Firma de los cónyuges, padres de familia y beneficiarios
55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copias del documento de identidad: [CN] [RC] [TI] [CC] [PA] [CE] [CC] [SC]
Folios: [ ] No. [ ]
57. Copia del soporte de pre-existencias (diligenciado por la entidad competente) [ ]
58. Copia del registro civil de nacimiento o de la partida eclesiástica o documento público que declare la unión marital [ ]
59. Copia de la escritura pública o documento público que declare el divorcio, separación judicial de cuerpos y de bienes o la cesación de efectos civiles de matrimonio religioso o unión marital [ ]
60. Copia del certificado de defunción o acta de entierro del menor [ ]
61. Copia de la orden judicial o del acta administrativa de custodia [ ]
62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o del certificado de la Defensoría de Familia [ ]
63. Copia de la publicación de vacantes, que para tal fin la Superintendencia Nacional de Salud [ ]
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio [ ]

Damaris Trujillo Centeno
CC. 1.190.951.059
Asesora Comercial Nueva E.P.S
02-02-2023
RADICADO PARA ESTUDIO

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial
Código del Municipio | Código del departamento
67. Datos del SISBEN
Número de ficha | Puntaje | Nivel
68. Fecha de radicación: DIA | MES | AÑO
69. Fecha de validación: DIA | MES | AÑO
70. Datos del funcionario que realiza la validación
Tipo documento de identidad | Número del documento de identidad
71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES

Declaro que son ciertas todas las anteriores afirmaciones y autorizo la verificación de la información suministrada y de los documentos aportados en el capítulo VIII del formulario.

- 2a. COPIA: AFILIADO -

35672 4104

Powered by CamScanner

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **VEINTICINCO DANIEL JAVIER CHINOME BOTERO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **91016393,** se encuentra afiliado/a desde **09/07/2008** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 02 de febrero de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14587751662

(415)7707212489984(8020) 000001458775166 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 1 0 1 6 3 9 3	0	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4	

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	9 1 0 1 6 3 9 3	1 9 9 7 0 2 0 5

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Barbosa 0 7 7

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CHINOME	BOTERO	VEINTICINCO	DANIEL JAVIER

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Barbosa 0 7 7

41. Dirección principal: CR 4 14 18 URB EL PRADO

42. Correo electrónico: chinomedaniel25@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 4 3	2 0 1 0 0 8 0 2	8 5 5 1	2 0 1 0 0 8 0 2	6 2 0 1	8 5 4 4	2 1 3 1	

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 2019 - 06 - 05

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

AMBIENTSALUD S.A.S

AMBIENTSALUD SAS
Resolución de Licencia SST 07542 del 22 de abril de 2022
NIT. 901379431-7
Calle 9 No. 8-25, Piso 1 - Cel. 3203173766 - 3118596855
E-mail. ambientsalud@gmail.com; citasambientsalud@gmail.com
www.ambientsalud.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 9.193

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
03 DÍA	02 MES	2023 AÑO	BARBOSA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO**

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES CONTADO	**PARTICULARES**
Nombre de la empresa	**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)

VEINTICINCO DANIELJAVIER CHINOME BOTERO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	45 AÑOS 5 MESES 23 DÍAS	CC	91016393
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INSTRUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *APTO ENFASIS OSTEOMUSCULAR, AUDITIVO, CARDIOVASCULAR, VISUAL, PSICOLOGICO, DERMATOLOGICO*

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:

AUDIOMETRÍA AMB	✓	PSICOLOGÍA AMB	✓
PARCIAL DE ORINA	✓	OPTOMETRÍA AMB	✓
PERFIL LIPÍDICO	✓	HEMOGRAMA	✓
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	✓	GLICEMIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : MEJORAR POSTURAS	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

Nombre: ABRIL DIAZ WILSON FERNANDO

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: VEINTICINCO DANIELJAVIER CHINOME BOTER

R. M.:	15933	L.S.O.:	0309	Código de Seguridad	CC:	91016393
				U1222A1G9193		

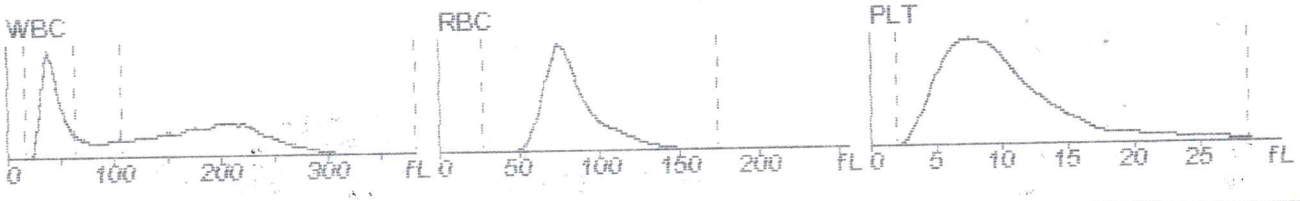
LABORATORIO CLINICO

DRA NAYILENE HERNANDEZ
Bacterióloga y Lab Clínico UIS

LAB DRA NAYILENE HERNANDEZ

ID: 16 Modo: Completa Hora: 03-02-2023 11:02
Nombre: VEINTICINCO DANIEL JAVIER CHINOM Sexo: Varón Edad: 45 años
N.º hist clín: N.º cama: Dept.: DOC 91016393

Parámetro	Result.	Rango ref.
WBC	5.6 x 10^9/L	4.0 - 10.0
Lymph#	1.8 x 10^9/L	0.8 - 4.0
Mid#	0.6 x 10^9/L	0.1 - 1.5
Gran#	3.2 x 10^9/L	2.0 - 7.0
Lymph%	32.0 %	20.0 - 40.0
Mid%	10.2 %	3.0 - 15.0
Gran%	57.8 %	50.0 - 70.0
HGB	15.5 g/dL	12.0 - 16.0
RBC	5.04 x 10^12/L	4.00 - 5.50
HCT	46.7 %	40.0 - 54.0
MCV	92.7 fL	80.0 - 100.0
MCH	30.7 pg	27.0 - 34.0
MCHC	33.1 g/dL	32.0 - 36.0
RDW-CV	12.7 %	11.0 - 16.0
RDW-SD	44.6 fL	35.0 - 56.0
PLT	274 x 10^9/L	100 - 300
MPV	8.0 fL	6.5 - 12.0
PDW	15.3	9.0 - 17.0
PCT	0.219 %	0.108 - 0.282



Rmte.: *Analiz.:NAYILENE H.* *Compr.:*

Resultados de laboratorio

LABORATORIO CLINICO NAYILENE HERNANDEZ H. NIT: 63347854-2

Dirección: CRA 9 # 14 - 46 BARBOSA SAN SANTANDER Tel: 3166163357

Nombres: **VEINTICINCO DANIEL JAVIER CHINOME BOTERO**

Número Id 91016393 Años 45 Tel: 3156724109 Empresa: NUEVA EPS CONTRIBUTIVO

Servicio: Consulta externa IPS de referencia:

Obs: COL VLDL 22 IA 3,3

Orden: 13626 Suborden: 13411 Dx principal: Z000 Dx Sec Ingreso: 03/02/23 7:36 Cierre: 03/02/23 15:07

VEINTICINCO DANIEL JAVIER CHINOME BOTERO

COLESTEROL HDL	
Colesterol HDL	44 mg/dL Valor referencia : Entre 35 y 200 mg/dL
COLESTEROL LDL	
Colesterol LDL	83 mg/dL Valor referencia : Entre 10 y 100 mg/dL
COLESTEROL TOTAL	
Colesterol total	149 mg/dL Valor referencia : Entre 150 y 200 mg/dL
TRIGLICÉRIDOS	
Triglicéridos	112 mg/dL Valor referencia : Entre 60 y 150 mg/dL
PARCIAL DE ORINA	
Color	AMARILLO
Aspecto	LIGERAMENTE TURBIA
Ph	6 Valor referencia : Entre 7 y 7
Densidad específica	1010
Nitritos	(-)
Proteinas	(-)
Sangre	(-)
Glucosa	(-)
Cetonas	(-)
Urobilinógeno	(-)
Bilirrubinas	(-)
Leucocitos:	OCASIONALES
Células	EPITELIALES 0-2XC
Hematíes	(-)
Moco	+
Bacterias	ESCASAS
Cristales	(-)
Cilindros	(-)
Otros	(-)

NAYILENE HERNANDEZ

Registro 000308/95 Cédula 63347854

Imprime : NAYILENE HERNANDEZ HERNANDEZ

Impresión: 3/02/2023 3:07:34 p. m. DESKTOP-QFRET29

Resultados de laboratorio

LABORATORIO CLINICO NAYILENE HERNANDEZ H. NIT: 63347854-2

Dirección: CRA 9 # 14 - 46 BARBOSA SAN SANTANDER Tel: 3166163357

Nombres: **VEINTICINCO DANIEL JAVIER CHINOME BOTERO**

Número Id 91016393 Años 45 Tel: 3156724109 Empresa: PARTICULARES

Servicio: Consulta externa IPS de referencia:

Obs:

Orden: 13680 Suborden: 13465 Dx principal: Z000 Dx Sec Ingreso: 06/02/23 11:32 Cierre: 06/02/23 15:26

VEINTICINCO DANIEL JAVIER CHINOME BOTERO

GLICEMIA

Glucosa	74 mg/dL	Valor referencia : Entre 70 y 105 mg/dL



NAYILENE HERNANDEZ

Registro 000308/95 Cédula 63347854

Imprime : NAYILENE HERNANDEZ HERNANDEZ

Impresión: 6/02/2023 3:26:24 p. m. DESKTOP-QFRET29

AMBIENTSALUD SAS

Resolución de Licencia SST 07542 del 22 de abril de 2022

NIT. 901379431-7

Calle 9 No. 8-25, Piso 1 - Cel. 3203173766 - 3118596855

E-mail. ambientsalud@gmail.com; citasambientsalud@gmail.com

www.ambientsalud.com



PSICOLOGÍA OCUPACIONAL

Datos Personales

N° Atención: 1,132

Ciudad: BARBOSA (SANTANDER, COLOMBIA) 03/02/2023 - 04:02 P. M. **Fecha Atención:** 03/02/2023 04:02:57p. m.

CC: 91016393 **Nombres y Apellidos:** VEINTICINCO DANIELJAVIER CHINOMI **Fecha de Nacimiento:** 14/08/1977 **Edad:** 45 AÑOS 5 MESES 20 DÍA

Genero: MASCULINO **Estado Civil:** SOLTERO(A) **Dirección:** CRA 4 NO. 14-18 **Teléfono:** **Celular:** 3156724109

Entidad: PARTICULARES **Profesión o Cargo:** INSTRUCTOR

Funciones del Cargo: OPERATIVAS **Nivel Académico:** UNIVERSITARIO **Acudiente:** NO APLICA

Teléfono del Acudiente: NO APLICA **Parentesco:** NO APLICA

Diagnóstico:

PRUEBAS APLICADAS • Test . bajo la lluvia

• Test de la figura humana• Test de personalidad y coeficiente intelectual• Test De sustancias psicoactivas

. Tes de wartegg

Se presenta a la evaluación con puntualidad. Su apariencia es cuidada y viste de sport. No presenta trastornos perceptivos, de juicio, pensamiento, Memoria ni atención. Su actitud hacia la evaluación es positiva,

Observacion de Conductas:

Presentacion: Adecuado

Postura: Erguida

Discurso: 3.1 Ritmo (Fluido) 3.2 Tono (Moderado) 3.3 Articulacion (Sin Dificultad)

Orientacion: 4.1 Tiempo (Orietado) 4.2 Esapcio (Orientado) 4.3 Persona (Orientado)

ANALIS PRUEBA PROYECTIVA Y ANALISIS CULITATIVO

Lucido, Atento: Participativo - Atento

Pensamiento: Fluido - Coherente

Percepcion: Centrada - Sin Alteracion

Memoria: Corto Plazo (Funcional), Mediano Plazo (Funcional), Largo Plazo (Funcional), acata normas, se le facilita el trabajo en equipo ,

ANALISIS CUALITATIVOEl evaluado no presenta errores en la prueba lo cual demuestra que no existen signos de lesión cerebral y disfunción cerebral.

De Inteligencia: Normal Brillante

Apetito: Funcional - Sin Alteracion

Sueño: Funcional - Sin Alteracion

Personalidad: Adaptable - Funcional

Afectividad: Funcional - Sin Alteracion

ANÁLISIS DE SUSTANCIAS

Al momento del test de la personalidad el candidato no tiene problemas con el alcohol y dependencias a los alucinógenos

concepto final

ANÁLISIS DE ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

ESPACIOS CONFINADOS: Presenta un nivel de ANSIEDAD LIGERA y un nivel de RESTRICCION DE MOVIMIENTOS LIGERA en la evaluación psicológica sobre fobias para trabajos en espacio confinado.

TRABAJOS EN ALTURA: Presenta un nivel de ANSIEDAD LIGERA y un nivel de EVITACION LIGERA en la evaluación psicológica sobre fobias para trabajos en altura.

CONCLUSIÓN: APTO PARA LA ACTIVIDAD DE TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS Y EN TRABAJOS DE ALTURA. De acuerdo al cargo a desempeñar

RECOMENDACIONES. MEJORAR CONCENTRACION Y ATENCION

Apto: El postulante cumple con los requisitos exigidos para el cargo. Su pronóstico de adaptación al puesto y a la empresa es favorable

PSICÓLOGO



Firma:

Nombre: ALZA OLAVE LUZ DARY

R. M.: 149979

Código de Seguridad

I1222O40U1132

PACIENTE



Firma:

Nombre: VEINTICINCO DANIELJAVIER CHINOME BOTERO

CC: 91016393

AMBIENTSALUD S.A.S

AMBIENTSALUD SAS
Resolución de Licencia SST 07542 del 22 de abril de 2022
NIT. 901379431-7
Calle 9 No. 8-25, Piso 1 - Cel. 3203173766 - 3118596855
E-mail. ambientsalud@gmail.com; citasambientsalud@gmail.com
www.ambientsalud.com



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES — **Atención N°: 3677**

Fecha: 03/02/2023 **Ciudad:** BARBOSA (ANTIOQUIA, COLOMBIA)
Tipo Exámen: EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO **Eps:** NUEVA EPS
CC: 91016393 **Nombre:** VEINTICINCO DANIELJAVIER CHINOME BOTERO **Edad:** 45 AÑOS 5 MESES 20 DÍAS **Genero:** MASCULINO
Fecha Nacimiento: 14/08/1977 **Empresa:** PARTICULARES **Ocupacion:** INSTRUCTOR

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
NO REPORTA	NO REPORTA	NINGUNA	NO APLICA	0	0

ANTECEDENTES FAMILIARES

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
OTITIS	NO REFIERE	HIPOACUSIA SUBJETIVA	NO REFIERE
TRAUMA	NO REFIERE	ACÚFENOS	NO REFIERE
CIRUGÍA	NO REFIERE	OTROS	
INGESTA OTOTÓXICOS	NO REFIERE		

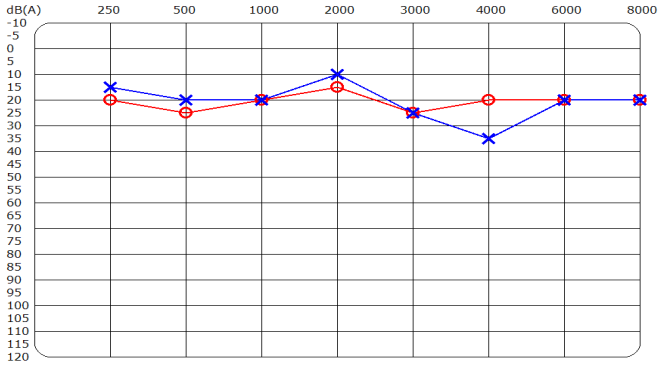
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	NO REFIERE
MOTO	NO REFIERE	AUDÍFONOS	NO REFIERE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas) : **Realizó re test:** NO **Uso Cabina Sonoamortiguada:** NO
Marca y Referencia audiometró utilizado: AMPLIVOX 170 **F. Ultima Calibración:** 2022-01-21

O : Vía aérea del OD
X : Vía aérea del OI
< : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI)
> : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)



OTOSCOPIA

Oído derecho: CAE MT NORMAL
Oído izquierdo: CAE MT NORMAL

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD	20	25	20	15	25	20	20	20
VAOI	15	20	20	10	25	35	20	20

SEVERIDAD - CAOHC

Oído derecho: Normal(0 - 25 dB) **Oído izquierdo:** Normal(0 - 25 dB)

Código	Nombre del Diagnóstico	Oido	Origen	Tipo
H932	OTRAS PERCEPCIONES AUDITIVAS ANORMALES	IZQUIERDO	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	

Observaciones

CONTROL ANUAL.

FONOAUDIÓLOGO

Firma:
Nombre: LOBO RAMOS LAURA STEFANY
R. M.: 03169 L.S.O.:

Código de Seguridad
H1222N2T3677

TRABAJADOR

Firma:
Nombre: VEINTICINCO DANIELJAVIER CHINOME BOTERO
CC 91016393

AMBIENTSALUD S.A.S

AMBIENTSALUD SAS

Resolución de Licencia SST 07542 del 22 de abril de 2022

NIT. 901379431-7

Calle 9 No. 8-25, Piso 1 - Cel. 3203173766 - 3118596855

E-mail. ambientsalud@gmail.com; citasambientsalud@gmail.com

www.ambientsalud.com



EXAMEN DE OPTOMETRÍA AMB

DATOS PERSONALES — **Atención Nº: 1,053**

Fecha: 03/02/2023 **Municipio:** BARBOSA (SANTANDER, COLOMBIA) **CC:** 91016393 **Nombre:** VEINTICINCO DANIELJAVIER CHINOME **Edad:** 45 AÑOS 5

Genero: MASCULINO **Profesión o Cargo:** INSTRUCTOR **Empresa:** PARTICULARES

Eps: NUEVA EPS **Tipo Evaluación Medica:** EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO **F. Último Examen:** 08/02/2018

Lugar del Último Examen: BARBOSA **Motivo Consulta:** CONTROL DE RUTINA

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	NO APLICA
TRAE RX	NO
USA ANTEOJOS	NO USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/ 20	0.5	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/ 20	0.5	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	20/ 20	0.5	N/A	NO APLICA	N/A	N/A

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: **NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

REFLEJOS

OBSERVACIÓN: **PRESENTES Y NORMALES**

COVER TEST

VISIÓN LEJANA: **NORMAL**

VISIÓN PROXIMA: **NORMAL**

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

OFTALMOSCOPÍA

OJO DERECHO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**

QUERATROMETRÍA

OJO IZQUIERDO: **K´ =**

OJO DERECHO: **K´ =**

REFRACCIÓN

OJO DERECHO

OJO IZQUIERDO

RX FINAL

OJO IZQUIERDO

OJO DERECHO

VISIÓN COLOR

OJO DERECHO: **NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

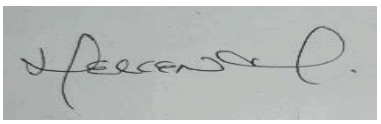
CONTROL EN UN AÑO

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

OPTOMETRA



Firma:

Nombre: MARTINEZ RODRIGUEZ SOR HERLEN

R. M.: 1360CTNPO **L.S.O.:**

Código de Seguridad

G1222M3S1053

PACIENTE



Firma:

Nombre: VEINTICINCO DANIELJAVIER CHINOME BOTERO

CC: 91016393

Hace constar:

Que el Sr(a) VEINTICINCO DANIEL JAVIER CHINOME BOTERO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 91016393 realizó el día 17/03/2023 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, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo VEINTICINCO DANIEL JAVIER CHINOME BOTERO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 91016393 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.

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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 VEINTICINCO DANIEL JAVIER CHINOME BOTERO, con Cédula Ciudadanía No. 91016393 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034, tiene un registro como Independiente desde el 08/02/2023 y fecha fin de contrato 09/10/2023 con riesgo 2 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301012214846.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Dada en Bogotá, a los 8 días del mes de febrero de 2023

Cordialmente

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

Impreso por Internet el 08/02/2023 09:21:56 a. m.
ISCDC: 08/02/2023 09:21:56 a. m.

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BARBOSA, **23/02/2023**
SANTANDER,
COLOMBIA,
SENA CGAO

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor VEINTICINCO DANIEL JAVIER CHINOME BOTERO** con **Cédula de Ciudadanía** número **91016393**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**048670004067**
Fecha de apertura	**24/11/2017**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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:
TUNJA	TUNJA	39	39-46-101007981	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
08	02	2023	08	02	2023	00:00	09	02	2024	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	CHINOME BOTERO VEINTICINCO DANIEL JAVIER	IDENTIFICACIÓN:	C.C. :91,016,393
DIRECCIÓN:	CARRERA 4 NRO 14-18	CIUDAD: BARBOSA - SANTANDER	TELÉFONO: 3156724109

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:	CENTRO DE GESTION AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE REGIONAL SANTANDER	IDENTIFICACIÓN:	NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN:	TRANSVERSAL 8 NRO. 8A-50	CIUDAD: VELEZ - SANTANDER	TELÉFONO: 7563502
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.4573459 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR, EJECUTAR YORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, QUE PROGRAME EL CENTRO DE FORMACIÓN ENPROGRAMAS DE FORMACIÓN TITULADA EN EL ÁREA DE SISTEMAS, DE ACUERDO CON LINEAMIENTOSINSTITUCIONALES Y NORMATIVIDAD VIGENTE

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	08/02/2023	09/02/2024	$ 3,040,000.00

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	$ 3,040,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
JEFERSSON LEANDRO TOVAR CUADRADO	220474	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 CRA. 10 NO. 21-33 ED. SAN FRANCISCO PLAZA OFC. 108 -202 - TELÉFONO: 7409487 - TUNJA

39-46-101007981
FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

FIRMA TOMADOR

USTED PUEDE CONSULTAR ESTAR PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

Oficina Principal: Calle 83 No 19-10 Bogotá D.C. Teléfono: 601-2186977, 601-6019330

1099202026

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

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. 39-46-101007981, 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 TUNJA, a los 8 días del mes de Febrero de 2023



FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: RECIBO DE PAGO N°: 39461010079810

FECHA	
CONTADO	
RECIBIMOS DE:	CHINOME BOTERO VEINTICINCO DANIEL JAVIER — C.C. C.C. :91,016,393
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 39-46-101007981

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
TUNJA - CU. ESTATAL - 101007981 - 0 - 0	$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00

FORMA DE PAGO

	EFECTIVO:	$ 33,320.00
	CHEQUE:	$ 0.00
	TARJETA:	$ 0.00
	BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO: JEFERSSON LEANDRO TOVAR CUADRADO - 220474	**OTROS:**	$ 0.00
	TOTAL:	$ 33,320.00
	CAJERO: RAPIESTADO	

ORIGINAL

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: RECIBO DE PAGO N°: 39461010079810

FECHA	
CONTADO	
RECIBIMOS DE:	CHINOME BOTERO VEINTICINCO DANIEL JAVIER — C.C. C.C. :91,016,393
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 39-46-101007981

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
TUNJA - CU. ESTATAL - 101007981 - 0 - 0	$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00

FORMA DE PAGO

	EFECTIVO:	$ 33,320.00
	CHEQUE:	$ 0.00
	TARJETA:	$ 0.00
	BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO: JEFERSSON LEANDRO TOVAR CUADRADO - 220474	**OTROS:**	$ 0.00
	TOTAL:	$ 33,320.00
	CAJERO: RAPIESTADO	

COPIA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.39-46-101007981

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

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

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