SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL META**
**CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **50** |
| **Código Centro** | **911710** |
| **Fecha Elaboración** | **Julio de 2023** |
| **Versión** | **ENERO 2023 - 1,23** |
| **ID de Proceso** | **47793-476336** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | YURY DANIEL CUBILLOS MAYORGA | **C.C.** | 81.740.098 | **IP/Nº de contacto** | 84174 |
| **Correo electrónico contratista:** | ycubillosm@sena.edu.co | | | | |

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

**Banco al cual consignar:** BANCOLOMBIA **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** 84415350120

**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:** 5182319/2023 **Nº Compromiso SIIF** **92523**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 15.600.000 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 15.600.000 | **1** | **Del** | **05/07/2023** | **Al** | **31/07/2023** | **$ 3.510.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 12.090.000 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

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

"Prestar servicios personales de carácter temporal para orientar acciones de formación en los programas ofertados por el Centro Agroindustrial del Meta de la Línea presupuestal Regular en los niveles Titulada,

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.510.000 | | 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** | **$ 3.510.000** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.058.075** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | Julio | Junio |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **7889441242** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.404.000 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 175.500 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 224.700 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL II | $ 14.700 | $ 0 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 877.500 | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466 | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466 | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.241.200 | $ - | |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Dependientes hasta $ 1.357.184 | $ 351.000 | |
| Salud hasta $ 678.592 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 2.792.123 | $ 686.025 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.058.075,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 3.109.800,00 | |
| Valor base IVA | 0,00 | |
| IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Reteica - 8299 | 12.439,00 | 0,400% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$3.497.561,00** | |

**SON: TRES MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS SESENTA Y UN PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ficha 2504243 Tecnico en producción Agropecuaria seguimiento etapa productiva
Ficha 2732702 Tecnico en Mayordomia de La empresa ganadera sostenible manejo y conservacion de forrajes
Ficha 2711104 Tecnico en producción Agropecuaria Manejar la producción de las especies pecuarias
Ficha 2558103 Tecnologo en gestion de Empresas Agropecuarias Obtener leche

**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.

**YURY DANIEL CUBILLOS MAYORGA**
**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,

**MONICA STELLA ROJAS HENAO**
**INSTRUCTOR**

**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**

**OLGA MATILDE AHUMADA SABOGAL**

**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 81740098 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | YURY DANIEL CUBILLOS MAYORGA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | VILLAVICENCIO | DEPARTAMENTO: | META |
| DIRECCIÓN: | DIAGONAL 6 SUR NUMERO 39-144 | TELÉFONO: | 6647525 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades de apoyo a la ganadería. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | **7889441242** | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | junio | AÑO 2023 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | junio | AÑO 2023 |
| DÍAS DE MORA: | | | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2023/07/18 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 53507749 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 202.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 202.700 | $ 0 | $ 202.700 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 202.700** | **$ 0** | **$ 202.700** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 158.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 158.400 | $ 0 | $ 0 | $ 158.400 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 158.400** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 158.400** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 13.300 | $ 13.300 | $ 0 | $ 0 | $ 13.300 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 13.300** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 13.300** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | CCF | | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 81740098 | CUBILLOS MAYORGA YURY DANIEL | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.560.000 | | | | NO | | | | | | | | 01-22 | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.266.667 | $ 202.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 202.700 | EPS005-SANITAS S.A. | 30 | $ 1.266.667 | $ 158.400 | $ 0 | $ 158.400 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.266.667 | 81740098 | $ 13.300 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 374.400** |

# Comprobante

Movimiento hecho en:

NEQUI

Número de referencia

**M2707168**

## Pago realizado

Pago en

**Soi Ach**

¿Cuánto?

**$ 374.400,00**

Fecha

**18 de julio de 2023 a las 01:18 p. m.**

¿Preguntas? Ve al menú Movimientos en la app Nequi y reporta un problema.

VIGILADO Superintendencia financiera de Colombia

**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA**

**MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA**

Agencia Pública DE EMPLEO

## Hace constar:

Que el Sr(a) YURY DANIEL CUBILLOS MAYORGA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 81740098 el día 17/07/2023 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

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

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

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

**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA**

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## Hace constar:

Que el Sr(a) YURY DANIEL CUBILLOS MAYORGA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 81740098 realizó el día 17/07/2023 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 YURY DANIEL CUBILLOS MAYORGA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 81740098 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.

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario 14892729432

(415)7707212489984(8020) 000001489272943 2

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 1 7 4 0 0 9 8 | 0 | Impuestos y Aduanas de Villavicencio 2 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 | 8 1 7 4 0 0 9 8 | 2 0 0 2 0 8 1 4 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Cundinamarca 2 5 | Fusagasugá 2 9 0 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CUBILLOS | MAYORGA | YURY | DANIEL |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Meta 5 0 | Villavicencio 0 0 1 |

41. Dirección principal: DG 6 SUR N 39 144 AP 3 IN 402

42. Correo electrónico: dacumazoo@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| 5 7 | 3 1 6 3 4 3 6 5 0 4 | 3 1 0 2 3 0 3 7 7 6 |

## 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 2 9 9 | 2 0 1 3 1 1 0 5 | 8 5 6 0 | 2 0 1 2 1 1 0 5 | 8 5 4 4 | | | | |

### 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 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

### Exportadores

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

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 02 - 01 / 12 : 07: 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 CUBILLOS MAYORGA YURY DANIEL
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

# HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL

ZONAMEDICA
ASEINCAP




**Paciente:** YURI DANIEL CUBILLOS MAYORGA **Identificación:** 81740098 Impreso: 14/08/2020 - 5:49:51 p. m.
**Fecha y Lugar:** 12/08/2020 VILLAVICENCIO - META 

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

**Sexo:** MASCULINO **Edad:** 36 **Fecha y Lugar de Nacimiento:** 24/06/1984 FUSAGASUGA
**Estado Civil:** CASADO(A) **Estrato:** **Escolaridad:** PROFESIONAL - COMPLETA
**EPS:** SANITAS S.A. **ARL:** SURA
**AFP:** PORVENIR S.A. **Profesión:**
**Dirección:** DIAGONAL 6 SUR N 39-144 AMARILO **Teléfono** **Móvil:** 3102303776

## INFORMACIÓN OCUPACIONAL ACTUAL

Cargo: DOCENTE - Descripción del Cargo: DOCENTE
Empresa:
Tipo de Examen: INGRESO - Antigüedad: 0 - Turno: Diurno
Materias Primas:
Equipos o Herramientas Utilizadas:
Usa elementos de protección personal: N - Control Fuente: N - Control Mediol: N - Tiempo de Exposición:
Acciones Realizadas: OTRA - Posiones: SENTADO - DE PIE - Elementos de Protección Personal: OTROS

| *Biológicos* | *Físicos* | *Químicos* | *Biomecánico* | *Psicosociale* | *Condiciones de Seguridad* | *Fenómenos Naturales* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| X Virus | X Ruido | Polvo | Trabajo Estático | Contenido de la Tarea | Mecánico | Sismo |
| Bacterias | X Iluminación | Fibras | Esfuerzo Físico | X Relaciones Humanas | Riesgo Eléctrico | Terremoto |
| Hongos | Vibración | Líquidos | Manejo de Cargas | Riesgo Contra Persona | Locativo | Vendaval |
| Rickettsias | Temperatura | Gases | Posturas Forzadas | Secretos del Producto | X Tecnológico | Inundación |
| Parásitos | Presión Atmosférica | Vapores | X Trabajo Sedente | Secretos del Proceso | Accidente de Tránsito | Derrumbe |
| Picaduras | Radiación Ionizante | Humo | X Movimientos | Gestión Administrativa | Público | Precipitaciones |
| Mordeduras | Radiación No Ionizante | Material Particulado | | Organización del | Trabajo en Alturas | |
| Fluidos o Excrementos | | | | | Trabajo en Espacios Confinados | |

## ANTECEDENTES OCUPACIONALES

| Empresa | Cargo | Tiempo de Exposición | Riesgos | Biológico | Físico | Químico | Biomecánico | Psicosocial | Seguridad | F.Naturales |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| USTA | DOCENTE | 12 MESES | | - | X | - | X | X | - | - |
| SENA | DOCENTE | 96 MESES | | - | X | - | X | X | - | - |

## ANTECEDENTES FAMILIARES

| Tipo | Refiere | Observaciones |
|---|---|---|
| 1. HTA | N | |
| 2. INFARTO | N | |
| 3. ACV | N | |
| 4. ALERGIAS | N | |
| 5. ULCERA PÉPTICA | N | |
| 6. DIABETES | N | |
| 7. ASMA | N | |
| 8. T B C | N | |
| 9. ARTRITIS | N | |
| 10. ENFERMEDAD MENTAL | N | |
| 11. CANCER | N | |
| 12. OTROS | N | |

## ANTECEDENTES PERSONALES

| Tipo | Refiere | Observaciones |
|---|---|---|
| 1. PATOLÓGICOS | N | |
| 2. HOSPITALARIOS | N | |
| 3. QUIRÚRGICOS | N | |
| 4. TRAUMÁTICOS | N | |
| 5. ALÉRGICOS | N | |
| 6. TÓXICOALÉRGICOS | N | |
| 7. FARMACOLÓGICOS | N | |
| 8. PSIQUIÁTRICOS | N | |
| 9. INMUNOLÓGICOS | N | |
| 10. NUTRICIONALES | N | |
| 10. OTROS. | N | |

## RESUMEN DE ANTECEDENTES

| | | | |
|---|---|---|---|
| PERSONALES | 3. QUIRÚRGICOS | LAPARORTOMIA, COLECISTECTOMIA, APENDICECTOMIA | 3/02/2020 |

## ANTECEDENTES GINECO - OBSTETRICOS

USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE



Escaneado con CamScanner

Menarca: 0 - Ciclo: - Gravida: 0 - Partos: 0 - Cesáreas 0 - Abortos: 0 - Mortinatos: 0 - Ectópicos: 0 - FUM: 0 - FUP: 0 Dismenorrea:N - Última Citología: - Resultado últoma citología: - Transtornos del Ciclo: - Planificación: NO APLICA

## HÁBITOS

Tipo de Fumador: No Fumador - Años de Suspensión del hábito: 0 - Años de Fumador: 0 - Número de Cigarrillos al día 0
Tipo de Bebedor: No Bebe - Años de hábito: 0 - Frecuencia de Consumo: N/A - Tipo de Licor: NO - ¿Ha tenido problemas con la bebida?: N - ¿Cuál Problema?: NO - Años de suspensión: 0
¿Toma algún medicamente regularmente?: N - ¿Cuál?: NO
Deporte: Si - ATLETISMO - Frecuencia: N/A
Psicotrópicos: No - NO

-

-

## ACCIDENTE LABORAL

| Fecha: | Empresa: | Causa: | Lesión: | Parte Afectada: | Incapacidad: | Secuelas: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| X | NIEGA | X | X | X | X | X |

## ENFERMEDAD LABORAL

| Fecha: | Enfermedad: | Estado Actual: |
|---|---|---|
| X | NIEGA | X |

## REVISIÓN POR SISTEMAS

| Tipo | Refiere | Observaciones |
|---|---|---|
| 1. CABEZA | N | |
| 2. OJOS | N | |
| 3. OIDOS | N | |
| 4. NARIZ | N | |
| 5. BOCA | N | |
| 6. FARINGE | N | |
| 7. CUELLO | N | |
| 8.TORAX | N | |
| 9. CARDIOPULMONAR | N | |
| 10. ABDOMEN | N | |
| 11. GENITOURINARIO | N | |
| 12. EXTREMIDADES SUPERIORES | N | |
| 13. EXTREMIDADES INFERIORES | N | |
| 14. COLUMNA | N | |
| 15. NEUROLOGICO | N | |
| 16. PIEL Y UÑAS | N | |
| 17. OTROS | N | |

## ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE ASINTOMATICO ASISTE A VALORACION MEDICA OCUPACIONAL, NIEGA TOS, NIEGA FIEBRE, NIEGA DIFICULTAD PARA RESPIRAR, NIEGA CONTACTO ESTRECHO CON PACIENTES CON SOSPECHA O COVID-19, NIEGA VIAJES EN LOS ULTIMOS 14 DIAS

## EXAMEN FÍSICO

Talla: 178 cm | Peso: 82 KG | IMC: 26 - - Sobrepeso | Temperatura: 37 °C | Tensión Arterial: 119/71 | Frecuencia Cardiaca: 75
Frecuencia Respiratoria: 18 | Biotipo: N/A | Lateralidad: Derecha
Estado General: Bueno

CABEZA/CRÁNEO: NORMAL - OROFARINGE: Amígdalas: NORMAL - Faringe NORMAL
CAVIDAD ORAL: Dientes: NORMAL - Encias: NORMAL - Labios: NORMAL - Mucosa Bucal: NORMAL - Lengua: NORMAL - Paladar: NORMAL
OJOS: Conjuntivas: NORMAL - Córnea: NORMAL - Fondo de Ojos: NO EXAMINADO - Párpados: NORMAL
AGUDEZA VISUAL: LEJANA: Sin Lentes: O.D. 20/0 - O.I. 20/0 - A.O. 20/0 - Con Lentes: O.D. 20/0 - O.I. 20/0 - A.O. 20/0
AGUDEZA VISUAL: CERCANA: Sin Lentes: O.D. 20/0 - O.I. 20/0 - A.O. 20/0 - Con Lentes: O.D. 20/0 - O.I. 20/0 - A.O. 20/0
OÍDOS: inspección Externa: NORMAL - Otoscopia: NORMAL
NARIZ: Inspección Externa: NORMAL - Rinoscopia: NO EXAMINADO
CUELLO: inspección: NORMAL - Palpación: NORMAL
TORAX: inspección: NORMAL - Ventilación Pulmonar: NORMAL - Conformación: NORMAL - Mamas: NO EXAMINADO - Ruidos Cardíacos: NORMAL
ABDOMEN: Exploración: NORMAL - Palpación: NORMAL - Inspección: NORMAL
OSTEOMUSCULAR: Inspección de Columna: NORMAL - Palpación Columna: NORMAL - Miembros Superiores: NORMAL - Miembros Inferiores: NORMAL
Columna Vista Lateral: Normal - Columna Vista Posterior: Alineada - Flexibilidad Wells: IV - Lasegue: Negativo.- Compresión Radicular: Negativo
Extremidades Superiores: Tinel: Negativo - Phanel: Negativo - Finkelstein: Negativo
GENITOURINARIO: Genitales: NO EXAMINADO - Región Inguinal: NORMAL
OTROS: Equilibrio: NORMAL - Pares Craneanos: NORMAL - Marcha: NORMAL - Piel y Faneras: NORMAL - Reflejos Tendinosos: NORMAL - Sensibilidad: NORMAL - Conciencia: NORMAL
OTROS HALLAZGOS EN EL EXAMEN FÍSICO: NINGUNA

## EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

| Examen | Concepto Especialidad | Consideraciones Médicas | Diagnóstico | Recomendaciones |
|---|---|---|---|---|
| AUDIOMETRIA | | | AUDICION N ORMAL BILATERQAL , LARSEN NORMAL BILATERAL | 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO |
| OPTOMETRIA | | | MIOPIA "CORREGIDA" | REQUIERE USO DE CORRECCIÓN VISUAL PARA DESEMPEÑAR LABOR DE FORMA PERMANENTE - SE EDUCA AUTOCUIDADO Y SE RECOMIENDA PROTECCIÓN UV |

| | | |
|---|---|---|
| MEDICINA | SOBREPESO, MIOPIA CORREGIDA | USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO DE PRESCRIPCION OPTICA PARA VISION LEJANA |

## Impresión Diagnóstica - CIE10

| Código: | Diagnóstico: | Posible Origen de la Enfermedad: | Observaciones: |
|---|---|---|---|
| Z011 | EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION | No Definido | Ingresado en Audiometria |
| H521 | MIOPIA | No Definido | Ingresado en Optometria |
| R635 | AUMENTO ANORMAL DE PESO | General | |
| Z021 | EXAMEN PREEMPLEO | No Definido | |

Observaciones de la Impresión diagnóstica:: SOBREPESO, MIOPIA CORREGIDA

## CONCEPTO DE APTITUD

SIN RESTRICCION PARA EL CARGO

Notas: A LA ANAMNESIS Y EXAMEN FISICO EL ASPIRANTE NO PRESENTA SINTOMAS RESPIRATORIOS, NI HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS CON SINTOMAS RESPIRATORIOS. DE ACUERDO A LA CIRCULAR 001 DE ABRIL DE 2020, DECRETO 666 DE 2020 Y LA CIRCULAR 030 DEL 8 DE MAYO DE 2020 EMITIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD, EL EVALUADO NO PRESENTA NINGUNA CO-MORBILIDAD NI EDAD DE RIESGO QUE LE OBLIGUE REALIZAR TELETRABAJO CON LA PANDEMIA ACTUAL. SE RECOMIENDA DIETA HIPOCALORICA, ACTIVIDAD FISICA DIARIA, USO DE TAPABOCAS, LAVADO DE MANO FRECUENTE, CONSERVAR DISTANCIAMIENTO MAYOR A 1.5 METROS

## RESTRICCIONES

| Tipo de Restricción: | Condiciones, Factores, Agentes Asociados: | Permanente: |
|---|---|---|
| NO | | |

## REMISION A ESPECIALISTAS

| Remisión: | Observaciones: |
|---|---|
| NO | |

## INGRESAR AL SISTEMA DE VIGILANCIA O AL PROGRAMA DE PREVENCION Y PROMOCION

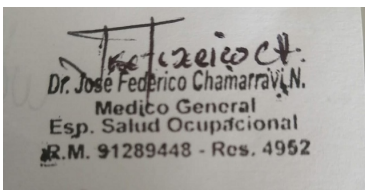
| Vigilancia: | Observaciones: |
|---|---|
| NO | |

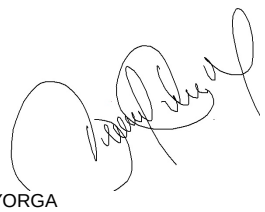
## RECOMENDACIONES PARA EL CARGO

## OBSERVACIONES

'En la fecha, yo, mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna í-ndole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clí-nicos y paraclí-nicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a la IPS para realizarme los exámenes clí-nicos y paraclí-nicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales y a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el Informe de Condiciones de Salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a la IPS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos. Las respuestas dadas por mi están completas y son verí-dicas. Firmo para constancia.

Nota: Dando cumplimiento a las disposiciones legales , Ley 1581 de 2012 (protección de datos personales), Ley 1266 de 2008 (Habeas Data) y Ley 1273 de 2009 (Protección de la Información y de los datos), declaro en mi calidad de usuario de la IPS , que he sido informado y conozco de manera clara y expresa la finalidad con que se recopilan mis datos y autorizo expresamente a que la presente entidad conozca, actualice , corrija o suprima la información entregada, por lo que los datos recopilados serán tratados de manera confidencial y exclusivamente para los propósitos relacionados con los trámites y servicios que presta la entidad'





FEDERICO CHAMARRAVI RM 4052/2017 — Profesional

YURI DANIEL CUBILLOS MAYORGA 81740098 — Firma y cédula del Paciente

# Certificado
## Bancario

Viernes, 16 de junio de 2023

Señor(a)
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que YURY DANIEL CUBILLOS MAYORGA identificado(a) con CC 81740098, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | 84415350120 | 2013/11/01 | 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

**FORMATO**
**ACTA DE INICIO**

| | |
|---|---|
| **CONTRATO No:** | CO1.PCCNTR.5182319 de 2023 |
| **TIPO DE CONTRATO:** | Contrato de Prestación de Servicios |
| **OBJETO:** | Prestar servicios personales de carácter temporal para orientar acciones de formación en los programas ofertados por el Centro Agroindustrial del Meta de la Línea presupuestal Regular en los niveles Titulada, complementaria y/o Virtual de acuerdo a su perfil profesional y diseño curricular en ejecución. |
| **VALOR:** | $15,600,000 |
| **CONTRATISTA:** | Yury Daniel Cubillos Mayorga |
| **NIT:CC** | 81740098 de Fusagasugá |
| **REPRESENTANTE LEGAL:** | Olga Matilde Ahumada Sabogal – Subdirectora (e) |
| **SUPERVISOR DESIGNADO:** | Mónica Stella Rojas Henao |
| **PLAZO:** | 120 días |
| **LUGAR DE EJECUCIÓN:** | Centro Agroindustrial del Meta - CAM |

En la ciudad de Villavicencio a los cinco (5) días del mes de julio de 2023, entre los suscritos Mónica Stella Rojas Henao, identificada con documento de identificación No. 40215040 de Villavicencio, en calidad de Supervisora del Contrato, porel SENA, y por la otra parte Yury Daniel Cubillos Mayorga, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 81740098 de Fusagasugá, en calidad de Contratista, han convenido suscribir el acta de inicio del contrato No. CO1.PCCNTR.5182319 de 2023, bajo los términos que anteceden y los siguientes:

**Número y fecha del registro presupuestal:** 92523 del 4/07/2023

**Fecha de aprobación de las garantías:** 5/07/2023

**Fecha de inicio:** 5/07/2023

**Fecha de Terminación:** 3/11/2023

Mónica Stella Rojas Henao
Supervisora del Contrato

Yury Daniel Cubillos Mayorga
Contratista

## Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto Comprobante

Usuario Solicitante: MHmleguizh MYRIAM LEGUIZAMON HERNANDEZ

Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: 36-02-00-050-911710 CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META

Fecha y Hora Sistema: 2023-07-04-2:43 p. m.

### REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

**Con base en el CDP No: 1323 de fecha 2023-01-13. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Número:** | 92523 | **Fecha Registro:** | 2023-07-04 | **Unidad / Subunidad Ejecutora:** | | 36-02-00-050-911710 CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META | | | |
| **Vigencia Presupuestal** | Actual | **Estado:** | Generado | | | **Tipo de Moneda:** | COP-Pesos | **Tasa de Cambio:** | 0,00 |
| **Valor Inicial:** | 15.600.000,00 | **Valor Total Operaciones:** | 0,00 | | | **Valor Actual:** | 15.600.000,00 | **Saldo x Obligar:** | 15.600.000,00 |

**TERCERO ORIGINAL**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación: Cédula de Ciudadanía** | 81740098 | **Razón Social:** | YURY DANIEL CUBILLOS MAYORGA | **Medio de Pago:** | Abono en cuenta |

**CUENTA BANCARIA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Número:** | 84415350120 | **Banco:** | BANCOLOMBIA S.A. | **Tipo:** | Ahorro | **Estado:** | Activa |

**ORDENADOR DEL GASTO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación:** | 51936016 | **Nombre:** | OLGA MATILDE AHUMADA SABOGAL | **Cargo:** | SUBDIRECTOR CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META |

| CAJA MENOR | | | | VIÁTICOS | | | | DOCUMENTO SOPORTE | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación:** | | **Fecha de Registro:** | | **Genera Viáticos:** | No | **Num. Solicitud de Comisión:** | | **Número:** | CO1.PCCNTR.5182319 | **Tipo:** | CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES | **Fecha:** | 2023-07-04 |

**ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO**

| DEPENDENCIA | POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO | FUENTE | RECURSO | SITUAC. | FECHA OPERACIÓN | VALOR INICIAL | VALOR OPERACIÓN | VALOR ACTUAL | SALDO X OBLIGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 911745 CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION | C-3603-1300-14-0-3603025-02 ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL DEL SENA NACIONAL | Nación | 10 | CSF | | 15.600.000,00 | 0,00 | | |
| | | | | | **Total:** | 15.600.000,00 | 0,00 | 15.600.000,00 | 15.600.000,00 |

| | |
|---|---|
| **Objeto:** | INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ORIENTAR ACCIONES DE FORMACIÓN EN LOS PROGRAMAS OFERTADOS POR EL CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META DE LA LÍNEA PRESUPUESTAL REGULAR EN LOS NIVELES TITULADA, COMPLEMENTARIA Y/O VIRTUAL DE ACUERDO A SU PERFIL PROFESIONAL Y DISEÑO CURRICULAR EN EJECUCIÓN. |

**PLAN DE PAGOS**

| DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC | | POSICION DEL CATALOGO DE PAC | | FECHA | VALOR A PAGAR | SALDO POR OBLIGAR | LINEA DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 36-02-00-050-911710 | CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META | 3-8 | CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF | 2023-07-31 | 3.640.000,00 | 3.640.000,00 | NINGUNO |
| 36-02-00-050-911710 | CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META | 3-8 | CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF | 2023-08-31 | 3.900.000,00 | 3.900.000,00 | NINGUNO |
| 36-02-00-050-911710 | CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META | 3-8 | CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF | 2023-09-30 | 3.900.000,00 | 3.900.000,00 | NINGUNO |
| 36-02-00-050-911710 | CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META | 3-8 | CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF | 2023-10-31 | 3.900.000,00 | 3.900.000,00 | NINGUNO |
| 36-02-00-050-911710 | CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META | 3-8 | CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF | 2023-11-30 | 260.000,00 | 260.000,00 | NINGUNO |

Rafael Antonio Galarza Mojica

Digitally signed by Rafael Antonio Galarza Mojica
Date: 2023.07.05 15:20:44 -05'00'

**RAFAEL ANTONIO GALARZA MOJICA**

**COORDINADOR GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO**

seguros mundial®
tu compañía siempre

NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA REGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

Digitally signed by COMPANIA MUNDIAL DE SEGUROS S A
Date: 2023.07.04 17:46:25 -05:00

**Código de Seguridad:** lqLyfR0xzldFIvTqbhgJlg==

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

**POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO**

**ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082**

**VERSIÓN CLAUSULADO 06-04-2021-1317-P-05-PPSUS2R000000059-D00I**

| No. PÓLIZA | CV-100033945 | No. ANEXO | 0 | No. CERTIFICADO | 24106796 | No. RIESGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO DE DOCUMENTO | | | | FECHA DE EXPEDICIÓN | 04/07/2023 | SUC. EXPEDIDORA | AG.VILLAVICENCIO |

| VIGENCIA DESDE | | VIGENCIA HASTA | | DÍAS | VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE | | VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 00:00 Horas Del | 04/07/2023 | 24:00 Horas Del | 04/03/2024 | | N/A | N/A | N/A | N/A |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **TOMADOR** | CUBILLOS MAYORGA, YURY DANIEL | **No. DOC. IDENTIDAD** | 81.740.098 |
| **DIRECCIÓN** | DIAGONAL 6 SUR # 39 - 144 ESTE | **TELÉFONO** | 3102303776 |
| **ASEGURADO** | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA | **No. DOC. IDENTIDAD** | 899.999.034-1 |
| **DIRECCIÓN** | CRA 48 #6-40 | **TELÉFONO** | 8676012 |
| **BENEFICIARIO** | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA | **No. DOC. IDENTIDAD** | 899.999.034-1 |
| **DIRECCIÓN** | CRA 48 #6-40 | **TELÉFONO** | 8676012 |

## OBJETO DE CONTRATO

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO No.CO1.PCCNTR.5182319 , CUYO OBJETO ES

PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ORIENTAR ACCIONES DE FORMACIÓN EN LOS PROGRAMAS OFERTADOS POR EL CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META DE LA LÍNEA PRESUPUESTAL REGULAR EN LOS NIVELES TITULADA, COMPLEMENTARIA Y/O VIRTUAL DE ACUERDO A SU PERFIL PROFESIONAL Y DISEÑO CURRICULAR EN EJECUCIÓN.

| NOMBRE DEL AMPARO | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEGURADA$ | VALOR PRIMA$ |
|---|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO | 00:00 Horas Del 04/07/2023 | 24:00 Horas Del 04/03/2024 | 1.560.000,00 | 20.000,00 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | TOTAL ASEGURADO | $ 1.560.000,00 | |

| INTERMEDIARIOS | TIPO | % PARTICIPACIÓN |
|---|---|---|
| SEGUROS FENIX LTDA | AGENCIAS | 100,00 |
| | | |

| DISTRIBUCIÓN COASEGURO | | | | |
|---|---|---|---|---|
| COMPAÑÍA | TIPO COASEGURO | PÓLIZA LÍDER | CERTIF. LÍDER | % PARTICIPACIÓN |
| | | | | |
| | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| **PRIMA BRUTA** | $ | 20.000,00 |
| **DESCUENTOS** | $ | |
| **EXTRA PRIMA** | | |
| **PRIMA NETA** | $ | 20.000,00 |
| **GASTOS EXP.** | $ | 5.000,00 |
| **IVA** | $ | 4.750,00 |
| **TOTAL A PAGAR** | $ | 29.750,00 |

| CONVENIO DE PAGO | DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 04/07/2023 |
|---|---|

## CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

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

CONSULTA LA AUTENTICIDAD DE ESTA POLIZA INGRESANDO A PRODUCTOS.MUNDIALSEGUROS.COM.CO, DIGITA EL NÚMERO DEL CERTIFICADO QUE ENCUENTRAS EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTE DOCUMENTO Y VIVE LA EXPERIENCIA DE ESTAR ASEGURADO CON EL RESPALDO DE SEGUROS MUNDIAL. TAMBIEN PUEDES LLAMAR A LA LINEA NACIONAL 01 8000 111 935 O LÍNEA EN BOGOTÁ 327 47 12 / 13.

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, **LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.**
EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARATULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTICIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASI COMO LAS GARANTÍAS, EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMARLA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.
ANGELA MUNAR - VICEPRESIDENTE DE PRODUCTO
C.C. 52.646.070

TOMADOR

Lineas de Atención al Cliente:
- Nacional: **01 8000 111 935**
- Bogotá: **327 4712 - 327 4713**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando reponsablemente.
Protege el medio ambiente evitando la impresión de este documento.

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

seguros mundial®

tu compañía siempre

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

## 1. RIESGOS AMPAROS

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

LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA SERÁN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA NO PODRÁ RECLAMAR O TOMAR EL VALOR DE UN AMPARO PARA CUBRIR O INDEMNIZAR EL VALOR DE OTROS. ESTOS NO SON ACUMULABLES Y SON EXCLUYENTES ENTRE SI, SEGÚN LAS DEFINICIONES Y ALCANCE QUE A CONTINUACIÓN SE ESTIPULAN:

### 1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA

LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUBRE LA SANCIÓN DERIVADA DEL INCUMPLIMIENTO DE LA OFERTA, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

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

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

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

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

### 1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

ESTE AMPARO CUBRE LOS PERJUICIOS SUFRIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL CON OCASIÓN DE:
**(I)** LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO;
**(II)** EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO; Y
**(III)** LA APROPIACIÓN INDEBIDA DE LOS RECURSOS RECIBIDOS EN CALIDAD DE ANTICIPO.

### 1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO

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



06/04/2021 -1317-P-05-PPSUS2R000000059-D00I
06/04/2021-1317-NT-P-05-NTPSUS2R00000060

## 1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO

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

## 1.5 AMPARO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES

ESTE AMPARO DEBE CUBRIR A LA ENTIDAD ESTATAL DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES DEL CONTRATISTA DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADO EN EL TERRITORIO NACIONAL PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO AMPARADO.

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

## 1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE OBRA.

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

## 1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO.

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

## 1.8 AMPARO DE CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES

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

## 1.9 RESPONSABILIDAD FISCAL

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

seguros mundial® tu compañía siempre



06/04/2021 -1317-P-05-PPSUS2R000000059-D00I
06/04/2021-1317-NT-P-05-NTPSUS2R00000060

## 2. EXCLUSIONES

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

**2.1** CAUSA EXTRAÑA, ESTO ES LA FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO, EL HECHO DE UN TERCERO O LA CULPA EXCLUSIVA DE LA VICTIMA).
**2.2** DAÑOS CAUSADOS POR EL CONTRATISTA A LOS BIENES DE LA ENTIDAD NO DESTINADOS AL CONTRATO.
**2.3** USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO AL QUE ESTE OBLIGADA LA ENTIDAD ESTATAL.
**2.4** EL DETERIORO NORMAL QUE SUFRAN LOS BIENES ENTREGADOS CON OCASIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, COMO CONSECUENCIA DEL TRANSCURSO DEL TIEMPO.

## 3. SUMA ASEGURADA

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

## 4. VIGENCIA

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

seguros mundial® tu compañía siempre



## 5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA

DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 1077 EN CONCORDANCIA CON EL ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DEBERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y ACREDITAR LA CUANTÍA DE LA PERDIDA PREVIO AGOTAMIENTO DEL DERECHO DE DEFENSA DEL CONTRATISTA Y DEL GARANTE, DE LA SIGUIENTE FORMA:

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

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

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

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

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

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

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

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



06/04/2021 -1317-P-05-PPSUS2R000000059-D00I
06/04/2021-1317-NT-P-05-NTPSUS2R00000060

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

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

## 7. COMPENSACIÓN

SI LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA AL MOMENTO DE TENER CONOCIMIENTO DEL INCUMPLIMIENTO, O CON POSTERIORIDAD A ESTE O DEL RESULTADO DE LA LIQUIDACIÓN, FUERE DEUDORA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO POR CUALQUIER CONCEPTO, SE APLICARA LA COMPENSACIÓN Y LA INDEMNIZACIÓN SE DISMINUIRÁ EN EL MONTO DE LAS ACREENCIAS, SEGÚN LA LEY, DE CONFORMIDAD CON LO SEÑALADO EN LOS ARTÍCULOS 1417 Y SS. DEL CÓDIGO CIVIL. IGUALMENTE DISMINUIRÁ EL VALOR DE LA INDEMNIZACIÓN, EL CORRESPONDIENTE A LOS BIENES QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA HAYA OBTENIDO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO JUDICIAL O EXTRAJUDICIALMENTE, EN EJERCICIO DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO CUYO CUMPLIMIENTO SE GARANTIZA POR LA PRESENTE PÓLIZA.

## 8. PAGO DEL SINIESTRO.

LA ASEGURADORA PAGARA EL VALOR DEL SINIESTRO, ASÍ:

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

**8.2** PARA EL CASO DEL NUMERAL 5.2, DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE HAGA LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, ACOMPAÑADA DE LA COPIA AUTENTICA DEL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EJECUTORIADO, JUNTO CON LA CONSTANCIA DE LA ENTIDAD ESTATAL DE LA NO EXISTENCIA DE SALDOS A FAVOR DEL CONTRATISTA RESPECTO DE LOS CUALES SE PUEDA APLICAR LA COMPENSACIÓN DE QUE TRATA LA CONDICIÓN SEXTA DE ESTE CLAUSULADO, O EN LA QUE CONSTE LA DISMINUCIÓN EN EL VALOR A INDEMNIZAR EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN.



06/04/2021 -1317-P-05-PPSUS2R000000059-D00I
06/04/2021-1317-NT-P-05-NTPSUS2R00000060

**8.3** PARA EL CASO PRESENTADO EN EL NUMERAL 5.3, DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE CON TAL FIN HAGA LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, ACOMPAÑADA DE UNA COPIA AUTENTICA DEL ACTO ADMINISTRATIVO QUE CONSTITUYA LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO, JUNTO CON LA CONSTANCIA DE LA ENTIDAD ESTATAL DE LA NO EXISTENCIA DE SALDOS AL FAVOR DEL CONTRATISTA RESPECTO DE LOS CUALES SE PUEDA APLICAR LA COMPENSACIÓN DE QUE TRATA LA CONDICIÓN SEXTA DE ESTE CLAUSULADO O EN LA QUE CONSTE LA DISMINUCIÓN EN EL VALOR A INDEMNIZAR EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN.

**PARÁGRAFO.** – DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1110 DEL CÓDIGO DE COMERCIO LA ASEGURADORA PODRÁ OPTAR POR CUMPLIR SU PRESTACIÓN MEDIANTE EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, O CONTINUANDO CON LA EJECUCIÓN DE LA OBLIGACIÓN GARANTIZADA, PARA ESTE ÚLTIMO EVENTO SE REQUIERE LA ACEPTACIÓN DE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA.

LA DECLARATORIA DE CADUCIDAD NO IMPEDIRÁ QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA TOME POSESIÓN DE LA OBRA O CONTINÚE INMEDIATAMENTE LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRATADO, BIEN SEA A TRAVÉS DEL GARANTE O DE OTRO CONTRATISTA.

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

## 9. CERTIFICADOS DE MODIFICACIÓN

PARA LOS CASOS EN QUE LA SUMA ASEGURADA SEA AUMENTADA O DISMINUIDA Y PARA AQUELLOS EN LOS CUALES LAS ESTIPULACIONES DEL CONTRATO ORIGINAL SEAN MODIFICADAS, LA ASEGURADORA A SOLICITUD DEL CONTRATISTA GARANTIZADO EXPEDIRÁ UN CERTIFICADO O ANEXO DE MODIFICACIÓN DEL SEGURO, EN DONDE EXPRESE SU CONOCIMIENTO AL RESPECTO DE LAS MODIFICACIONES ACORDADAS ENTRE EL CONTRATISTA GARANTIZADO Y LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA.

## 10. SUBROGACIÓN

EN VIRTUD DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, DE ACUERDO CON EL ARTICULO 1096 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EN CONCORDANCIA CON EL ARTÍCULO 203 DEL DECRETO 663 DE 1993 ESTATUTO ORGÁNICO DEL SISTEMA FINANCIERO, LA ASEGURADORA SE SUBROGA HASTA CONCURRENCIA DE SU IMPORTE, EN TODOS LOS DERECHOS QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE TENGA CONTRA EL CONTRATISTA GARANTIZADO.

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

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



06/04/2021 -1317-P-05-PPSUS2R000000059-D00I
06/04/2021-1317-NT-P-05-NTPSUS2R00000060

## 12. NATURALEZA DEL SEGURO

LA GARANTÍA OTORGADA POR ESTA PÓLIZA O SUS CERTIFICADOS DE MODIFICACIÓN, NO ES SOLIDARIA, NI INCONDICIONAL Y SU EXIGENCIA ESTÁ SUPEDITADA A LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y SU CUANTIFICACIÓN.

## 13. NOTIFICACIONES Y RECURSOS

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

## 14. COEXISTENCIA DE SEGUROS

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

## 15. COASEGURO

EN CASO DE EXISTIR COASEGURO AL QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 1095 DE CÓDIGO DE COMERCIO, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN A QUE HAYA LUGAR SE DISTRIBUIRÁ ENTRE LOS ASEGURADORES EN PROPORCIÓN DE LAS CUANTÍAS DE SUS RESPECTIVOS SEGUROS, SIN QUE EXISTA SOLIDARIDAD ENTRE LAS ASEGURADORAS PARTICIPANTES, Y SIN EXCEDER DE LA SUMA ASEGURADA BAJO EL CONTRATO DE SEGURO.

## 16. PRESCRIPCIÓN

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

## 17. DOMICILIO

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

| | |
|---|---|
| **COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.** | **EL TOMADOR/ASEGURADO** |

seguros mundial® tu compañía siempre



06/04/2021 -1317-P-05-PPSUS2R000000059-D00I
06/04/2021-1317-NT-P-05-NTPSUS2R00000060

seguros mundial®
tu compañía siempre
NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA RÉGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

# COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

Afiliados
CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA
PASA APF
Asociación Panamericana de Fianzas
Panamerican Surety Association

## LA COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A

## CERTIFICA:

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza **CV-100033945** y endoso, **0** cuyo afianzado es: **CUBILLOS MAYORGA, YURY DANIEL** Asegurado o Beneficiario: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA / SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA** , expedida por la Compañía en **04/07/2023,** no expirará por falta de pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o por revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

**AG.VILLAVICENCIO** a los **04** días del mes **JULIO** del año **2023.**

Firma Autorizada - Compañia Mundial de Seguros S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
Protege el Medio Ambiente evitando la impresión de este documento.

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

seguros mundial®

**Mundial de Seguros S.A.**
**860.037.013-6**

# Recibo de Pago

## - CLIENTE-

| Referencia de Pago No. | 24106796 |
|---|---|

| | |
|---|---|
| **Fecha de Facturación** | 04/07/2023 |
| POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082 | |
| **Póliza No.** | CV–100033945 |
| **Periodo Facturado** | 04/07/2023 — 04/03/2024 |

| | |
|---|---|
| **Fecha Límite de Pago** | 03/08/2023 |
| **Prima** (incluye gastos de expedición) | 25.000,00 |
| **IVA** | 4.750,00 |
| **VALOR TOTAL A PAGAR $** | 29.750,00 |

**EFECTIVO** $

### Datos del Cliente

| | |
|---|---|
| **Nombre / Razón Social** | CUBILLOS MAYORGA, YURY DANIEL |
| DIAGONAL 6 SUR # 39 – 144 ESTE | 81740098 |
| **Intermediario** | SEGUROS FENIX LTDA |

### Cheque

| Banco | No Cuenta | No Cheque | Valor Cheque |
|---|---|---|---|
| | | | |
| TOTAL | | | |

**Apreciado Cliente:**

**1.** No se aceptan pagos parciales.
**2.** Al realizar su pago de forma presencial (ante el cajero del banco) **UNICAMENTE** presente esta boleta de recaudo para garantizar la correcta referenciación del pago.
**3.** Si esta boleta no ha sido recaudada efectivamente el **03/08/2023** se aplicará la clausula de terminación automática especifiada en el condicionado de la póliza y en la carátula de esta (artículo1068 código de comercio)
**4.** Si realiza su pago en cheque o de forma mixta (efectivo y cheque), solamente gire cheque local a nombre de **PATRIMONIOS AUTÓNOMOS CREDICORP CAPITAL FIDUCIARIA Nit 900531292-7,** al respaldo endóselo correctame y diligencie los datos del girador (nombre, NIT, teléfono) y el número de referencia de esta boleta. En caso de devolución del cheque se cobrará sanción del 20% de acuerdo con lo establecido en el artículo 731 del código de comercio. **NO SE ACEPTAN CHEQUES DE OTRAS PLAZAS.**
**5.** Para realizar el pago a través del botón PSE, ingrese a nuestra página web **www.segurosmundial.com.co** en la imagen de PSE haga clic y continúe el proceso de pago.

**ESPACIO PARA EL TIMBRE**

**VÁLIDO COMO RECIBO DE PAGO**

## - BANCO -

| Referencia de Pago No. | 24106796 |
|---|---|

| | |
|---|---|
| **Fecha de Facturación** | 04/07/2023 |
| POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082 | |
| **Póliza No.** | CV–100033945 |
| **Periodo Facturado** | 04/07/2023 — 04/03/2024 |

| | |
|---|---|
| **Fecha Límite de Pago** | 03/08/2023 |
| **Prima** (incluye gastos de expedición) | 25.000,00 |
| **IVA** | 4.750,00 |
| **VALOR TOTAL A PAGAR $** | 29.750,00 |

**EFECTIVO** $

### Datos del Cliente

| | |
|---|---|
| **Nombre / Razón Social** | CUBILLOS MAYORGA, YURY DANIEL |
| DIAGONAL 6 SUR # 39 – 144 ESTE | 81740098 |
| **Intermediario** | SEGUROS FENIX LTDA |

### Cheque

| Banco | No Cuenta | No Cheque | Valor Cheque |
|---|---|---|---|
| | | | |
| TOTAL | | | |

**Corresponsales**
**OPCIÓN1**

(415)7709998434219(8020)000000241067 96(3900)000000029750(96)20230803

**Bancos Corresponsales**
**OPCIÓN 2**

(415)7709998039933(8020)031594(8020)22990024106796(3900)000000029750(96)20230803

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

seguros mundial®

# Recibo de Pago

**Mundial de Seguros S.A.**
**860.037.013-6**

## INFORMACIÓN DE PAGO

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

### OPCIÓN 1

**CORRESPONSALES**

Carulla · grupo éxito · efecty · edeq · Bancolombia Corresponsal Bancario · Punto de pago Multibanco · Supermercado Mercar · 4-72

### OPCIÓN 2

**BANCOS**

Scotiabank · DAVIVIENDA · Banco de Bogotá · Bancolombia · Banco de Occidente

**CORRESPONSALES**

puntored Te damos más

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**Tu compañía siempre**

# Comprobante

Movimiento hecho en:

NEQUI

Número de referencia

**M5516525**

Pago realizado

Pago en

**Fap Mundial**

¿Cuánto?

**$ 29.750,00**

Fecha

**04 de julio de 2023 a las 06:51 p. m.**

¿Preguntas? Ve al menú Movimientos en la app Nequi y reporta un problema.

VIGILADO Superintendencia financiera de Colombia