SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL VALLE**
**CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **76** |
| **Código Centro** | **912410** |
| **Fecha Elaboración** | **Agosto de 2023** |
| **Versión** | **ENERO 2023 - 1,23** |
| **ID de Proceso** | **47185-424383** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

**Nombres y apellidos contratista:** MEY KWANG CHIA LONDOÑO
**Correo electrónico contratista:** mkchia@misena.edu.co
**C.C.** 29.683.024 **IP/Nº de contacto** 3002621815

**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** 0570016270167972

**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:** 5297117/2023 **Nº Compromiso SIIF** **251923**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 16.000.000 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 16.000.000 | **1** | **Del** | **16/08/2023** | **Al** | **31/08/2023** | **$ 2.000.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 14.000.000 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

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

INSTRUCTOR: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL ORIENTANDO FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL COMO INSTRUCTOR SENA A TRAVÉS DE ACCIONES REGULARES EN LAS MODALIDADES PRESENCIAL Y A DISTANCIA EN LOS DIFERENTES NIVELES DE FORMACIÓN DEL CAB.

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 2.000.000 | | 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** | **$ 2.000.000** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 1.242.900** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | Agosto | Julio |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **7886625725** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.160.000 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 145.000 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 185.600 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL II | $ 12.200 | $ 0 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 500.000 | $ - | |
| 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 | $ - | |
| Salud hasta $ 678.592 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 2.792.123 | $ 414.300 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 1.242.900,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 2.000.000,00 | |
| 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 - 8523 | 6.000,00 | 0,300% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Pro-UCEVA | 10.000,00 | 0,500% |
| 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** | **$1.984.000,00** | |

**SON: UN MILLÓN NOVECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ver informe mensual del mes de agosto
Se anexa pago de seguridad social del mes de julio con planilla No. 7886625725

**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.

**MEY KWANG CHIA LONDOÑO**
**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,

**HECTOR HERNAN LOPEZ MENDEZ**
**INSTRUCTOR G08**

**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**

**MAURICIO GOMEZ FAJARDO**

**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 29683024 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | MEY KWANG CHIA LONDONO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | PALMIRA | DEPARTAMENTO: | VALLE |
| DIRECCIÓN: | CALLE 43 B # 2-39 | TELÉFONO: | 6147758 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7886625725** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | julio | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | julio |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2023 | SALUD: | AÑO: | 2023 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2023/07/12 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 41725691 |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800224808 | 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 256.000 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 256.000** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 900156264 | EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 1 | $ 200.000 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 200.000** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860011153 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 8.400 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 8.400** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 464.400** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 464.400** |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 29683024 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | MEY KWANG CHIA LONDONO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | PALMIRA | DEPARTAMENTO: | VALLE |
| DIRECCIÓN: | CALLE 43 B # 2-39 | TELÉFONO: | 6147758 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | **7886625725** | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES julio AÑO | 2023 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES julio AÑO | 2023 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2023/07/12 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 41725691 |

**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 | $ 256.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.000 | $ 0 | $ 256.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 256.000** | **$ 0** | **$ 256.000** |

**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 |
| EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 200.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 200.000 | $ 0 | $ 0 | $ 200.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 200.000** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 200.000** |

**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 | $ 8.400 | $ 8.400 | $ 0 | $ 0 | $ 8.400 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 8.400** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 8.400** |

**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 | ADMIN | TOTAL APORTE | SENA | TOTAL APORTE | ICBF | TOTAL APORTE | ESAP | TOTAL APORTE | MINEDU | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 29683024 | CHIA LONDOÑO MEY KWANG | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.600.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.600.000 | $ 256.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 256.000 | EPS037-NUEVA EPS | 30 | $ 1.600.000 | $ 200.000 | $ 0 | $ 200.000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.600.000 | 29683024 | $ 8.400 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 464.400** |

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del**

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**MEY KWANG CHIA LONDOÑO,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **29.683.024**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 9 de Agosto del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MEY KWANG CHIA LONDOÑO identificado(a) con CC 29683024 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

| | |
|---|---|
| Fecha de Activación de | 31/01/2022 |
| Estado de la Afiliación: | ACTIVO |
| IPS: | U.T. NUEVA RED MEDICIPS PALMIRA - UBA MEDICIPS PALMIRA |
| Categoría: | A |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 9 días del mes de agosto del año 2023.

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

Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14892293012

(415)7707212489984(8020) 000001489229301 2

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

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

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Valle del Cauca 7 6 | Palmira 5 2 0 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CHIA | LONDOÑO | MEY | KWANG |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Valle del Cauca 7 6 | Palmira 5 2 0 |

41. Dirección principal: CR 26 45 21 AP 301

42. Correo electrónico: meykwangchia@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 0 0 2 6 2 1 8 1 5 | 0 |

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 5 5 1 | 2 0 2 2 0 2 0 1 | 8 5 2 3 | 2 0 2 2 0 2 0 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 2023 - 01 - 30 / 15 : 37: 01

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:

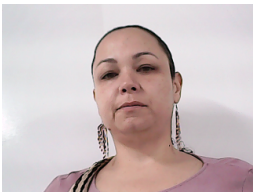
Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre CHIA LONDOÑO MEY KWANG
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

# CERTIFICADO MEDICO LABORAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

## Ingreso



**Fecha:** 12/Ago/2023, **Hora:** 07:24:29 a.m.
**Apellido:** Chia Londoño **Nombre:** Mey Kwang
**Tipo Doc:** CC **Nro Identidad:** 29683024
**Empresa:** Particular Cemesst Palmira
**Cargo:** Instructora
**Direccion:** Cra 26 #45-21 B/urbanizacion Versalles
**Telefono:** **Celular:** 3002621815 **Email:** **Estado Civil:** Casado
**Ciudad:** Valle - Palmira
**Peso:** 96 Kg **Estatura:** 172 Cm **IMC:** 32.4 **Escolaridad:** Universitario **Jornada Laboral:** Sin Definir
**EPS:** Nueva Eps **ARL:** No Refiere **AFP:** Porvenir
**Responsable:** - **Parentesco:** - **Telefono:**

**HC:** # 47473
**Edad:** 38 años
**Sexo:** Femenino ♀
**Nacim:** 09/Sep/1984
**Rh:** O+

EXAMENES

### Examenes Realizados

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Optometria | Parcial De Orina | Glicemia | Hemograma Tipo Iv | Valoracion Psicologica | Perfil Lipidico |
| Examen Medico Ocupacional De Ingreso | Anexo Cardiovascular | | | | |

### Concepto

Sin Restricción Para El Cargo.

### Recomendaciones

**S.V.E.** **Estilo de Vida Saludable**

| Medicas | Laborales |
|---|---|
| * Valoración Por Nutricionista Eps | * Higiene Postural<br>* Uso Adecuado De Epp |

Otras: Recomendaciones Generales
1. Paciente Quien Niega Sintomatología Respiratoria,
2. No Curso De Patologías Activas O Descompasadas Hoy Referidas
3. Se Recomienda 30 A 40 Minutos Diarios De Actividad Fisica Y Dieta Balanceada.

### Observaciones

Se Recomienda:
-autocuidado
- Prevención Y Reporte De Accidentalidad A Tiempo
-hacer Pausas Activas
-usar Epp Según Los Riesgos De La Actividad
- Paciente Al Examen Medico Ocupacional Sin Alteraciones Funcionales.
-12 Agosto -2023
Recomendaciones
-se Recomienda Valoracion Por Nutricion De Su Eps (alteraciones De Imc) .
-clasificación En El Sistema De Vigilancia Epidemiológica Del Riesgo Cardiovascular Con La Metodología Framingham . Se Calcula El Riesgo De Un Evento Cardiovascular Por Medio De Framingham .
Puntuación : 5 Riesgo Cardiovascular 2.8 % Riesgo Bajo

CEMESST
Centro Medico en Seguridad y Salud en el Trabajo

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 del 2007 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos y firma constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal encargado de la vigilancia de salud de su empresa

Los Hallazgos fueron consignados en historia clínica ocupacional que desarrolla los contenidos establecidos en la resolucion 2346 de 2007

Notas:

1) Archive este informe en las hojas de vida del trabajo en el área de recursos humanos

2) El contenido de la historia clínica ocupacional tiene carácter confidencial y su custodia esta regulada por la resolución 1918 del 05 de Junio de 2009 del cual transcriben a continuación algunos apartes:

"La custoria de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional estara a cargo del prestador de servicios de salud ocupacional que la genero en el curso de la atención, cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivo conforme a las normas legales vigentes para la historia clínica".

"En ningún caso los empleadores podrán tener, conservar o anexar copia de las evaluaciones médicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional a la hoja de vida del trabajador"

3) Este examen no reemplaza el realizado por Indumil para porte de armas




**Nestor Leonardo Portilla Quiroga**
Medico Sst
**Lic. de S.O #:** 1014 JUNIO-04-2020
**Registro #:** 76-3653 MAYO-12-2014

Mey Kwang Chia Londoño
CC 29683024



Huella
Digital

CENTRO MEDICO EN SEGURIDAD Y SALUD

# INFORME PSICOLÓGICO Y PSICOTÉCNICO

**DATOS GENERALES**

| | |
|---|---|
| Nombres y apellidos: | **MEY CHIA** |
| Cedula: | **29683024** |
| Edad: | 38 |
| Sexo: | Femenina |
| Fecha de evaluación: | 12-08- 2023 |
| Evaluador: | Cemesst |

**EXPERIENCIA LABORAL:**

EL candidato tiene experiencia laboral, indicando que lleva más de 1 año desempeñándose como instructora manifiesta que se siente a gusto con su trabajo y seguro de lo que hace. Sus aspiraciones son aprender constantemente y tener una mejor calidad de vida.

**ENTORNO FAMILIAR**:

Actualmente el candidato refiere que vive en casa en familiar y refiere que tiene buenas relaciones con su entorno familiar

**Antecedentes PSICOPATOLÓGICOS**
No refiere

**PRUEBAS APLICADAS:** Se realizó la aplicación de la prueba Wartegg (proyectiva), prueba Valanti (Valores),

**RESULTADOS PSICOLÓGICOS:**

Con respecto al Test Wartegg, se puede evidenciar que el candidato es una persona que tiene claras sus habilidades y capacidades, es una persona dinámica, resolutivo con buena calidad en relaciones interpersonales, se observa que es muy ordenado con sus ideas pero tiene capacidad para desenvolverse y adaptarse en los diferentes ambientes al seguir reglas y normas que se le establecen.

**Arrojando como resultados**

Se observa BUENA PRESENTACIÓN PERSONAL, NO SE IDENTIFICA ALTERACIONES EN SU CONDUCTA , NO REFIERE PENSAMIENTO E IDEACIÓN SUICIDA, NIEGA ALUCINACIONES AUDITIVAS Y VISUALES, NO PRESENTA ALTERACIONES EN EL PATRÓN DEL SUEÑO, PACIENTE UBICADA EN SUS TRES ESFERAS, DISCURSO COHERENTE Y ESTRUCTURADO, RESPONDE INTERVALO PREGUNTA RESPUESTA, AFECTÓ CONSERVADO BUENA PRESENTACIÓN PERSONAL,

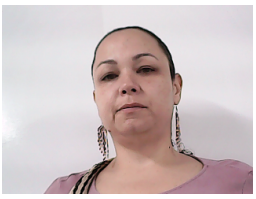
**CONCEPTO:**

Con respecto a los resultados de las pruebas y la entrevista, realizados, se considera que el candidato es apto para el cargo, debido a que cuenta con habilidades y destrezas la cuales le permiten tener un adecuado desempeño en la labor a ejercer, ganas de seguir aprendiendo, con fácil adaptación a las normas, puede trabajar sin dificultad bajo presión, tiene capacidad para relacionarse y según refiere Se evidencia compromiso y ganas de aprender constantemente.




Kelly Johanna Escobar g.
Psicóloga
TP: 253373

# Optometria



**Fecha:** 12/Ago/2023, **Hora:** 07:24:29 a.m. **HC:** # 47473
**Apellido:** Chia Londoño **Nombre:** Mey Kwang **Edad:** 38 años
**Tipo Doc:** CC **Nro Identidad:** 29683024 **Sexo:** Femenino ♀
**Direccion:** Cra 26 #45-21 B/urbanizacion Versalles
**Telefono:** **Celular:** 3002621815 **Email:** **Estado Civil:** Casado
**Ciudad:** Valle - Palmira
**Peso:** 96 Kg **Estatura:** 172 Cm **IMC:** 32.4 **Escolaridad:** Universitario **Jornada Laboral:** Sin Definir
**EPS:** Nueva Eps **ARL:** No Refiere **AFP:** Porvenir
**Responsable:** - **Parentesco:** - **Telefono:**

EXAMENES

Antiguedad en la Empresa Ingreso Antiguedad en el Cargo Ingreso

| Antecedentes | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Personales** | | **Familiares** | | **Laborales** | |
| Hipertension Arterial | No | Hipertension Arterial | No | | No |
| Diabetes | No | Diabetes | No | | No |
| Hipercolesterolemia | No | Glaucoma | No | | No |
| Glaucoma | No | Cataratas | No | | No |
| Migraña | No | Miopía | No | | No |
| Cataratas | No | Astigmatismo | No | | No |
| Cirugías Oculares | No | Hipermetropía | No | | No |
| Traumas Oculares | No | Cancer | No | | No |
| Cuerpos Extraños | No | | | | |
| Hipermetropía | No | | | | |
| Astigmatismo | No | | | | |
| Miopía | No | | | | |
| Presbicia | No | | | | |
| Otro? cual: | | | | | |

| Correccion | |
|---|---|
| Usa Lentes | Si |
| Cerca | No |
| De Contacto | No |
| Lejos | No |
| Bifocales / Progresivos | No |
| Presenta corrección óptica durante el examen | No |

| Evaluacion |
|---|

CEMESST
Centro Medico en Seguridad y Salud en el Trabajo

| Agudeza Visual | Visión próxima Sin corrección | Visión lejana Sin corrección | RX en Uso | A.V Con Correccion |
|---|---|---|---|---|
| O.D. | 0.50 | 20/20 PH: | | |
| O.I. | 0.50 | 20/20 PH: | | |
| A.O. | 0.50 | 20/20 | | |

Oftalmoscopia

Sin Alteracion

Queratometría

OD:

OI:

| Balance Muscular | O.D. Sin Alteracion | O.I. Sin Alteracion |
|---|---|---|

| Refraccion | AV | Rx Final | AV |
|---|---|---|---|
| O.D. | | O.D. | |
| O.I. | | O.I. | |
| ADD | | ADD | |

| Vision Cromatica | Normal , Sin Alteracion | Estereopsis | Normal , Sin Alteracion " /> |
|---|---|---|---|

| Examen Externo | | | |
|---|---|---|---|
| **Percepcion del Color** | | **Convergencia** | |
| Percepcion Anormal | No | Lejos | No |
| | | Cerca | No |

| OD | OI |
|---|---|
| Sin Alteracion | Sin Alteracion |

**Examen Motor**

Sin Alteración

Hirschberg: Centrado

| Interpretacion | Lejos | | Cerca | |
|---|---|---|---|---|
| | Derecho | Izquierdo | Derecho | Izquierdo |
| Agudeza Visual Normal | X | X | X | X |

**Patologia de Refraccion**

Adecuadamente Corregida

Inadecuadamente Corregida

No Corregida

| Interpretacion | Normal | Anormal |
|---|---|---|
| Vision de Profundidad | X | |

| | |
|---|---|
| Percepcion de Colores | X |
| Forias | X |
| Vision Periferica | X |

## Concepto

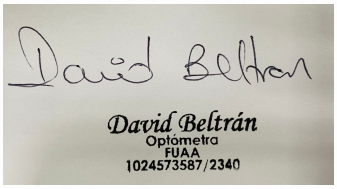
Cumple actualmente requerimiento ocupacional: Si No

## Recomendaciones

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Debe usar correccion para laborar | Si<br>No | Valoracion por Optometria | Si<br>No<br>X | Valoracion por Oftalmologia | Si<br>No<br>X | Se recomienda control de Visiometria | en 12 Meses |

**Conducta y Recomendaciones** Tiene Una Av Adecuada Para Su Desempeño En El Trabajo

**Diagnostico** Tiene Una Av Adecuada Para Su Desempeño En El Trabajo




**David Alexander Beltran Perez**
Optometra
**Registro #:** 1024573587

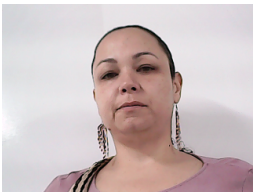
Mey Kwang Chia Londoño
CC 29683024



Huella Digital

CEMESST
Centro Medico en Seguridad y Salud en el Trabajo

# Resultados laboratorios



**Fecha:** 12/Ago/2023, **Hora:** 07:24:29 a.m.
**Apellido:** Chia Londoño **Nombre:** Mey Kwang
**Tipo Doc:** CC **Nro Identidad:** 29683024
**Empresa:** Particular Cemesst Palmira
**Cargo:** Instructora
**Direccion:** Cra 26 #45-21 B/urbanizacion Versalles
**Telefono:** **Celular:** 3002621815 **Email:** **Estado Civil:** Casado
**Ciudad:** Valle - Palmira
**Peso:** 96 Kg **Estatura:** 172 Cm **IMC:** 32.4 **Escolaridad:** Universitario **Jornada Laboral:** Sin Definir
**EPS:** Nueva Eps **ARL:** No Refiere **AFP:** Porvenir
**Responsable:** - **Parentesco:** - **Telefono:**

**HC:** # 47473
**Edad:** 38 años
**Sexo:** Femenino ♀
**Nacim:** 09/Sep/1984
**Rh:** O+

EXAMENES

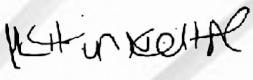
## Hemograma Tipo Iv

| EXAMEN | RESULTADO | VALORES DE REFERENCIA |
|---|---|---|
| **Hemograma Tipo IV** | | |
| **Eritrograma** | | |
| Eritrocitos | **4.04** /mm3 | 4000000 a 4800000 /mm3 |
| Hemoglobina | **8.5** gr/dl | 13.0 a 16.0 gr/dl |
| Hematocrito | **25.9** % | 40 a 48 % |
| Volumen Corpuscular Medio (VCM) | **62.6** um3 | 80 a 100 um3 |
| Hemoglobina Corpuscular Media (HCM) | **20.1** pg | 26.5 a 32.0 pg |
| Concentracion de Hemoglobina Corpuscular (CHCM) | **32.1** gr/dl | 32 a 36 gr/dl |
| Indice de distribucion eritrocitaria (RDW) | **23.6** % | 11.5 a 15.0 % |
| **Leucograma** | | |
| Recuento de Leucocitos | **5.2** /mm3 | 5000 a 10000 /mm3 |
| P.N. Neutrofilos | **57.7** % | 45 a 65 % |
| Linfocitos | **36.2** % | 30 a 40 % |
| Monocitos | **6.1** % | 3 a 8 % |
| **Recuento de Plaquetas** | | |
| Recuento de Plaquetas | **326** /mm3 | 150000 a 450000 /mm3 |
| Volumen plaquetario medio (MPV) | **8.0** umc | 6.5 a 11.0 umc |




**Danny Mauricio Saenz Rodriguez**
Bacteriologo
**Lic. de S.O #:** 1123325589
**Registro #:** 1123325589





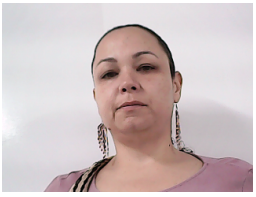
Mey Kwang Chia Londoño
CC 29683024



Huella Digital

CEMESST
Centro Medico en Seguridad y Salud en el Trabajo

# Resultados laboratorios



**Fecha:** 12/Ago/2023, **Hora:** 07:24:29 a.m.
**Apellido:** Chia Londoño **Nombre:** Mey Kwang **HC:** # 47473
**Tipo Doc:** CC **Nro Identidad:** 29683024 **Edad:** 38 años
**Empresa:** Particular Cemesst Palmira **Sexo:** Femenino ♀
**Cargo:** Instructora **Nacim:** 09/Sep/1984
**Direccion:** Cra 26 #45-21 B/urbanizacion Versalles **Rh:** O+
**Telefono:** **Celular:** 3002621815 **Email:** **Estado Civil:** Casado
**Ciudad:** Valle - Palmira
**Peso:** 96 Kg **Estatura:** 172 Cm **IMC:** 32.4 **Escolaridad:** Universitario **Jornada Laboral:** Sin Definir
**EPS:** Nueva Eps **ARL:** No Refiere **AFP:** Porvenir
**Responsable: - Parentesco: - Telefono:**

EXAMENES

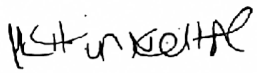
| EXAMEN | RESULTADO | VALORES DE REFERENCIA |
|---|---|---|
| **Parcial De Orina** | | |
| **Orina Parcial** | | |
| **Estudio Fisico-Quimico** | | |
| Color de Orina | **Amarilla** | |
| Aspecto | **Ligeramente Turbio** | |
| Ph | **6.0** | 5 a 8 |
| Densidad | **1.020** | 1005 a 1030 |
| Proteinas | **Negativa** | |
| Glucosa | **Negativa** | |
| Cetona | **Negativa** | |
| Bilirrubina | **Negativa** | |
| Urobilinogeno | **Normal** | |
| Sangre | **Negativa** | |
| Nitritos | **Negativa** | |
| **Examen Microscopico** | | |
| Leucocitos | **0-2 xc** | |
| Celulas Epiteliales | **0-3 xc** | |
| Bacterias | **Escasas** | |
| Hematies | **1-2 xc** | |
| Otros | | |
| Moco | **(+)** | |
| **Glicemia** | | |
| Glicemia Basal | **91.4** mg/dl | 70 a 110 mg/dl |
| **Perfil Lipidico** | | |
| **Colesterol Total** | **199.7** mg/dl | 0 a 200 mg/dl |
| **Colesterol H.D.L.** | **55.8** mg/dl | > 55 mg/dl |
| Alto riesgo menor de 35 mg/dl | | |
| **Colesterol L.D.L.** | **108.27999999999997** mg/dl | 0 a 160 mg/dl |
| Riesgo moderado menor de 150 mg/dl | | |
| Alto riesgo mayor a 150 mg/dl | | |

| | | |
|---|---|---|
| **Trigliceridos Serico** | **178.1** mg/dl | < 160 mg/dl |



**Danny Mauricio Saenz Rodriguez**
Bacteriologo
**Lic. de S.O #:** 1123325589
**Registro #:** 1123325589





Mey Kwang Chia Londoño
CC 29683024



Huella
Digital

## Hace constar:

Que el Sr(a) MEY KWANG CHIA LONDOÑO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 29683024 realizó el día 22/08/2023 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 MEY KWANG CHIA LONDOÑO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 29683024 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

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



Firma

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

# Hace constar:

Que el Sr(a) MEY KWANG CHIA LONDOÑO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 29683024 el día 22/08/2023 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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

## POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

## HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **MEY KWANG CHIA LONDOÑO** con **CC** No. **29683024**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

| Datos del Contratante | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| **Contratante:** NI 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA | **Fecha de última cobertura:** 14/08/2023<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 16/08/2023<br>**Fecha fin de Contrato:** 15/12/2023<br>**Clase de Riesgo:** 2<br>**Cargo :** PROFESORES E INSTRUCTORES DE EDUCACION ESPECIAL<br>**Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO |

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301018255313.

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

Cordialmente

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_06

Banco Davivienda S.A.

# CERTIFICADO

**BUGA, VALLE,** **09/08/2023**
COLOMBIA,
**A quién interese**

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora MEY KWANG CHIA LONDONO** con **Cédula de Ciudadanía** número **29683024**

Posee en el banco Davivienda:

**CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO**

| | |
|---|---|
| Número | **016270167972** |
| Fecha de apertura | **20/01/1997** |

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: |
|---|---|---|---|---|
| TULUA | AGENCIA TULUA | 52 | 52-46-101003519 | 0 |

| FECHA EXPEDICIÓN: | | | VIGENCIA DESDE: | | | A LAS: | VIGENCIA HASTA: | | | A LAS: | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DÍA: | MES: | AÑO: | DÍA: | MES: | AÑO: | HORAS: | DÍA: | MES: | AÑO: | HORAS: | TIPO MOVIMIENTO: |
| 14 | 08 | 2023 | 16 | 08 | 2023 | 00:00 | 15 | 04 | 2024 | 23:59 | EMISIÓN ORIGINAL |

### DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | CHIA LONDONO MEY KWANG | | | IDENTIFICACIÓN: | C.C. :29,683,024 |
|---|---|---|---|---|---|
| DIRECCIÓN: | CARRERA 26 45 21 | CIUDAD: | PALMIRA - VALLE | TELÉFONO: | 3002621815 |

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

| ASEGURADO/BENEFICIARIO: | SENA CENTRO AGROPECUARIO DE GUADALAJARA DE BUGA VALLE DEL CAUCA | | | IDENTIFICACIÓN: | NIT. :899,999,034-1 |
|---|---|---|---|---|---|
| DIRECCIÓN: | CARRETERA CENTRAL, VARIANTE BUGA, TULUA | CIUDAD: | BUGA - VALLE | TELÉFONO: | 2376300 |
| 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.5297117 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL ORIENTANDO FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL COMO INSTRUCTOR SENA A TRAVÉS DE ACCIONES REGULARES EN LAS MODALIDADES PRESENCIAL Y A DISTANCIA EN LOS DIFERENTES NIVELES DE FORMACIÓN DEL CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA.

### AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

| AMPAROS: | VIGENCIA DESDE: | VIGENCIA HASTA: | SUMA ASEG/ACTUAL: |
|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 16/08/2023 | 15/04/2024 | $ 1,600,000.00 |

ACLARACIONES:

| VALOR PRIMA NETA: | GATOS EXPEDICIÓN: | IVA: | TOTAL A PAGAR: | VALOR ASEGURADO TOTAL | PLAN DE PAGO: |
|---|---|---|---|---|---|
| $ 20,000.00 | $ 8,000.00 | $ 5,320.00 | $ 33,320.00 | $ 1,600,000.00 | CONTADO |

| INTERMEDIARIO | | | DISTRIBUCIÓN COASEGURO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: | CLAVE: | % PART: | NOMBRE COMPAÑÍA: | % PART: | VALOR ASEGURADO: |
| GLORIA ISABEL SOTO VELASCO | 91929 | 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 CALLE 28 NO. 26-63 - TELÉFONO: 2247827 - TULUA**

52-46-101003519
**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

31203494

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. 52-46-101003519, 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 TULUA, a los 14 días del mes de Agosto 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°:** 52461010035190

| | |
|---|---|
| **FECHA** | |
| CONTADO | |

**RECIBIMOS DE:** CHIA LONDONO MEY KWANG C.C. C.C. :29,683,024

**LA SUMA DE:** TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

**POR CONCEPTO DE:** PAGO DE PÓLIZA NRO.: 52-46-101003519

| SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA | PRIMA | GASTOS EXPEDICION | IVA | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| AGENCIA TULUA - CU. ESTATAL - 101003519 - 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 |
| **OTROS:** | $ 0.00 |
| **TOTAL:** | $ 33,320.00 |

**INTERMEDIARIO:** GLORIA ISABEL SOTO VELASCO - 91929

**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°:** 52461010035190

| | |
|---|---|
| **FECHA** | |
| CONTADO | |

**RECIBIMOS DE:** CHIA LONDONO MEY KWANG C.C. C.C. :29,683,024

**LA SUMA DE:** TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

**POR CONCEPTO DE:** PAGO DE PÓLIZA NRO.: 52-46-101003519

| SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA | PRIMA | GASTOS EXPEDICION | IVA | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| AGENCIA TULUA - CU. ESTATAL - 101003519 - 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 |
| **OTROS:** | $ 0.00 |
| **TOTAL:** | $ 33,320.00 |

**INTERMEDIARIO:** GLORIA ISABEL SOTO VELASCO - 91929

**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.52-46-101003519

**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