SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL ATLÁNTICO**
**CENTRO INDUSTRIAL Y DE AVIACIÓN- ATLÁNTICO**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **8** |
| **Código Centro** | **920810** |
| **Fecha Elaboración** | **Enero de 2024** |
| **Versión** | **ENERO 2024 - 1,24** |
| **ID de Proceso** | **99883-617447** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | ORLANDO ANTONIO ALCENDRA MOSCOTE | **C.C.** | 77.032.850 | **IP/Nº de contacto** | 53106 |
| **Correo electrónico contratista:** | oaalcendra05@misena.edu.co | | | | |

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

**Banco al cual consignar:** BANCO COLPATRIA **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** 6982011950

**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:** 5806323/2024 **Nº Compromiso SIIF** **9924**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 35.612.724 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 35.612.724 | **1** | **Del** | **26/01/2024** | **Al** | **31/01/2024** | **$ 669.831,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 34.942.893 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

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

RP-INSTRUCTOR: DESARROLLAR FORMACIÓN PROFESIONAL POR COMPETENCIAS LABORALES, MEDIANTE LA ESTRATEGIA DE APRENDIZAJE POR PROYECTOS EN LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN DE CONSTRUCCION. ONBASE 08-9-2024-002471

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 669.831 | | 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** | **$ 669.831** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 175.519** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | Enero | Diciembre |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **9460997514** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.300.000 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 162.500 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 208.000 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 6.800 | $ 0 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 $ 167.457 | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 14.903.916 | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 14.903.916 | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.706.500 | $ - | |
| 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 $ 1.506.080 | $ 66.983 | |
| Salud hasta $ 753.040 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 3.098.445 | $ 59.850 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 175.519,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 299.331,00 | |
| 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 | 2.993,00 | 1,000% |
| - | 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** | **$666.838,00** | |

**SON: SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

En este mes de enero se retoman actividades con la ficha 2792378 en su etapa productiva, en el nodo del Habita para la construcción ubicado en Villa de San Pablo, Barranquilla Atlántico. en la jornada de la tarde en el horario de lunes a sábado. de 12 m a 06 de la t en pos de su formación profesional en Técnico en Construcción de Edificaciones. Además se realiza la retroalimentacion de las activida hasta tanto contraten al responsable del almacen de materiales, en la construcción y adecuación de los contenedores para almacenar ma

**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.

**ORLANDO ANTONIO ALCENDRA MOSCOTE**
**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,

**MILDRED MERCEDES BELTRAN MEDINA**
**INSTRUCTOR G20**

**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**

**HERNANDO LUIS ESTARITA TAPIAS**

**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

## CERTIFICA QUE:

El (La) señor(a) ORLANDO ANTONIO ALCENDRA MOSCOTE identificado con CC 77032850 cabeza de familia se encuentra afiliado(a) a nuestra EPS.

Los siguientes son los datos básicos de dicha afiliación:

Fecha de Activación de Servicios: 01/03/2022

IPS Cotizante: Clínica Buenos Aires SAS

Categoría: A

Estado: ACTIVO

| Beneficiarios | Identificación | IPS | Tipo B filiado | Inicio Vig. | Estado |
|---|---|---|---|---|---|
| ORLANDO ANTONIO ALCENDRA MOSCOTE | CC 77032850 | Clínica Buenos Aires SAS | INDEPENDIENTE | 01 /03/2022 | ACTIVO |

La presente certificación se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá A QUIEN INTERESE,
a los 10 días del mes de enero del año 2024

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

**Observaciones:**

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

Gerencia de Afiliaciones

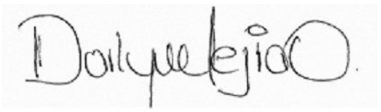
**Nueva EPS S.A**

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ORLANDO ANTONIO ALCENDRA MOSCOTE** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **77032850,** se encuentra afiliado/a desde **01/06/1988** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 09 de enero de 2024.



**Darlynne Amalia Mejia Olmos**
**Dirección de Afiliaciones (A)**

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14835457191

(415)7707212489984(8020) 000001483545719 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 7 7 0 3 2 8 5 0 | 1 | Impuestos de Bogotá 3 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 | 77032850 | 1 9 8 8 1 2 0 7 |

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

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ALCENDRA | MOSCOTE | ORLANDO | ANTONIO |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

41. Dirección principal
CL 62 2 37 AP 602 ED NIKO LA SALLE

42. Correo electrónico dossdaness@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 5 8 3 5 5 6 9 | 3 1 7 8 2 6 7 5 1 9 |

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

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
22- Obligado a cumplir deberes formales a
48 - Impuesto sobre las ventas - 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 2022 - 06 - 29 / 13 : 09: 35

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 ALCENDRA MOSCOTE ORLANDO ANTONIO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA 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 se evidenció que, **ORLANDO ANTONIO ALCENDRA MOSCOTE** identificado con **CC** No. **77032850**, registra la siguiente información.

| Datos del Contratante | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| INDEPENDIENTE CONTRATANTE NO AFILIADO (DECRETO 723/2013) - NI. 899999995 | **Fecha de afiliación:** 23/01/2020<br>**Fecha de inicio de cobertura:** 14/02/2024<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 01/01/2024<br>**Fecha fin de Contrato:** 31/07/2024<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE 723<br>**Clase de Riesgo:** 1<br>**Cargo :** TRABAJADOR INDEPENDIENTE |

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): 202401012486317.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 16 días del mes de febrero de 2024.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_07

**SCOTIABANK COLPATRIA S.A.**
**NIT. 860.034.594-1**

**CERTIFICA QUE:**

La cuenta de ahorros No. 6982011950 , con fecha de apertura 26 de Enero de 2018 , de la cual es titular:

El (la) señor(a): ORLANDO ANTONIO ALCENDRA MOSCOTE
Identificado(a) con tipo de documento C No. 77.032.850

La cuenta en mención ha sido manejada de acuerdo a las normas establecidas por la entidad.

Damos esta información con la acostumbrada reserva bancaria.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 9 días del mes de Enero de 2024 .

Cordialmente,

Servicio al Cliente

**Scotiabank Colpatria S.A.**
www.scotiabankcolpatria.com

Scotiabank Colpatria. S.A.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

scotiabankcolpatria.com

®Marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Scotiabank Colpatria Establecimiento Bancario.

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

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

| CIUDAD DE EXPEDICIMN: | SUCURSAL: | COD. SUC: | NO. PMLIZA: | ANEXO: |
|---|---|---|---|---|
| BARRANQUILLA | BARRANQUILLA | 85 | 85-46-101038528 | 0 |

| FECHA EXPEDICIMN: | | | VIGENCIA DESDE: | | | A LAS: | /IGENCIA HASTA: | | | A LAS: | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| D1A: | MES: | AHO: | D1A: | MES: | AHO: | HORAS: | D1A: | MES: | AHO: | HORAS: | TIPO MOVIMIENTO: |
| 25 | 01 | 2024 | 25 | 01 | 2024 | 00:00 | 13 | 04 | 2025 | 23:59 | EMISIMN ORIGINAL |

## DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

| NOMBRE O RAZMN SOCIAL: | ALCENDRA MOSCOTE ORLANDO ANTONIO | IDENTIFICACIMN: | C.C. :77,032,850 |
|---|---|---|---|
| DIRECCIMN: | CL 62 2 37 AP 602 ED NIKO LA S | CIUDAD: BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL | TELFONO: 3178267519 |

## DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

| ASEGURADO/BENEFICIARIO: | SENA REGIONAL ATLANTICO INTERCENTROS | IDENTIFICACIMN: | NIT. :899,999,034-1 |
|---|---|---|---|
| DIRECCIMN: | CALLE 30 NO 3E 164 | CIUDAD: BARRANQUILLA - ATLANTICO | TELFONO: 6053851285 |
| ADICIONAL: | | | |

## OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIMN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PMLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL L1MITE DE VALOR ASEGURADO SEHALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.5806323 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: DESARROLLAR FORMACIMN PROFESIONAL POR COMPETENCIAS LABORALES,MEDIANTE LA ESTRATEGIA DE APRENDIZAJE POR PROYECTOS EN LOSPROGRAMAS DE FORMACIMN DE CONSTRUCCION, PARTICIPANDOEN LOS EQUIPOS DE DISEHO Y DESARROLLO CURRICULAR Y GESTIONANDOLAS ACTIVIDADES Y PROYECTOS A TRAVS DE LAS TECNOLOG1AS DE LAINFORMACIMN Y LA COMUNICACIMN QUE
BRINDA LA ENTIDAD,ATENDIENDO LAS POL1TICAS INSTITUCIONALES Y LA NORMATIVIDADVIGENTE

## AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

| AMPAROS: | VIGENCIA DESDE: | VIGENCIA HASTA: | SUMA ASEG/ACTUAL: |
|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 25/01/2024 | 13/04/2025 | $ 3,561,272.40 |

ACLARACIONES:

| VALOR PRIMA NETA: | GASTOS EXPEDICIMN: | IVA: | TOTAL A PAGAR: | VALOR ASEGURADO TOTAL | PLAN DE PAGO: |
|---|---|---|---|---|---|
| $ 20,000.00 | $ 8,000.00 | $ 5,320.00 | $ 33,320.00 | $ 3,561,272.40 | CONTADO |

| INTERMEDIARIO | | | DISTRIBUCIMN COASEGURO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: | CLAVE: | % PART: | NOMBRE COMPAH1A: | % PART: | VALOR ASEGURADO: |
| ZAMORA SCHETTINI JENNI | 20358 | 100,00 | | | |

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANT1A(S) QUE SE
ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO

PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIMN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 58 NO. 70-136 - TELFONO: 3681078 - BARRANQUILLA

FIRMA AUTORIZADA:

85-46-101038528



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

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

Hacemos constar, que la pĺliza No. 85-46-101038528, anexo 0, no expirarĄ por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la pĺliza o de la aseguradora.

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

Dado en BARRANQUILLA, a los 25 dşas del mes de Enero de 2024

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

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 NΣ:** 85461010385280

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

**RECIBIMOS DE:** ALCENDRA MOSCOTE ORLANDO ANTONIO C.C. C.C. :77,032,850

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

**POR CONCEPTO DE:** PAGO DE PMLIZA NRO.: 85-46-101038528

| SUC - RAMO - PMLIZA - ENDOSO - CUOTA | PRIMA | GASTOS EXPEDICION | IVA | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| BARRANQUILLA - CU. ESTATAL - 101038528 - 0 - 0 | $ 20,000.00 | $ 8,000.00 | $ 5,320.00 | $ 33,320.00 |

**FO :MA DE PAGO**

| | |
|---|---|
| **EFECTIVO:** | $ 33,320.00 |
| **CHEQUE:** | $ 0.00 |
| **TARJETA:** | $ 0.00 |
| **BD:** | $ 0.00 |
| **OTROS:** | $ 0.00 |
| **TOTAL:** | $ 33,320.00 |

**INTERMEDIARIO:** ZAMORA SCHETTINI JENNI - 20358

**CAJERO: RAPIESTADO**

**ORIGINAL**

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que:

RECIBO DE PAGO NΣ: 85461010385280

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

RECIBIMOS DE: ALCENDRA MOSCOTE ORLANDO ANTONIO C.C. C.C. :77,032,850

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

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PMLIZA NRO.: 85-46-101038528

| SUC - RAMO - PMLIZA - ENDOSO - CUOTA | PRIMA | GASTOS EXPEDICION | IVA | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| BARRANQUILLA - CU. ESTATAL - 101038528 - 0 - 0 | $ 20,000.00 | $ 8,000.00 | $ 5,320.00 | $ 33,320.00 |

FO :MA DE PAGO

| | |
|---|---|
| EFECTIVO: | $ 33,320.00 |
| CHEQUE: | $ 0.00 |
| TARJETA: | $ 0.00 |
| BD: | $ 0.00 |
| OTROS: | $ 0.00 |
| TOTAL: | $ 33,320.00 |

INTERMEDIARIO: ZAMORA SCHETTINI JENNI - 20358

CAJERO: RAPIESTADO

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

**COPIA**

## PMLIZA jNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES

## SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.85-46-101038528

**1. AMPAROS.** OBLIGACIONES SURGIDAS DEL CONTRATO AMPARADO POR LA GARANT1A.

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINAR SEGURESTADO **1.5 AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E**

OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, HASTA EL MONTO DEL VALOR **INDEMNIZACIONES LABORALES.**

ASEGURADO PACTADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARTULA DE LA

PRESENTE PMLIZA, CUBRIENDO CON ELLOS, SIEMPRE LOS PERJUICIOS DIRECTOS QUE EL AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E

CON SUJECIMN A LA DEFINICIMN DE LAS CONDICIONES ADELANTE INDICADAS, LLEGARE A INDEMNIZACIONES DE NATURALEZA LABORAL, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL

CAUSAR EL GARANTIZADO POR EL INCUMPLIMIENTO QUE, ATRIBUIBLE A SU ACCIMN U ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS QUE SE LE OCASIONEN, A RA1Z DEL

OMISIMN, PRODUJERE. INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES A QUE EST OBLIGADO EL

CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADAS DE LA CONTRATACIMN DEL PERSONAL

UTILIZADO PARA LA EJECUCIMN DEL CONTRATO AMPARADO EN EL TERRITORIO

NACIONAL.

LOS AMPAROS QUE SE OTORGAN EN ESTA PMLIZA SERN INDEPENDIENTES UNOS DE

OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. SEGjN LAS

DEFINICIONES QUE A CONTINUACIMN SE INDICAN:

ESTA GARANT1A NO SE APLICAR PARA LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN EN SU

**1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.** TOTALIDAD FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL POR PERSONAL CONTRATADO BAJO UN

RGIMEN JUR1DICO DISTINTO AL NACIONAL.

EL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LA

SANCIMN DERIVADA DEL INCUMPLIMIENTO DE LA OFERTA, EN LOS SIGUIENTES **1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.**

EVENTOS:

EL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL

1.1.1 LA NO AMPLIACIMN DE LA VIGENCIA DE LA GARANT1A DE SERIEDAD DE LA OFERTA ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE GENEREN COMO CONSECUENCIA DE

CUANDO EL PLAZO PARA LA ADJUDICACIMN O PARA SUSCRIBIR EL CONTRATO ES CUALQUIER TIPO DE DAHO O DETERIORO, PRESENTADOS EN LA OBRA ENTREGADA Y

PRORROGADO, SIEMPRE QUE TAL PRMRROGA SEA INFERIOR A TRES (3) MESES. RECIBIDA A SATISFACCIMN DE DICHA ENTIDAD ESTATAL O SUS REPRESENTANTES,

CUYA CAUSA SEA IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO.

1.1.2 EL RETIRO DE LA OFERTA DESPUS DE VENCIDO EL PLAZO FIJADO PARA LA

PRESENTACIMN DE LAS OFERTAS. **1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO**

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

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

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 TERMINACIMN DEL CONTRATO GARANTIZADO, Y QUE SE DERIVEN DE LA DEFICIENTE CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO.

1.1.4 LA FALTA DE OTORGAMIENTO POR PARTE DEL PROPONENTE SELECCIONADO DE LA GARANT1A DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

EN LOS CONTRATOS DE INTERVENTORIA, LA VIGENCIA DE STE AMPARO DEBE SER IGUAL AL PLAZO DE LA GARANT1A DE ESTABILIDAD DEL CONTRATO PRINCIPAL EN CUMPLIMIENTO DEL PARAGRAFO DEL ART1CULO 85 DE LA LEY 1474 DE 2011.

**1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIMN DEL ANTICIPO.**

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

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

**1.3 AMPARO DE DEVOLUCIMN DE PAGO ANTICIPADO.**

EL AMPARO DE DEVOLUCIMN DE PAGO ANTICIPADO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE CAUSEN POR LA NO DEVOLUCIMN 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 TARD1O O DEFECTUOSO DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (C) LOS DAHOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA POR ENTREGAS PARCIALES DE LA OBRA, CUANDO EL CONTRATO NO GARANTIZADO, A LOS BIENES DE LA PREV ENTREGAS PARCIALES; Y (D) EL PAGO DEL VALOR DE LAS MULTAS Y DE LA

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

LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PMLIZA NO OPERARN CUANDO LOS DAHOS A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA SE GENEREN POR:

2.1 CAUSA EXTRAHA, ESTO ES, LA FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO, EL HECHO DE UN TERCERO O LA CULPA EXCLUSIVA DE LA V1CTIMA.

2.2. DAHOS CAUSADOS POR EL CONTRATISTA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, NO DESTINADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO

**2. EXCLUSIONES.**

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

CLUSULA PENAL PECUNIARIA SIEMPRE QUE SE HUBIEREN PACTADO PREVIAMENTE EN CONTRACTUAL.

EL CONTRATO GARANTIZADO.

EN VIRTUD DE LO SEHALADO POR EL ART1CULO 44 DE LA LEY 610 DE 2000, LA GARANT1A

DE CUMPLIMIENTO CUBRIR 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

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 OCASIMN 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 ART1CULO 1079 DEL CMDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO NO ESTAR OBLIGADO A RESPONDER SI NO HASTA CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA EN CASO DE SINIESTRO, DETERMINADA EN LA CARTULA DE ESTA PMLIZA PARA CADA AMPARO.

**4. VIGENCIA.**

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PMLIZA, SE HAR BAJO LOS LINEAMIENTOS DEL DECRETO 1082 DE 2015 Y CONSTARAN EN LA CARTULA DE LA MISMA O EN SUS ANEXOS.

**5. EFECTIVIDAD DE LA GARANT1A.**

PARA HACER EFECTIVOS CUALQUIERA DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR SEGURESTADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DEBER GARANTIZAR EL DEBIDO PROCESO DE SEGURESTADO Y EL CONTRATISTA, MEDIANTE EL AGOTAMIENTO DEL PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO EN EL ART1CULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011 O LAS NORMAS QUE LO SUSTITUYAN O MODIFIQUEN.

LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LE CORRESPONDER DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y ACREDITAR LA CUANT1A DE LA PRDIDA SI FUERE EL CASO.

EL PROCEDIMIENTO QUE DEBER SEGUIR LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PARA LA EFECTIVIDAD DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR ESTA PMLIZA, SER:

5.1 RESPECTO DEL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIR EL ACTO ADMINISTRATIVO QUE IMPONGA LA SANCIMN PREVIAMENTE ESTABLECIDA POR LA OCURRENCIA DE UNO CUALQUIERA DE LOS EVENTOS PREVISTOS EN LA CONDICIMN 1.1 DE STA PMLIZA, Y DISPONGA LA EFECTIVIDAD DE STE AMPARO A SEGURESTADO.

5.2 EN CASO DE DECRETARSE LA CADUCIDAD, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIR EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL, ADEMS DE LA DECLARATORIA DE LA MISMA, HAR EFECTIVA LA CLUSULA PENAL O CUANTIFICAR EL MONTO DEL PERJUICIO, ORDENANDO SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO A SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SER CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

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

5.4 EN LOS DEMS EVENTOS DE INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIR EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE, EN EL CUAL, ADEMS DE DECLARAR EL INCUMPLIMIENTO PROCEDER A CUANTIFICAR EL MONTO DE LA PRDIDA O A HACER EFECTIVA LA CLUSULA PENAL, ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ES LA RECLAMACIMN PARA LA COMPAH1A 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 ART1CULO 87 DE LA LEY 1437 DE 2011.

**6. COMPENSACIMN.**

EN VIRTUD DE LA COMPENSACIMN COMO MEDIO DE EXTINCIMN DE LAS OBLIGACIONES RECONOCIDA EL ART1CULO 17 DE LA LEY 1150 DE 2007, SEGURESTADO TENDR EN CUENTA TODAS LAS SUMAS DE DINERO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE ADEUDE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, POR CUALQUIER CONCEPTO. PARA TALES EFECTOS, SE DEBER TENER EN CUENTA LA LIQUIDACIMN DEL CONTRATO GARANTIZADO, EFECTUADA EN LOS TRMINOS LEGALES O CONVENCIONALES.

EN CASO DE EXISTIR COASEGURO, ESTO ES LA DISTRIBUCIMN ENTRE VARIAS ASEGURADORAS DE DETERMINADO RIESGO, AL NO EXISTIR SOLIDARIDAD ENTRE LAS MISMAS, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIMN SE DISTRIBUIR Y HAR EXIGIBLE ENTRE LOS COASEGURADORES, EN PROPORCIMN A LAS CUANT1AS DE SU RESPECTIVA PARTICIPACIMN.

**7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIMN.**

LA INDEMNIZACIMN SER PAGADERA EN DINERO, O MEDIANTE LA REPOSICIMN, REPARACIMN O RECONSTRUCCIMN DE LA COSA ASEGURADA, A OPCIMN DE SEGURESTADO, SIN PERJUICIO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN EL EVENTO DE DECLARATORIA DE CADUCIDAD DECIDA CONTINUAR LA EJECUCIMN DEL OBJETO CONTRATADO A TRAVS DE SEGURESTADO O DE OTRO CONTRATISTA, A QUIEN A SU VEZ SE LE PODR 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 EJECUCIMN DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA ESTUVIESE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA GARANTIZADO ACEPTA DESDE EL MOMENTO DE LA CONTRATACIMN DE ESTA PMLIZA, LA CESIMN DEL CONTRATO GARANTIZADO A FAVOR DE SEGURESTADO.

**8. PLAZO PARA EL PAGO.**

DE CONFORMIDAD CON EL ART1CULO 1080 DEL CMDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO DEBER EFECTUAR EL PAGO DEL SINIESTRO DENTRO DEL MES SIGUIENTE AL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HAYA ACREDITADO LOS REQUISITOS DEL ART1CULO 1077 DEL CMDIGO DE COMERCIO, A TRAVS DEL ACTO ADMINISTRATIVO A QUE HACE REFERENCIA EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

**9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIMN.**

PARA LOS CASOS EN QUE LA SUMA ASEGURADA DE ESTA PMLIZA 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), EXPEDIR UN CERTIFICADO O ANEXO DE MODIFICACIMN DE LA PMLIZA, EN EL CUAL CONSTEN LAS MODIFICACIONES CORRESPONDIENTES. PARA TAL EFECTO SE HACE INDISPENSABLE ACOMPAHAR A LA SOLICITUD DE MODIFICACIMN A SEGURESTADO EL DOCUMENTO (OTROS1, CLUSULA ADICIONAL, ETC.) QUE CONTENGA LAS MODIFICACIONES AL CONTRATO GARANTIZADO.

EL ULTIMO ANEXO O CERTIFICADO DE MODIFICACIMN, SER EL QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HAR EFECTIVO, DE CONFORMIDAD CON EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

**10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIMN DEL CONTRATO GARANTIZADO.**

SEGURESTADO TENDR LA FACULTAD DE EJERCER LA VIGILANCIA DEL CONTRATO, PARA LO CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE PRESTAR LA COLABORACIMN NECESARIA PARA ELLO. EN LOS CASOS EN LOS CUALES EL CONTRATO GARANTIZADO TENGA POR OBJETO ASUNTOS RELACIONADOS CON EL ORDEN PjBLICO Y LA SEGURIDAD NACIONAL, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PODR PROHIBIR O LIMITAR STA FACULTAD.

**11. NO CANCELACIMN DE LA PMLIZA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA E IRREVOCABILIDAD DE ESTE SEGURO.**

LA PRESENTE PMLIZA NO EXPIRAR POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NI PODR SER REVOCADA UNILATERALMENTE.

**12. CLUSULAS INCOMPATIBLES**

EN CASO DE INCONGRUENCIA PRESENTADA ENTRE LAS CONDICIONES PARTICULARES Y LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTA PMLIZA, PREVALECERN LAS PRIMERAS.

**13. COASEGURO**

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Colombia Compra Eficiente
Agencia Nacional de Contratación Pública



1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Co…
9 Incumplimientos

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal >

## VER CONTRATO

### Resumen

| | |
|---|---|
| **ID del contrato en SECOP** | CO1.SLCNTR.12046526 |
| **Número del contrato** | CO1.PCCNTR.5806323 |
| **Versión del contrato** | 1 |
| **Objeto del contrato** | Desarrollar formación profesional por competencias laborales, mediante la estrategia de aprendizaje por proyectos en los programas de formación de CONSTRUCCION, participando en los equipos de diseño y desarrollo curricular y gestionando las actividades y proyectos a través de las tecnologías de la información y la comunicación que brinda la entidad, atendiendo las políticas institucionales y la normatividad vigente |
| **Tipo de contrato** | Prestación de servicios |
| **Fecha de terminación del contrato** | 13/12/2024 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* |
| **Duración del contrato** | 319 Días |
| **Tiempo adiciones en días** | 0 días |
| **Proveedor(es) seleccionado(s)** | (●) Sí ( ) No |
| **Estado del contrato** | Firmado y enviado a la Entidad Estatal |
| **Liquidación** | ( ) Sí (●) No |
| **Obligaciones Ambientales** | ( ) Sí (●) No |
| **Obligaciones Pos Consumo** | ( ) Sí (●) No |
| **Reversión** | ( ) Sí (●) No |

## Entidad Estatal

**SENA REGIONAL ATLANTICO Intercentros**

COLOMBIA, Barranquilla

**0** Recomendación (es)

## Proveedor Seleccionado

**OA**

COLOMBIA, Valledupar

**0** Recomendación (es)

## Cuenta bancaria del proveedor

| Proveedor | Nombre del banco | Tipo de cuenta | Número de cuenta |
|---|---|---|---|
| OA | Banco Colpatria | Ahorros | 6982011950 |

## Aprobación del contrato

**Aprobador – Proveedor**

***Aprobado por:*** *Orlando Antonio Alcendra Moscote*

***Fecha de aprobación:*** *25/01/2024 2:25:12 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

**Aprobador – Entidad Estatal**

***Aprobado por:*** ***Fecha de aprobación:*** -

**Contrato firmado:**

**Contrato en ejecución:**

## Información del objeto

**Tipo de proceso** Contratación directa.

**Unidad de contratación** CENTRO INDUSTRIAL Y DE AVIACION

| | |
|---|---|
| **Proceso de Contratación** | Desarrollar formación profesional por competencias laborales, mediante la estrategia de aprendizaje |
| **Título de la oferta** | N/A |
| **Cuantía del contrato** | 35.612.724,00 COP |

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) **018000-52-0808** www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Co…
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

**VER CONTRATO**

## Documentos Tipo

| | | |
|---|---|---|
| **Documentos Tipo** | No | Documentos tipo adoptados por la ANCP-CCE en virtud de la Ley 2022 del 2020 |

## Decreto 248 de 2021

| | | |
|---|---|---|
| **¿Debe cumplir con invertir mínimo el 30% de los recursos del presupuesto destinados a comprar alimentos, cumpliendo con lo establecido en la Ley 2046 de 2020, reglamentada por el Decreto 248 de 2021?** | No | El decreto 248 de 2021, obliga a las entidades que manejen recursos públicos, a adquirir alimentos comprados a pequeños productores agropecuarios y/o de la Agricultura Campesina, Familiar o Comunitaria locales y sus organizaciones, mínimo el (30%) del presupuesto destinados a la compra de alimentos |

## Sentencia T-302 de 2017

| | | |
|---|---|---|
| **Contrato asociado a las órdenes impartidas por la Corte Constitucional en la Sentencia T-302 de 2017** | ○ Sí ◉ No | Sentencia que declara el estado de Cosas Inconstitucionales en relación con los derechos de los niños del pueblo Wayúu. |

## Condiciones ejecución y entrega

| | |
|---|---|
| **Condiciones de entrega** | A definir |
| **El contrato puede ser prorrogado** | ○ Sí ◉ No |

## Configuración financiera - Garantías

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **¿Solicitud de garantías?** | ◉ Sí ○ No | | | |
| **Garantías por lotes, grupos o etapas** | ○ Sí ◉ No | | | |
| **Cumplimiento** | ◉ Sí ○ No | | | |
| ☑ Cumplimiento del contrato | | | | |
| ◉ % del valor del contrato | | 10,000000 | Fecha de vigencia (desde) | 3 horas de tiempo transcurrido *(25/01/2024 12:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* |

Valor de la garantía

Fecha de vigencia (hasta) 13/04/2025 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

**Responsabilidad civil extra contractual** Sí No

**Fecha límite para entrega de garantías:** 3 días para terminar *(29/01/2024 12:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* Fecha de entrega de garantías: -

Recuerde que debe agregar garantías al contrato

**Garantías del proveedor:**

| Id de la garantía | Justificación | Tipo de garantía | Valor | Emisor | Fecha fin | Estado | Detalle | Acciones |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

*No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados*

Agregar

## Configuración financiera - Pago de anticipos

**Definir Plan de Pagos?** Sí No *

**¿Pago de anticipos?** Sí No

**Plan de pagos:**

| | Pago | % de facturación prevista | Valor total previsto | Fecha prevista de emisión |
|---|---|---|---|---|
| ☐ | Pago 001 | 1,9 | 676.641,76 | - |
| ☐ | Pago 002 | 9,4 | 3.347.596,06 | - |
| ☐ | Pago 003 | 9,4 | 3.347.596,06 | - |
| ☐ | Pago 004 | 9,4 | 3.347.596,06 | - |
| ☐ | Pago 005 | 9,4 | 3.347.596,06 | - |

Ver más

Total: 100%

## Condiciones de facturación y pago

**Forma de pago** Abono en cuenta

**Plazo de pago de la factura** 30 días

## Comentarios

**Comentarios**

## Anexos del contrato

| Descripción |
| --- |
| *No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados* |

## Dirección de notificaciones

| | |
| --- | --- |
| **Dirección de notificaciones** | CALLE 30 No. 3E-164 |
| **Ubicación** | CO-ATL-08001 - Barranquilla |
| **País** | COLOMBIA |
| **Departamento** | Atlántico |
| **Municipio** | Barranquilla |
| **Dirección** | CALLE 30 No. 3E-164 |
| **Código postal** | 080006 |

| | Grados (º) | Minutos (') | Segundos (") |
| --- | --- | --- | --- |
| **Latitud:** | | | |
| **Longitud:** | | | |

## Municipio de ejecución del contrato

| ID | Dirección | Ubicación |
| --- | --- | --- |
| 1 | Dirección CALLE 30 No. 3E-164 | COLOMBIA > Atlántico > Barranquilla |

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)

**018000-52-0808** www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

# CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Dirreción: CALLE 134 BIS NO. 18 - 43
Teléfono: (57 1) 3099174 - 3108737604
Web: www.labintox.com
Email: labintox@hotmail.com

**FECHA DE EXAMEN** 2023-01-24
**TIPO DE EXAMEN** PREINGRESO CON VALORACION OSTEOMUSCULAR



## IDENTIFICACION DEL PACIENTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Apellidos y Nombres** | ALCENDRA MOSCOTE ORLANDO ANTONIO | Identificación CC | Nro 77032850 |
| **Fecha de Nacimiento** | 1970-09-22 | **Edad** 52 | **Sexo** M |
| **ARL** | POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | | |
| **EPS** | NUEVA E.P.S. | **AFP** | COLPENSIONES |
| **Empresa** | PARTICULAR | | |
| **Actividad Ecónomica** | | **Ciudad De Atencion** | Bogotá, D.C. |
| **Cargo** | INSTRUCTOR | | |
| **Fecha Ingreso** | 2023-01-24 09:51:21 | **Fecha Salida** | 2023-01-24 12:34:58 |

## EXAMENES REALIZADOS

| | |
|---|---|
| EXAMEN DE OPTOMETRIA | HISTORIA CLINICA AUDITIVO |
| HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL | CUADRO HEMATICO SISTEMATIZADO MUJERES |
| GLICEMIA PRE | PERFIL LIPIDICO |

**CONCEPTO** APTO

**OBSERVACIONES**

Cumplimiento de normas de ergonomía, seguridad y uso correcto de sus elementos de protección personal, Se realizó EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ENFASIS MUSCULOESQUELETICO, CARDIOVASCULAR, TRABAJO EN ALTURAS Y EXAMENES COMPLEMENTARIOS OPTOMETRIA, AUDIOMETRIA, CUADRO HEMATICO, COLESTEROL TOTAL, HDL, LDL, TRIGLICERIDOS, GLICEMIA.
APTO PARA EL CARGO
APTO PARA TRABAJOS EN ALTURAS

**RECOMENDACIONES**

| | | |
|---|---|---|
| OTRAS: | SI | Pausas activas, hábitos de vida sana, ejercicio aeróbico 150 minutos semanales, uso de lentes correctivos en visión cercana y lejana, uso de doble protección auditiva al estar por encima de 85 db, capacitación según plan de trabajo del SGSST. |

**CONTROLES**

Certifico que he comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínicos, ocupacionales que me han practicado.
Certifico que las respuestas dadas por mi, en este examen y registrado en este documento están completas y son verídicas. Entendiendo que la realización de este proceso es voluntaria y libre de toda cohersion y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento, antes de que se realizaran las pruebas. Fuí informado de las medidas que LABINTOX S.A.S tomará para proteger la confidencialidad de los resultados. Autorizo a LABINTOX S.A.S para que suministre, por cualquier medio físico o electrónico, la información registrada en este documento a las personas o entidades contempladas en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional de la empresa, de los cuales recibiré los resultados y estoy de acuerdo con el proceso. Reitero con mi firma que he leido y comprendido perfectamente lo anterior y que me encuentro en capacidad plena de expresar mi consentimiento.

Dr. Juan Carlos Gómez D.
R.M. No. 79.471.633
Médico Especialista SST
Lic. SST. 1140 /-2018

# CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Dirreción: CALLE 134 BIS NO. 18 - 43
Teléfono: (57 1) 3099174 - 3108737604
Web: www.labintox.com
Email: labintox@hotmail.com

JUAN CARLOS GOMEZ DE LA ROSA
RM: RES. 11401 de 01/10/2018
Firma y sello del médico siplasdor

ORLANDO ANTONIO
CC 77032850
Firma del trabajador siplasdo

**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA**

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## Hace constar:

Que el Sr(a) ORLANDO ANTONIO ALCENDRA MOSCOTE Identificado(a) con cédula de ciudadanía 77032850 realizó el día 12/02/2024 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.

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

# Hace constar:

Que el Sr(a) ORLANDO ANTONIO ALCENDRA MOSCOTE Identificado(a) con cédula de ciudadanía 77032850 el día 12/02/2024 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

aportes en línea

# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 77032850 | | ALCENDRA ORLANDO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | MZ 21 CASA 3 altos confacesar | VALLEDUPAR-CESAR | 5835569 | Si |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-12 | 2023-12 | 416028513 | 9460997514 | I | 2024/01/15 | 2024/01/25 | SCOTIABANK COLPATRIA | 10 | $339,900 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Tarifa | Aporte | Dias | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| **SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,160,000 | $185,600 | | | $1,160,000 | $145,000 | | | $0 | $0 | | | $1,160,000 | | $6,100 | | $0 | $0 | | $336,700 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,160,000 | $185,600 | | | $1,160,000 | $145,000 | | | $0 | $0 | | | $1,160,000 | | $6,100 | | $0 | $0 | | $336,700 |
| Ciudad: VALLEDUPAR Depto: CESAR (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,160,000 | $185,600 | | | $1,160,000 | $145,000 | | | $0 | $0 | | | $1,160,000 | | $6,100 | | $0 | $0 | | $336,700 |
| 1 | CC | 77032850 | ALCENDRA ORLANDO | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS037 | 30 | $1,160,000 | $145,000 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $1,160,000 | 0.522% | $6,100 | 0 | $0 | $0 | No | $336,700 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,160,000 | $185,600 | | | $1,160,000 | $145,000 | | | $0 | $0 | | | $1,160,000 | | $6,100 | | $0 | $0 | | $336,700 |


DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 77032850 | | ALCENDRA ORLANDO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | MZ 21 CASA 3 altos confacesar | VALLEDUPAR-CESAR | 5835569 | Si |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-12 | 2023-12 | 416028513 | 9460997514 | I | 2024/01/15 | 2024/01/25 | SCOTIABANK COLPATRIA | 10 | $339,900 |


**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $185,600 | $1,700 | $0 | $187,300 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $185,600 | $1,700 | $0 | $187,300 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $6,100 | $100 | $0 | $6,200 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $6,100 | $100 | $0 | $6,200 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $145,000 | $1,400 | $0 | $146,400 |
| NUEVA E.P.S. | EPS037 | 900,156,264 | 2 | 1 | $145,000 | $1,400 | $0 | $146,400 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$336,700** | **$3,200** | **$0** | **$339,900** |