

|                                                                                                                             |                                                                                                                            |  |                          |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------|----------------------------|
| <br><b>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</b> | <b>FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL SANTANDER</b> |  | <b>Código Regional</b>   | <b>68</b>                  |
|                                                                                                                             | <b>CENTRO DE GESTION AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE-SANTANDER - SERV</b>                                                      |  | <b>Código Centro</b>     | <b>954610</b>              |
|                                                                                                                             |                                                                                                                            |  | <b>Fecha Elaboración</b> | <b>Marzo de 2020</b>       |
|                                                                                                                             |                                                                                                                            |  | <b>Versión</b>           | <b>FEBRERO 2020 - 2,20</b> |
|                                                                                                                             |                                                                                                                            |  | <b>ID de Proceso</b>     | <b>18263-079658</b>        |

|                                                                                                                             |                        |                                                                                               |            |                                            |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------------------------------|-------------|
| <b>DATOS DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                |                        |                                                                                               |            |                                            |             |
| <b>Nombres y apellidos contratista:</b>                                                                                     | LUZ AMANDA ARIZA ZAFRA | <b>C.C.</b>                                                                                   | 63.437.231 | <b>IP/N° de contacto</b>                   | 3214005684  |
| <b>Correo electrónico contratista:</b>                                                                                      | laarizaz@misena.edu.co |                                                                                               |            |                                            |             |
| <b>Régimen del IVA:</b>                                                                                                     | NO RESPONSABLE         | <b>Es declarante de renta?</b>                                                                | NO         | <b>Es Pensionado?</b>                      | NO          |
| <b>Sus ingresos en el 2019 Superaron</b>                                                                                    | \$47.978.000           | <b>Inducción SST</b>                                                                          | SI         | <b>Presta Servicios Excluidos de IVA ?</b> | SI          |
| <b>Banco al cual consignar:</b>                                                                                             | BANCOLOMBIA            | <b>Tipo de cta</b>                                                                            | AHORROS    | <b>N° Cuenta</b>                           | 32967260877 |
| <b>Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?</b> | NO                     | <b>Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los \$ 117.503.000</b> |            |                                            | NO          |

|                                                    |               |                               |                |               |
|----------------------------------------------------|---------------|-------------------------------|----------------|---------------|
| <b>DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO</b> |               |                               |                |               |
| <b>N° del contrato:</b>                            | 1391180/2020  | <b>N° Compromiso SIIF</b>     | 17120          |               |
| <b>Valor Total del Contrato</b>                    | \$ 34.957.500 | <b>N ° Pago</b>               | 1              |               |
| <b>Saldo Anterior del Contrato</b>                 | \$ 34.957.500 | <b>Periodo objeto de pago</b> | Del 21/02/2020 | Al 29/02/2020 |
| <b>Nuevo Saldo del Contrato</b>                    | \$ 33.891.000 | <b>Comisiones</b>             | \$ 0,00        |               |

|                                                             |                     |                                           |             |  |
|-------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------|-------------|--|
| <b>RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO</b> |                     |                                           |             |  |
| Ingresos por honorarios                                     | \$ 1.066.500        | Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383° | 0,00%       |  |
| Ingresos por comisiones                                     | \$ 0                | Retencion en la Fuente del Periodo        | \$ 0        |  |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes                  | \$ 0                | Menos, Retefuente Otros Ingresos          | \$ 0        |  |
| <b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>                           | <b>\$ 1.066.500</b> | <b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>     | <b>\$ 0</b> |  |
| <b>BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE</b>                     | <b>\$ 612.150</b>   |                                           |             |  |

|                                                                              |                |              |                                       |                        |        |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------|---------------------------------------|------------------------|--------|
| <b>LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR</b> |                |              |                                       |                        |        |
| <b>N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS</b>                           | <b>Febrero</b> | <b>Enero</b> | Valor Base retención en la fuente     | 612.150,00             | TARIFA |
| <b>Ingreso Base de Cotización - IBC</b>                                      | \$ 877.803     | \$ 0         | Valor Base retención en la fuente ICA | 816.200,00             |        |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud                                  | \$ 109.800     | \$ 0         | Valor base IVA                        | 0,00                   |        |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión                                | \$ 140.500     | \$ 0         | IVA (Si es RESPONSABLE)               | 0,00                   | 19%    |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional                          | \$ -           | \$ 0         | Menos Retención en la Fuente          | 0,00                   | 0,00%  |
| ARL II                                                                       | \$ 9.200       | \$ 0         | Menos Retencion IVA                   | 0,00                   | 15%    |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias                        | \$ -           |              | Reteica - 8542                        | 1.632,00               | 0,200% |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC                                            | \$ -           |              | Otras Retenciones                     | 0,00                   |        |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000              | \$ -           |              | Otras Retenciones                     | 0,00                   |        |
| Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700                                  | \$ -           |              | Otras Retenciones                     | 0,00                   | 0,000% |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes                | \$ -           |              | Otras Retenciones                     | 0,00                   | 0,000% |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes                  | \$ -           |              | Otras Retenciones                     | 0,00                   | 0,000% |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes                  | \$ -           |              | Otras Retenciones                     | 0,00                   | 0,000% |
| Dependientes hasta \$ 1.139.424                                              | \$ -           |              | Descuentos de Libranza                | 0,00                   |        |
| Salud hasta \$ 569.712                                                       | \$ -           |              | Descuentos de embargo (Si tiene)      | 0,00                   |        |
| Renta Exenta 25% \$ 8.545.680                                                | \$ 204.050     |              | <b>VALOR A PAGAR</b>                  | <b>\$ 1.064.868,00</b> |        |
| Retención en la Fuente Contingente                                           | \$ -           |              |                                       |                        |        |

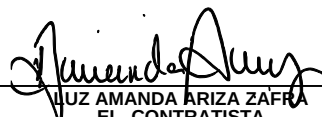
  

**SON: UN MILLÓN SESENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS M/CTE**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| Participación en las diferentes videoconferencias programadas por el Equipo de E-Pedagogos, 10 horas<br>Estudio de los diferentes manuales dispuestos en la plataforma Territorio para el correcto desenvolvimiento en la misma, 20 horas<br>Participación y actividades de divulgación de los programas ofertados por el centro, 10 horas<br><br>Total horas: 40 |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                 |
| 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. | <br><b>LUZ AMANDA ARIZA ZAFRA</b><br><b>EL CONTRATISTA</b> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                               |
| En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:                                                                                                                                                                                                                | Autorizo el presente pago.<br>El Supervisor,                                                                                                  |
| 1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;                                                                                                                                                                                                                                        | <br><b>MARTHA RUEDA MONCADA</b><br><b>INSTRUCTOR G20</b> |
| 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. |                                                                                                                                               |
| Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                               |
| <b>EL ORDENADOR DEL PAGO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                               |
| <br><b>HERIKA BIBIANA ARIZA GONZALEZ</b><br><b>SUBDIRECTORA DE CENTRO G02</b>                                                                                                                                                           |                                                                                                                                               |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |                                    |                                                |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      | CEDULA DE CIUDADANIA               | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 63437231             |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:                                                    | LUZ AMANDA ARIZA ZAFRA ARIZA ZAFRA |                                                |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         | VELEZ                              | DEPARTAMENTO: SANTANDER                        |
| DIRECCIÓN:                                                                | CALLE 7 N 4-11                     | TELÉFONO: 7564381                              |
| 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:               | 7745450147 | TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN             | MES: enero | PERIODO COTIZACIÓN MES: enero      |
| OTROS SUBSISTEMAS:             | AÑO: 2020  | SALUD: AÑO: 2020                   |
| DÍAS DE MORA:                  | 22         |                                    |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):       | 2020/03/03 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: 572433840     |

| LIQUIDACIÓN GENERAL |        |                  |            |              |
|---------------------|--------|------------------|------------|--------------|
|                     |        |                  | TOTALES    |              |
|                     |        |                  | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| PENSIÓN             |        |                  |            |              |
| ADMINISTRADORA      |        |                  |            |              |
| NIT                 | CÓDIGO | NOMBRE           |            |              |
| 800224808           | 230301 | 230301-PORVENIR  | 1          | \$ 142.800   |
| SUBTOTAL:           |        |                  | 1          | \$ 142.800   |
| SALUD               |        |                  |            |              |
| ADMINISTRADORA      |        |                  |            |              |
| NIT                 | CÓDIGO | NOMBRE           |            |              |
| 900156264           | EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 1          | \$ 111.600   |
| SUBTOTAL:           |        |                  | 1          | \$ 111.600   |
| TOTAL PAGADO:       |        |                  |            | \$ 254.400   |

**PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO**  
**FORMATO INFORME MENSUAL EJECUCIÓN CONTRACTUAL**

Vélez, Febrero de 2020

Señora  
**MARTHA RUEDA MONCADA**  
**SUPERVISORA CONTRATO No. CO1.PCCNTR.1391180**  
**INSTRUCTORA GRADO 20**  
**Vélez**

**Asunto:** Informe mensual de ejecución contractual  
Mes Febrero del año 2020

**Referencia:** CO1.PCCNTR.1391180 de 2020

LUZ AMANDA ARIZA ZAFRA, identificado con la cédula de ciudadanía No. 63.437.231 de Vélez, en mi calidad de Contratista del SENA, en la Coordinación Académica, en cumplimiento del Contrato de Prestación de Servicios de la referencia, a continuación presento el Informe de actividades realizadas en el mes objeto de cobro.

**Valor y forma de Pago:** El valor total del presente contrato es máximo de Treinta y cuatro millones novecientos cincuenta y siete mil quinientos Pesos M/Cte. (\$34.957.500) incluido IVA de conformidad con el régimen tributario a que pertenezca el futuro contratista. Esta suma será pagada por el SENA al contratista en pagos iguales mensuales por valor de Tres millones cuatrocientos cincuenta mil quinientos Pesos (\$3.555.000), o con pagos proporcionales según el tiempo mensual laborado sin exceder el valor total del contrato, en caso de no cumplirse..

**Plazo:** Será hasta el 16 de Diciembre de 2020.

|                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>OBJETO:</b>                                                                                                                                                                                                                            |
| Prestación de servicios personales de carácter temporal de diferentes áreas del conocimiento para desarrollar los programas de formación complementaria virtual en el área de diseño en el Centro de Gestión Agroempresarial del Oriente. |

**CLÁUSULA** (No. de cláusula donde se encuentren las obligaciones del contratista)

| No | Obligaciones                                                                                                                                                          | Acciones realizadas                                                                                     | Evidencias                                                                                                                |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4  | Participar en procesos de promoción de los programas de Formación Profesional Integral, servicios y actividades de divulgación tecnológica programados por el Centro. | Se hizo la invitación y divulgación de los programas ofertados en el centro a través de redes sociales. | Imagen "Divulgación oferta en redes sociales". Dispuesto en el Drive:<br><b>Obligaciones del Contrato / Obligación 04</b> |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                  |                                                                                                                                     |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                  | <b>Febrero.</b>                                                                                                                     |
| 8  | Contar con la certificación vigente de la norma de competencia "Orientar Procesos Formativos Presenciales Con Base En Los Planes De Formación Concertados" o la actualización "Orientar Formación Presencial De Acuerdo Con El Procedimiento Técnico Normativo" o en su defecto deberá aplicar el Proceso. | Certificación de la NSCL<br><b>"ORIENTAR FORMACIÓN PRESENCIAL DE ACUERDO CON PROCEDIMIENTO TÉCNICO Y NORMATIVO"</b><br>240201056 | Certificado NSCL.<br>Dispuesta en el Drive:<br><b>Obligaciones del Contrato / Obligación 8 / Febrero.</b>                           |
| 11 | Custodiar, organizar y archivar los documentos producidos por la dependencia.                                                                                                                                                                                                                              | Se realiza del diligenciamiento del Informe contractual.                                                                         | Informe contractual del mes de Noviembre.<br>Compartido en la el Drive: <b>Obligaciones del Contrato / Obligación 12 / Febrero.</b> |
| 12 | Las demás que se requieran para el cumplimiento del contrato.                                                                                                                                                                                                                                              | Actividades de entrenamiento de la plataforma territorium en videoconferencias                                                   | Correos electrónicos                                                                                                                |

A continuación relaciono los desplazamientos que realicé previo a la presentación de este informe. Una vez finalizado cada desplazamiento presenté al ordenador del gasto el informe en el Formato Informe Legalización Desplazamiento Contratista GTH-F-087, en el que se describieron las actividades desarrolladas y los resultados de cada desplazamiento. Cada informe cuenta con el visto bueno del Supervisor.

Se lista a continuación el soporte de la legalización de los desplazamientos realizados, los cuales forman parte integral del presente informe de ejecución contractual.

| ITEM | No DE LA ORDEN DE VIAJE | LUGAR DE DESPLAZAMIENTO | FECHAS DE DESPLAZAMIENTOS |              |
|------|-------------------------|-------------------------|---------------------------|--------------|
|      |                         |                         | INICIO                    | FINALIZACIÓN |
| 1.   |                         |                         |                           |              |
| 2.   |                         |                         |                           |              |

**Nota 1:** Por cada desplazamiento que haya realizado el contratista, adjuntará el respectivo informe que la soporte. En caso de haber realizado el desplazamiento en fecha posterior a la presentación del informe de ejecución contractual, deberá reportarlo en el siguiente informe de ejecución contractual.

Para el trámite de la cuenta me permito adjuntar: Documentos enunciados como evidencias del cumplimiento de las obligaciones contractuales y los desplazamientos realizados, fotocopia de la planilla-recibo de pago de aportes a salud y pensiones (7745450147) expedido por SOI correspondiente al mes de Enero del año 2020 y certificado de afiliación ARL del mes de febrero expedido por SURA. (Decreto Ley 2106 de 2019 – “Decreto Ley Antitrámites”)

GTH-F-062 V.06



Evidencias en (3) folios

Cordialmente,

Firma

Luz Amanda Ariza Zafra

**Contratista**

**C.C. No. 63.437.231 de Vélez**

Recibí a satisfacción:

**Martha Rueda Moncada**

**Supervisor Contrato CO1.PCCNTR.1391180 de 2020**

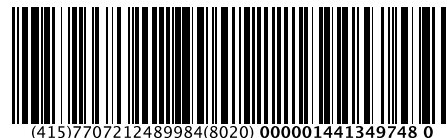
2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14413497480



(415)7707212489984(8020) 000001441349748 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

6 3 4 3 7 2 3 1 - 0

6. DV

0

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Bucaramanga

14. Buzón electrónico

4

**IDENTIFICACION**

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación:

6 3 4 3 7 2 3 1

27. Fecha expedición:

1 9 9 8 0 3 1 1

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

1 6 9

29. Departamento:

Santander

6 8

30. Ciudad/Municipio:

Vélez

8 6 1

31. Primer apellido

ARIZA

32. Segundo apellido

ZAFRA

33. Primer nombre

LUZ

34. Otros nombres

AMANDA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

**UBICACION**

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Santander

6 8

40. Ciudad/Municipio:

Vélez

8 6 1

41. Dirección principal

CL 7 4 11 P 2

42. Correo electrónico:

amandariz@hotmail.com

43. Código postal

3 2 1 4 0 0 5 6 8 4

44. Teléfono 1:

3 1 4 7 7 3 6 4 4 2

45. Teléfono 2:

3 1 4 7 7 3 6 4 4 2

**CLASIFICACION**

**Actividad económica**

**Actividad principal**

46. Código:

8 5 4 2

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 3 0 1 0 1

**Actividad secundaria**

48. Código:

8 5 2 3

49. Fecha inicio actividad:

2 0 1 3 0 1 0 1

**Otras actividades**

50. Código:

1 2

**Ocupación**

51. Código

1 2

52. Número establecimientos

1 2

**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: | 2 | 0 |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

20- Obtención NIT

**Obligados aduaneros**

| 54. Código: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|-------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
|             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |

**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:

2 0 1 7 0 4 2 8

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 ARIZA ZAFRA LUZ AMANDA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

YEROVA OCUPACIONAL SAS

NIT. 900.889.143-5

*Yeny Cecilia Rodriguez Valle*

Médico Especialista En Salud Ocupacional

Y Riesgos Laborales

Licencia 03106 Cel. 311 592 22 24

CIUDAD Y FECHA: *Feb 14-2020*

7254

|                                                                                                                           |                                                               |                                                  |                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------|
| APELLIDOS Y NOMBRES DEL ASPIRANTE:                                                                                        |                                                               | <i>Loz Amanda Aniza Zapu</i>                     |                   |
| IDENTIFICACION:                                                                                                           |                                                               | <i>63.437.231</i>                                |                   |
| NOMBRE EMPRESA:                                                                                                           |                                                               | <i>Sena</i>                                      |                   |
| EMPRESA EN MISION:                                                                                                        |                                                               | <i>instrutor</i>                                 |                   |
| CARGO (PERFIL DEL CARGO EVALUADO)                                                                                         |                                                               |                                                  |                   |
| EVALUACION REALIZADA                                                                                                      |                                                               |                                                  |                   |
| TIPO DE EXAMEN MEDICO                                                                                                     | PRUEBAS COMPLEMENTARIAS                                       |                                                  |                   |
| INGRESO <input checked="" type="checkbox"/>                                                                               | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL <input checked="" type="checkbox"/> | PSICOSAL <input checked="" type="checkbox"/>     |                   |
| EGRESO <input type="checkbox"/>                                                                                           | AUDIOMETRIA <input type="checkbox"/>                          | OPTOMETRIA <input checked="" type="checkbox"/>   |                   |
| POSTINCAPACIDAD <input type="checkbox"/>                                                                                  | VISIOMETRIA <input type="checkbox"/>                          | LABORATORIOS <input checked="" type="checkbox"/> |                   |
| PERIÓDICO <input type="checkbox"/>                                                                                        | ESPIROMETRIA <input type="checkbox"/>                         | PRUEBA DE VERTIGO <input type="checkbox"/>       |                   |
| ALTURAS <input type="checkbox"/>                                                                                          | PRUEBA NEUROLÓGICA <input type="checkbox"/>                   |                                                  | <i>proceder y</i> |
| ANTECEDENTES DE ACCIDENTE DE TRABAJO (AT) Y/O ENFERMEDAD PROFESIONAL (EP)                                                 |                                                               |                                                  |                   |
| AT: SI__ NO__ FECHA: _____                                                                                                |                                                               | EP: SI__ NO__ FECHA: _____                       |                   |
| CONCEPTO                                                                                                                  |                                                               |                                                  |                   |
| APTO SIN PATOLOGIA APARENTE <input type="checkbox"/>                                                                      |                                                               |                                                  |                   |
| APTO CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR <input checked="" type="checkbox"/>                                             |                                                               |                                                  |                   |
| APTO CON RESTRICCIÓN: <input type="checkbox"/>                                                                            |                                                               |                                                  |                   |
| APLAZADO: <input type="checkbox"/>                                                                                        |                                                               |                                                  |                   |
| NO APTO: <input type="checkbox"/>                                                                                         |                                                               |                                                  |                   |
| PUEDE CONTINUAR REALIZANDO SU LABOR <input type="checkbox"/>                                                              |                                                               |                                                  |                   |
| SE SUGIERE REUBICACIÓN LABORAL <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                               |                                                  |                   |
| EXAMEN DE RETIRO NO SATISFACTORIO CON EVIDENCIA DE ENFERMEDAD <input type="checkbox"/>                                    |                                                               |                                                  |                   |
| EXAMEN DE RETIRO SATISFACTORIO SIN EVIDENCIA DE ENFERMEDAD DE ORIGEN OCUPACIONAL <input type="checkbox"/>                 |                                                               |                                                  |                   |
| APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS <input type="checkbox"/>                                                                     |                                                               |                                                  |                   |
| NO APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS <input type="checkbox"/>                                                                  |                                                               |                                                  |                   |
| EXPOSICION A FACTORES DE RIESGO ( diligencia solo si es examen de ingreso, periódico o post incapacidad                   |                                                               |                                                  |                   |
| Físicos: Ruido__ Iluminación__ Temperatura Extrema__ Radiación ionizante__ Radiación no ionizante__ Vibración__ Presión__ |                                                               |                                                  |                   |
| Químicos: Polvos__ Gases__ Vapores__ Líquidos__ Humos__ Nieblas__ Rocíos__                                                |                                                               |                                                  |                   |
| Ergonómicos: Trabajo estático__ Esfuerzo físico__ Manipulación de Cargas__ Posturas Forzadas__ Movimientos Repetitivos__  |                                                               |                                                  |                   |
| Psicosociales: Contenido de la tarea__ Organización del tiempo de trabajo__ Relaciones humanas__ Gestión__                |                                                               |                                                  |                   |
| Biológicos: Virus__ Bacterias__ Parásitos__ Hongos__ Contactos con fluidos humanos__ Contacto con piezas anatómicas__     |                                                               |                                                  |                   |
| Mecánicos: Mecanismos en Movimiento__ Proyección de Partículas__ Manejo de Herramientas__ Equipos y Elementos a presión__ |                                                               |                                                  |                   |
| Público: Inseguridad Social__ Violencia__ Trabajo en la calle__                                                           |                                                               |                                                  |                   |
| Locativo: Superficies de Trabajo__ Distribución de áreas de trabajo__ Falta de orden y aseo__                             |                                                               |                                                  |                   |
| Eléctrico: Alta Tensión__ Baja Tensión__ Electricidad estática__                                                          |                                                               |                                                  |                   |
| HALLAZGOS DE RELEVANCIA OCUPACIONAL                                                                                       |                                                               |                                                  |                   |
| <i>Hiperlipidemia leve.</i><br><i>hipertensión</i>                                                                        |                                                               |                                                  |                   |
| RECOMENDACIONES (diligencia solo si es examen de ingreso, periódico o post incapacidad)                                   |                                                               |                                                  |                   |
| ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL <input type="checkbox"/>                                                                 | Valoración por EPS: <i>hipertensión</i>                       |                                                  |                   |
| CAPACITACIONES SALUD OCUPACIONAL <input type="checkbox"/>                                                                 | <i>optometría ocular.</i>                                     |                                                  |                   |
| PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL <input type="checkbox"/>                                                                    |                                                               |                                                  |                   |
| CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACION ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO             |                                                               |                                                  |                   |
| NOMBRE TRABAJADOR:                                                                                                        | NOMBRE MEDICO:                                                |                                                  |                   |
| <i>Amanda Loz</i>                                                                                                         | <i>Yeny Cecilia Rodriguez Valle</i>                           |                                                  |                   |
| FIRMA:                                                                                                                    | FIRMA:                                                        |                                                  |                   |
| <i>63437231</i>                                                                                                           | <i>Yeny Cecilia Rodriguez Valle</i>                           |                                                  |                   |
| CEDULA:                                                                                                                   | LICENCIA OCUPACIONAL Lic 03106 UPTG                           |                                                  |                   |



### Hace constar:

Que el Sr(a) LUZ AMANDA ARIZA ZAFRA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 63437231 realizó el día 02/03/2020 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, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

---

### Compromiso SST:

Yo LUZ AMANDA ARIZA ZAFRA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 63437231 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

Medellín, 20 de febrero de 2020

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES  
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

**CERTIFICA:**

Que LUZ AMANDA ARIZA ZAFRA identificado(a) con cédula de ciudadanía 63437231 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

**Fecha inicio cobertura:** 21/02/2020

**Fecha fin cobertura:** 16/12/2020

**INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE**

**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA N899999034**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

1805001 - EDUCACION SUPERIOR, HACE REFERENCIA A EMPRESAS DEDICADAS A ESPECIALIZACIONES Y POSGRADOS CUANDO SE REALICEN ACTIVIDADES PRACTICAS SE ASIMILARAN AL RIESGO DEL CENTRO DE TRABAJO.

**CLASE DE RIESGO:** 1 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 0,522%

**CENTRO DE TRABAJO:** 0000009546 - CENTRO DE GESTIÓN AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE

**CLASE:** 2 **PORCENTAJE:** 1,044% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

**ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:**

2013001 - EMPRESAS DEDICADAS A LA ACTIVIDAD MIXTA (AGRICOLA Y PECUARIA)

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

2013001 - EMPRESAS DEDICADAS A LA ACTIVIDAD MIXTA (AGRICOLA Y PECUARIA)

**CODIGO DE ACTIVIDAD:** 2013001

**CLASE DE RIESGO:** 2 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 1,044%

**Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:**

**Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago:** La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

**Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.**

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arlsura.com.co](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C634372312005185743

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

20/02/2020 11.49 PM

SEGURO DE CUMPLIMIENTO A FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES  
(GARANTÍA ÚNICA)



|                                                                    |                     |                                   |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------|
| Ciudad y Fecha de Expedición<br>BUCARAMANGA, 21 DE FEBRERO DE 2020 | Póliza<br>2573221-7 | Documento<br>13124556             |
| Intermediario<br>AMERICO MONTANINO Y CIA LTDA                      | Código<br>19139     | Oficina<br>2631                   |
|                                                                    |                     | Referencia de Pago<br>01213124556 |

**TOMADOR**

|                                            |                                                                |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| CEDULA<br>63437231                         | Razón Social y/o Nombres y Apellidos<br>LUZ AMANDA ARIZA ZAFRA |
| Dirección<br>BR LOS ARRAYANES CS 48 PISO 2 | Ciudad<br>VELEZ                                                |
|                                            | Teléfono                                                       |

**GARANTIZADO**

|                    |                                               |
|--------------------|-----------------------------------------------|
| CEDULA<br>63437231 | Nombres y Apellidos<br>LUZ AMANDA ARIZA ZAFRA |
|--------------------|-----------------------------------------------|

**BENEFICIARIO Y/O ASEGURADO**

|                   |                                                         |
|-------------------|---------------------------------------------------------|
| NIT<br>8999990341 | Nombres y Apellidos<br>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE |
|-------------------|---------------------------------------------------------|

**COBERTURAS DE LA PÓLIZA**

|                           |               |                   |                 |           |
|---------------------------|---------------|-------------------|-----------------|-----------|
| COBERTURA                 | FECHA INICIAL | FECHA VENCIMIENTO | VALOR ASEGURADO | PRIMA     |
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 21-FEB-2020   | 15-ABR-2021       | 3.495.750,00    | 40.000,00 |

| Desde       | Hasta       | Días | Desde       | Hasta       | VLR. PRIMA SIN IVA | VLR. IMPUESTOS (IVA) | TOTAL A PAGAR |
|-------------|-------------|------|-------------|-------------|--------------------|----------------------|---------------|
| 21-FEB-2020 | 15-ABR-2021 | 419  | 21-FEB-2020 | 15-ABR-2021 | \$40.000           | \$7.600              | \$47.600      |

**VALOR A PAGAR EN LETRAS**

CUARENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS PESOS M/L

|                               |                                           |                         |                                         |
|-------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------------|
| Documento de:<br>POLIZA NUEVA | Valor Asegurado Movimiento<br>\$3.495.750 | Prima Anual<br>\$10.487 | Total Valor Asegurado<br>\$3.495.750,00 |
|-------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------------|

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. FAVOR NO EFECTUAR RETENCIÓN SOBRE EL IVA  
LAS PRIMAS DE SEGUROS NO ESTÁN SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE DECRETO REGLAMENTARIO 2509/85 ART. 17. AUTORRETENEDORES RESOLUCIÓN N° 009961

**104 - NEGOCIOS PERSONALES Y FAMILIAR**

| RAMO | PRODUCTO | OFICINA | USUARIO | OPERACIÓN | MONEDA          | COASEGURO | NÚMERO PÓLIZA LÍDER | DOCUMENTO COMPAÑÍA LÍDER |
|------|----------|---------|---------|-----------|-----------------|-----------|---------------------|--------------------------|
| 012  | NDX      | 2631    | 906825  | 01        | PESO COLOMBIANO | DIRECTO   |                     |                          |

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA TOMADOR

**PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS**

| CÓDIGO | NOMBRE DEL PRODUCTOR         | COMPAÑÍA                            | CATEGORÍA | %PARTICIPACIÓN | PRIMA  |
|--------|------------------------------|-------------------------------------|-----------|----------------|--------|
| 19139  | AMERICO MONTANINO Y CIA LTDA | SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. | AGENCIAS  | 100,00         | 40.000 |

| DESCRIPCIÓN         | Fecha a partir de la cual se utiliza | Tipo y número de la entidad | Tipo de documento | Ramo al cual accede | Identificación Interna de la proforma |
|---------------------|--------------------------------------|-----------------------------|-------------------|---------------------|---------------------------------------|
| CÓDIGO CLAUSULADO   | 01/01/2017                           | 13 - 18                     | P                 | 05                  | F-01-12-084                           |
| CÓDIGO NOTA TÉCNICA | 25/06/2017                           | 13 - 18                     | NT-P              | 5                   | N-01-012-011                          |

**TEXTOS Y ACLARACIONES ANEXAS**

SE GARANTIZA EL CUMPLIMIENTO AL CONTRATO N° C01.PCCNTR.1391180 REFERENTE A:  
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL DE DIFERENTES ÁREAS DEL  
CONOCIMIENTO PARA DESARROLLAR LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN COMPLEMENTARIA VIRTUAL  
EN EL ÁREA DE DISEÑO EN EL CENTRO DE GESTIÓN AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE.

\*\*\*

NOTA ACLARATORIA: BENEFICIARIO: CENTRO DE GESTION AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE  
SENA VELEZ NIT: 899999034-1  
DIRECCION: TRANSVERSAL 8 N 8A - 50  
TELEFONO: 7563017

\*\*\*



Referencia de pago

550115441529

| Información del cliente |                |
|-------------------------|----------------|
| Nombre                  | Identificación |
| LUZ AMANDA ARIZA ZAFRA  | 63437231       |

| Estado de transferencia |                     |                |              |
|-------------------------|---------------------|----------------|--------------|
| Descripción             | Aprobada            | Estado         | Aprobada     |
| Fecha de pago           | 2020-02-21 09:54:20 | Forma de pago  | PSE          |
| Banco                   | PSE                 | Descripción IP | 10.201.138.7 |

| Resumen de pago  |                  |          |
|------------------|------------------|----------|
| Número de recibo | Número de póliza | Monto    |
| 13124556         | 012002573221     | \$47,600 |
| Total            |                  | \$47,600 |

Si tienes alguna inquietud podrás contactarnos en los siguientes teléfonos, para Medellín, Cali y Bogotá: 347 88 88. En el resto del país: 01800 051 8888 o envíanos un correo electrónico a [pagoexpress@sura.com.co](mailto:pagoexpress@sura.com.co).



.....  
SEGURO DE CUMPLIMIENTO A FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES  
(DECRETO 1082 DE 2015)

SEGURO DE CUMPLIMIENTO A FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES (Decreto 1082 de 2015)

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.

CONDICIONES GENERALES

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., con domicilio principal en la ciudad de Medellín, Departamento de Antioquia, República de Colombia, denominada en adelante SURAMERICANA, en consideración a la solicitud presentada por el tomador y al previo pago de la prima correspondiente, con sujeción a los términos y condiciones generales contenidas en el presente contrato de seguro, cubre a la entidad estatal contratante de los perjuicios derivados del incumplimiento del contrato garantizado que sean imputables al contratista, conforme los amparos descritos en la carátula de la póliza y las condiciones que a continuación se señalan:

1. RIESGOS AMPARADOS

SURAMERICANA OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA, HASTA EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 1088 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGÚN EL CUAL, EL CONTRATO DE SEGURO ES DE MERA INDEMNIZACIÓN Y JAMÁS PODRÁ CONSTITUIR FUENTE DE ENRIQUECIMIENTO. LA INDEMNIZACIÓN PODRÁ COMPRENDER A LA VEZ, EL DAÑO EMERGENTE Y EL LUCRO CESANTE, PERO ESTE ÚLTIMO DEBERÁ SER OBJETO DE UN ACUERDO EXPRESO QUE CONSTE EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA PARA SER CUBIERTO. ESTE SEGURO CUBRE LOS PERJUICIOS DIRECTOS QUE SUFRA LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE OCASIONADOS POR INCUMPLIMIENTOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA, CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES DEL PRESENTE SEGURO.

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA

- CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL DE 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 LA OFERTA
  - 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 INVERSION DEL ANTICIPO.

- CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DE:
- 1.2.1 LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO.
  - 1.2.2 EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO.
  - 1.2.3 LA APROPIACIÓN INDEBIDA DE LOS RECURSOS RECIBIDOS EN CALIDAD DE ANTICIPO.

1.3 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO

- CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DE:
- 1.3.1 EL INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA.
  - 1.3.2 EL CUMPLIMIENTO TARDÍO O DEFECTUOSO DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA.
  - 1.3.3 LOS DAÑOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA POR ENTREGAS PARCIALES DE LA OBRA, CUANDO EL CONTRATO NO PREVÉ ENTREGAS PARCIALES.
  - 1.3.4 EL PAGO DEL VALOR DE LAS MULTAS Y DE LA CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA.

1.4 AMPARO DE DEVOLUCION DE PAGO ANTICIPADO

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

1.5 AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES

CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES DEL CONTRATISTA EN VIRTUD DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADO EN EL TERRITORIO NACIONAL PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO AMPARADO.

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 COLOMBIANO.

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA

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

1.7 CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADOS

CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO EN LAS CONDICIONES DE CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES QUE RECIBE LA ENTIDAD ESTATAL EN CUMPLIMIENTO DE UN CONTRATO.

1.8 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

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

2. EXCLUSIONES

- LOS AMPAROS PREVISTOS EN EL PRESENTE SEGURO NO OPERARAN EN LOS SIGUIENTES CASOS:
- 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 A LOS BIENES DE LA ENTIDAD ESTATAL NO DESTINADOS AL CONTRATO.
  - 2.3 USO INDEBIDO O INADECUADO O FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO AL QUE ESTÁ OBLIGADA LA ENTIDAD ESTATAL.
  - 2.4 EL DETERIORO NORMAL QUE SUFRAN LOS BIENES ENTREGADOS CON OCASIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO COMO CONSECUENCIA DEL TRANSURSO DEL TIEMPO.

3. INDEPENECIA DE LOS AMPAROS

Los amparos deben ser independientes unos de otros respecto de sus riesgos y de sus valores asegurados. La entidad estatal

| CAMPO               | 1                                    | 2                           | 3                 | 4                      | 5                                     |
|---------------------|--------------------------------------|-----------------------------|-------------------|------------------------|---------------------------------------|
| DESCRIPCIÓN         | Fecha a partir de la cual se utiliza | Tipo y número de la Entidad | Tipo de Documento | Ramo al cual pertenece | Identificación Interna de la proforma |
| CÓDIGO CLAUSULADO   | 22/06/2015                           | 13 - 18                     | P                 | 05                     | F-01-12-081                           |
| CÓDIGO NOTA TÉCNICA | 15/10/2013                           | 13 - 18                     | NT-P              | 5                      | N-01-012-0009                         |

solamente puede reclamar o tomar el valor de un amparo para cubrir o indemnizar el valor del amparo cubierto. Los amparos son excluyentes y no se pueden acumular.

#### 4. SUMA ASEGURADA

La responsabilidad de SURAMERICANA, respecto de cada amparo, no excederá, en ningún caso, la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza para cada uno de ellos, los cuales son independientes uno de otro respecto de sus riesgos y de sus valores asegurados. La entidad estatal contratante asegurada no podrá reclamar o tomar el valor de un amparo para cubrir o indemnizar el valor de otros, los cuales no son acumulables y son excluyentes entre sí.

La suma asegurada, determinada para cada amparo en la carátula de la póliza, delimita la responsabilidad máxima de la compañía en caso de siniestro.

#### 5. VIGENCIA

La vigencia de los amparos otorgados por este seguro constarán en la carátula de la póliza o en sus anexos.

#### 6. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA

De acuerdo con lo establecido en el artículo 1077 en concordancia con el artículo 1080 del Código de Comercio, la entidad estatal contratante asegurada deberá demostrar la ocurrencia del siniestro y acreditar la cuantía de la pérdida, previo agotamiento del derecho de audiencia del contratista garantizado y del garante, de la siguiente forma:

- 6.1. Por medio del acto administrativo en el cual la entidad estatal declare la caducidad del contrato y ordene el pago al contratista y al garante, bien sea de la cláusula penal o de los perjuicios que ha cuantificado. El acto administrativo de caducidad constituye el siniestro.
- 6.2. Por medio del acto administrativo en el cual la entidad estatal impone multas, debe ordenar el pago al contratista y al garante. El acto administrativo correspondiente constituye el siniestro.
- 6.3. Por medio del acto administrativo en el cual la entidad estatal declare el incumplimiento, puede hacer efectiva la cláusula penal, si está pactada en el contrato, y ordenar su pago al contratista y al garante. El acto administrativo correspondiente es la reclamación para la compañía de seguros.

En cualquier caso, para determinar el monto del perjuicio a reclamar por parte de la entidad estatal a SURAMERICANA, deberá deducir del mismo cualquier suma que a esta le adeude el contratista.

#### 7. COMPENSACIÓN

Si la entidad estatal contratante asegurada al momento de tener conocimiento del incumplimiento o con posterioridad a este o del resultado de la liquidación del contrato y anterior al pago de la indemnización, fuere deudora del contratista por cualquier concepto, se aplicará la compensación y la indemnización se disminuirá en el monto de las acreencias, según la ley, de conformidad con lo señalado en los artículos 1714 y subsiguientes del Código Civil.

Igualmente, se disminuirá del valor de la indemnización, el valor correspondiente a los bienes que la entidad estatal contratante asegurada haya obtenido del contratista, sea judicial o extrajudicialmente, en ejercicio de las acciones derivadas del contrato cuyo cumplimiento se garantiza por medio del presente seguro.

#### 8. PAGO DEL SINIESTRO

La aseguradora pagará el valor del siniestro, así:

- 8.1 Para el caso previsto en el numeral 6.1, dentro del mes siguiente a la comunicación escrita que con tal fin haga la entidad estatal contratante asegurada para reclamar el pago, acompañada de una copia auténtica del acto administrativo ejecutoriado y del acta de liquidación del contrato o de la resolución ejecutoriada que acoja la

liquidación unilateral, junto con la constancia de la entidad estatal contratante asegurada de la no existencia de saldos a favor del contratista garantizado respecto de los cuales se pueda aplicar la compensación de que trata la condición sexta de este clausulado o en la que conste la disminución en el valor a indemnizar en virtud de la compensación. Lo aquí dispuesto no exime a la entidad contratante asegurada de demostrar los perjuicios en los términos establecidos en el artículo 1077 en concordancia con el artículo 1080 del Código de Comercio.

- 8.2 Para el caso del numeral 6.2, dentro del mes siguiente a la comunicación escrita que haga la entidad estatal contratante asegurada, acompañada de la copia auténtica del acto administrativo ejecutoriado, junto con la constancia de la entidad estatal contratante asegurada de la no existencia de saldos a favor del contratista garantizado respecto de los cuales se pueda aplicar la compensación de que trata la condición sexta de este clausulado o en la que conste la disminución en el valor a indemnizar en virtud de la compensación.

- 8.3 Para el caso presentado en el numeral 6.3, dentro del mes siguiente a la comunicación escrita que haga la entidad estatal contratante asegurada, acompañada de una copia auténtica del acto administrativo ejecutoriado, junto con la constancia de la entidad estatal contratante asegurada de la no existencia de saldos a favor del contratista garantizado respecto de los cuales se pueda aplicar la compensación de que trata la condición sexta de este clausulado o en la que conste la disminución en el valor a indemnizar en virtud de la compensación. Lo aquí dispuesto no exime a la entidad contratante asegurada de demostrar los perjuicios en los términos establecidos en el artículo 1077 en concordancia con el artículo 1080 del Código de Comercio.

**PARAGRAFO 1:** La entidad estatal agotará los mecanismos alternativos de solución de conflictos pactados por las partes en el contrato estatal antes de hacer efectivo el presente seguro.

**PARAGRAFO 2:** De conformidad con el artículo 1110 del Código de Comercio la aseguradora podrá optar por cumplir su prestación mediante el pago de la indemnización o continuando la ejecución de la obligación garantizada.

#### 9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN

Para los casos en que la suma asegurada sea aumentada o disminuida y para aquellos en los cuales las estipulaciones del contrato original sean modificadas, si SURAMERICANA acepta tal modificación, expedirá un certificado o anexo de modificación del seguro, en donde exprese su conocimiento y autorización respecto de las modificaciones acordadas entre el contratista garantizado y la entidad estatal contratante asegurada.

#### 10. SUBROGACIÓN

En virtud del pago de la indemnización, de acuerdo con el artículo 1096 del Código de Comercio, en concordancia con el artículo 203 del decreto 663 de 1993 Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, la Aseguradora se subroga hasta concurrencia de su importe, en todos los derechos que la entidad estatal contratante asegurada tenga contra el contratista garantizado.

#### 11. CLÁUSULA DE GARANTÍA. MODIFICACIONES AL CONTRATO

SURAMERICANA otorga el presente seguro bajo las siguientes garantías, aceptadas por el tomador y la entidad estatal contratante asegurada así:

- a. En los términos definidos por el artículo 1060 y 1061 del Código de Comercio, durante la vigencia no introducirá modificaciones al contrato garantizado por medio del presente seguro, sin la notificación y consentimiento expreso y de manera escrita por parte de SURAMERICANA y la expedición del certificado de modificación correspondiente.

- b. El tomador y afianzado, se obligan a actualizar anualmente o al momento de la renovación del seguro o en el momento de ser requerido por SURAMERICANA, la información relativa a su actividad laboral, comercial, financiera y demás, contenida en el formulario de vinculación de clientes.

## **12. VIGILANCIA SOBRE EL CONTRATISTA EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO**

SURAMERICANA tiene derecho a ejercer la vigilancia sobre el contratista garantizado en la ejecución del contrato, para lo cual la entidad estatal contratante asegurada le prestará la colaboración necesaria.

La entidad estatal contratante asegurada se compromete a ejercer estricto control sobre el desarrollo del contrato y sobre el manejo de los fondos y bienes correspondientes dentro de las atribuciones que dicho contrato le confiere.

## **13. PROHIBICIÓN DE LA TRANSFERENCIA O CESIÓN DEL CONTRATO**

No se permite hacer cesión o transferencia del presente seguro sin el consentimiento escrito de SURAMERICANA. En caso de incumplimiento de esta disposición, el seguro termina automáticamente y SURAMERICANA solo será responsable por los actos de incumplimiento que hayan ocurrido con anterioridad a la fecha de la cesión o transferencia.

## **14. NO EXPIRACIÓN POR FALTA DE PAGO DE PRIMA E IRREVOCABILIDAD**

El presente seguro no expirará por falta de pago de la prima ni podrá ser revocado unilateralmente.

## **15. NOTIFICACIONES Y RECURSOS**

La entidad estatal contratante asegurada deberá notificar a la aseguradora los actos administrativos expedidos con la finalidad de afectar el presente seguro, previo agotamiento del derecho de defensa del contratista garantizado y el garante.

## **16. NATURALEZA DEL SEGURO**

La garantía que se otorga por medio de este seguro, así como sus certificados de modificación, no es solidaria ni incondicional y su afectación está supeditada a la ocurrencia del siniestro y su cuantificación, en los términos señalados en la ley y en este contrato.

## **17. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES**

En caso de incongruencia entre las condiciones generales o particulares del presente seguro y las del contrato garantizado, prevalecerán las primeras. Si la incongruencia se presenta entre las condiciones particulares y las condiciones generales, prevalecerán las primeras.

## **18. COEXISTENCIA DE SEGUROS**

En caso de existir, al momento del siniestro, otro seguro de cumplimiento con relación al mismo contrato, el importe de la indemnización a que haya lugar, se distribuirá entre las aseguradoras en proporción a las cuantías de sus respectivos seguros.

## **19. COASEGURO**

En caso de existir coaseguro al que se refiere el artículo 1095 del Código de Comercio, el importe de la indemnización a que haya lugar se distribuirá entre las aseguradoras en proporción de las cuantías de sus respectivos seguros, sin que exista solidaridad entre las aseguradoras participantes y sin exceder de la suma asegurada bajo el contrato de seguro.

## **20. PRESCRIPCIÓN**

La prescripción de las acciones derivadas del presente contrato se regirá por las normas del Código de Comercio.

## **21. DOMICILIO**

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados en el presente contrato se fija como domicilio de las partes la ciudad de Medellín en la República de Colombia.

# Certificado Bancario

Domingo, 16 de Febrero de 2020

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que LUZ AMANDA ARIZA ZAFRA identificado(a) con CC 63437231, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Product                | No.                         | Fecha                      | Estad       |
|------------------------|-----------------------------|----------------------------|-------------|
| o<br>CUENTA DE AHORROS | Producto<br>329672608<br>77 | Apertura<br>2011/03/<br>01 | o<br>ACTIVA |

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

\*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números:  
Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

*Juan Camilo Moreno*  
Juan Camilo Moreno Gómez  
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el  
momento  
de  
todos



Bancolombia