SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL SANTANDER
DESPACHO DIRECCION

Código Regional	**68**
Código Centro	**101068**
Fecha Elaboración	**4 de febrero de 2020**
Versión	**ENERO 2020 - 1,20**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ANDREA JULIANA CELIS CAMACHO	**C.C.**	63.550.510	**IP/Nº de contacto**	73856
Correo electrónico contratista:	ajcelis@sena.edu.co				
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta?**	NO	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**	NO
Banco al cual consignar:	BANCO CAJA SOCIAL	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	24099343974
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	NO	**Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los $ 124.625.000**		NO	

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	1312902/2020			**Nº Compromiso SIIF**		**9420**	
Valor Total del Contrato	$ 21.264.667	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 21.264.667	**1**	**Del**	**28/01/2020**	**Al**	**31/01/2020**	**$ 254.667,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 21.010.000		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 254.667		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			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 254.667**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.620**		**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	----------	**9401318548**	Valor Base retención en la fuente	2.620,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 877.803	$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	4.367,00	
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 I	$ 4.600	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	0,00	0,600%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -		-	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -				
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	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 17.117		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 254.667,00**	

SON: DOSCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

registro aplicativo ape
divulgacion de la oferta institusional
orientación del aplicativo ape
certificado de la APE para el proceso de formación

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.

ANDREA JULIANA CELIS CAMACHO
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,

CARLOS ALBERTO DIAZ CALDAS
PROFESIONAL G08

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:
EL ORDENADOR DEL PAGO

ORLANDO ARIZA ARIZA
DIRECTOR REGIONAL

Certificado de Aportes

Se certifica que ANDREA JULIANA CELIS CAMACHO identificado(a) con CC 63550510 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: CELIS CAMACHO ANDREA JULIANA CC 63550510																											
Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																	
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9401318548	03577975	I	2020-01-22	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-01	30							X										
9401318548	03577975	I	2020-01-22	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-01	30							X										
9401318548	03577975	I	2020-01-22	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-01	30							X										

Este certificado se expide el día 2020-02-05 a las 10:02.

PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

FORMATO INFORME MENSUAL EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Bucaramanga, Enero 31 del 2020

Señor (a)
CARLOS ALBERTO CALDAS
SUPERVISOR(A) CONTRATO No. **CO1.PCCNTR.** 1312902
CORDINADOR APE
Dependencia APE
Bucaramanga

Asunto: Informe mensual de ejecución contractual Mes Enero del año 2020

Referencia: No **CO1.PCCNTR.** 1312902 del año 2020

ANDREA JULIANA CELIS CMACHO identificado con la cédula de ciudadanía No. 63.550.510 de Bucaramanga, en mi calidad de Contratista del SENA, en APOYO TECNICO A VICTIMA APE, 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. (Periodo del 28 al 31 de enero de 2020)

Valor y forma de Pago: El valor total del presente contrato es máximo de **VEINTIUN MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS 00/100 M.N. ($21.264.667**) incluido IVA de conformidad con el regimen tributario a que pertenezca el futuro contratista. El mes de Enero proporcional y de Febrero a Diciembre normal.

Plazo: once (11) mes y cuatro (4) días sin exceder la presente vigencia presupuestal y empezará a contarse a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución indicados en este contrato.

OBJETO:
Prestar los servicios personales como apoyo a las acciones y estrategias de la Agencia Pública de Empleo, para la atencion de la población víctima de la violencia, usuarios buscadores de empleo y poblaciones vulnerables.

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

No	Obligaciones	Acciones realizadas	Evidencias
1	Apoyar a la Agencia Pública de Empleo en las acciones concernientes a la divulgación y presentación de los servicios de la APE, entre ellos orientación ocupacional e intermediación laboral, así como	Se brindó orientación y registró del aplicativo APE a las personas de población vulnerables.	Por medio del Centro Agroturístico San Gil, se brindó la orientación

	participar cuando sea requerido, en diferentes estrategias como microruedas de empleo, eventos, ferias de servicio, oficinas móviles, llevando a cabo el correspondiente registro de cada acción en el aplicativo de intermediación laboral de la APE.		
2	Apoyar a los centros de formación en la verificación de la caracterización de la población víctima en el aplicativo Vivanto.	No aplica	No aplica
3	Participar en los espacios de concertación de acciones, así como en los eventos de promoción y divulgación de la oferta institucional en los diferentes espacios convocados por la Unidad para las Víctimas.	No aplica	No aplica
4	Apoyar la atención de los beneficiarios de los fallos de restitución de tierras, remisiones administrativas y sentencias de justicia y paz	No aplica	No aplica
5	Asistir a los Centros Regionales de Atención y Reparación a Víctimas CRAV y puntos de atención de Población Víctima, según cronograma establecido y validado por el Líder de población víctima o el Coordinador de la Agencia Pública de Empleo, cuando sea requerido.	No aplica	No aplica
6	Apoyar la ejecución de los indicadores de gestión y de producto de atención a víctimas.	No aplica	No aplica
7	Apoyar la sistematización de información correspondiente a la atención de la población víctima de la violencia..	No aplica	No aplica

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, pensiones y ARL, 9401318548 expedido por APORTES EN LINEA correspondiente al mes de ENERO del año 2020.

Evidencias en (1) folios

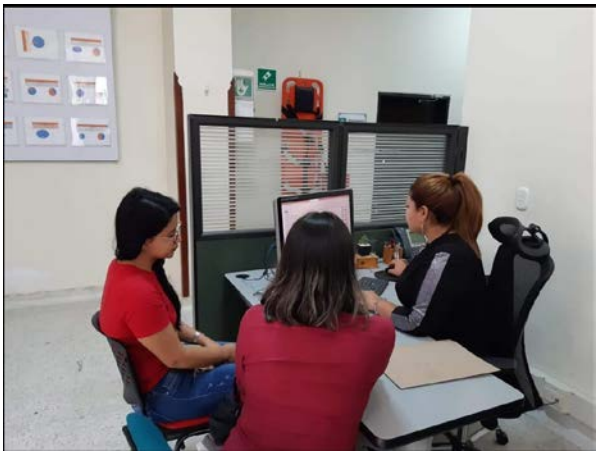
Cordialmente,

ANDREA JULIANA CELIS CAMACHO
Contratista
C.C. No. 63.550.510 de Bucaramanga

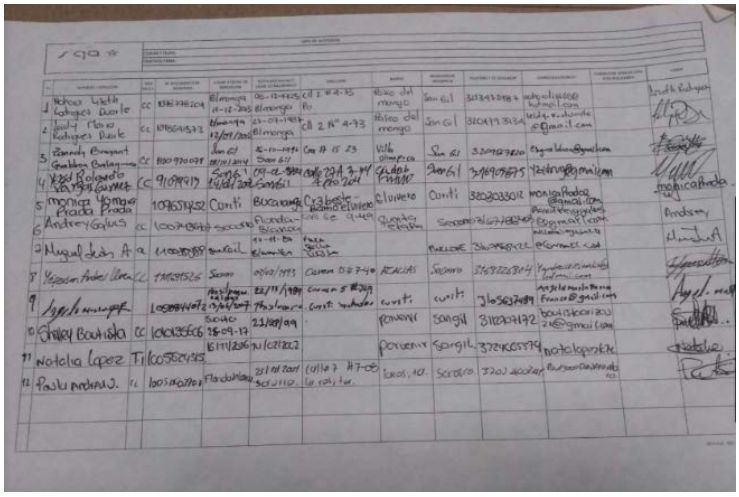
Recibí a satisfacción:

CARLOS ALBERTO CALDAS
Supervisor(a) Contrato No **CO1.PCCNTR.** 1312902 **de 2020**

EVIDENCIAS DOCUMENTALES PERIODO DEL 28 AL 31 DE ENERO DE 2020







ANDREA JULIANA CELIS CAMACHO
C.C.63.550.510 DE Bucaramanga
CONTRATO No.
No **CO1.PCCNTR.** 1312902

Bucaramanga, Febrero 4 de 2020

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
La Ciudad

Asunto: Información solicitada por el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013

Dando cumplimiento a lo establecido con el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013, y como persona actualmente residente en Colombia que durante el año calendario actual les estará cobrando rentas de trabajo (salarios, u honorarios, o comisiones, o servicios personales, o emolumentos eclesiásticos, etc.), suministro a ustedes la siguiente información para efectos de que ustedes mismos definan el valor de la retención en la fuente que se ha de aplicar a los valores a mi favor por concepto de rentas de trabajo :

a. Durante el año gravable 2019, el 80% o más de mis ingresos brutos SI provinieron la prestación de servicios de manera personal o el desarrollo de una actividad económica bajo cuenta y riesgo un empleador o contratante.
b. Durante el año gravable 2019, el 80% o más de mis ingresos brutos SI provinieron de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o de la prestación de servicios técnicos que no requieren la utilización de materiales o insumos especializados, o de maquinaria o equipo especializado.
c. Por el año gravable 2019, soy una persona natural que NO quedé obligado a presentar declaración anual del impuesto de renta al gobierno colombiano"
d. Por el año gravable 2019, soy una persona natural NO obtuvo ingresos brutos totales superiores a 1.400 UVT ($47.978.000)
e. Por el año gravable 2019, NO desarrollé una de las actividades señaladas en el artículo 340 del Estatuto Tributario y si la desarrollé no representó más del veinte por ciento (20%) de mis ingresos brutos.
f. Por el año gravable 2019, NO presté servicios técnicos que requirieron de materiales o insumos especializados, o maquinaria o equipo especializado, cuyo costo representa más del veinticinco por ciento (25%) del total de los ingresos percibidos por concepto de tales servicios técnicos.

En constancia de lo anterior, firmo en Bucaramanga, a los cuatro (4) días del mes de enero de 2020.

_____

ANDREA JULIANA CELIS CAMACHO

C.C. 63.550.510 de Bucarmanga

Hace constar:

Que el Sr(a) ANDREA JULIANA CELIS CAMACHO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 63550510 realizó el día 04/02/2020 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, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo ANDREA JULIANA CELIS CAMACHO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 63550510 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

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

_____
Firma

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

	**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA** **FORMATO ACTA DE INICIO**

ACTA DE INICIO

CONTRATO No:	**CO1.PCCNTR.** 1312902
TIPO DE CONTRATO:	Prestación de Servicios
OBJETO:	Prestar los servicios personales como apoyo a las acciones y estrategias de la Agencia Pública de Empleo, para la atención de la población víctima de la violencia, usuarios buscadores de empleo y poblaciones vulnerables.
VALOR:	VEINTIUN MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS 00/100 M.N. ($21.264.667
CONTRATISTA:	**ANDREA JULIANA CELIS CAMACHO**
NIT:	C. de C. No. 63.550.510 De Bucaramanga
REPRESENTANTE LEGAL:	**ANDREA JULIANA CELIS CAMACHO**
SUPERVISOR DESIGNADO:	Carlos Alberto Díaz Caldas
PLAZO:	11 meses y 4 días
LUGAR DE EJECUCION:	**SAN GIL SANTANDER**

En la ciudad de Bucaramanga a los veintiocho (28) días del mes de enero de 2020, entre los suscritos **ORLANDO ARIZA ARIZA**, identificado con la cédula de ciudadanía N° 13.953.169, en calidad de Director Regional, por el SENA, y por la otra parte ANDREA JULIANA CELIS CMACHO, identificado con cédula de ciudadanía No. 63.550.510 de Bucaramanga, en calidad de EL CONTRATISTA, hemos convenido suscribir el acta de inicio del contrato No. **CO1.PCCNTR.** 1312902de 2020, bajo los términos que anteceden y los siguientes:

Número y fecha del registro presupuestal: 9420 28/01/2020

Fecha de aprobación de las garantías: 28/01/2020

Fecha de inicio: 28/01/2020

Para constancia de lo anterior, se firma la presente acta bajo la responsabilidad expresa de los que intervienen en ella.

ORLANDO ARIZA ARIZA
C.C. 13.953.169
Director Regional

ANDREA JULIANA CELIS CAMACHO
C. C. No. 63.550.510 de Bucaramanga
CONTRATISTA

CARLOS ALBERTO DIAZ CALDAS
SUPERVISOR DEL CONTRATO

DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14481380571

(415)7707212489981(8020) 000001448138057 1

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

IDENTIFICACION

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

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CELIS	CAMACHO	ANDREA	JULIANA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Floridablanca 2 7 6

41. Dirección principal: CL 202 21 08 BRR CIUDADELA LOS PRINCIPES

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
ajcelis@misena.edu.co		3 1 8 6 3 6 5 6 2 5	6 1 9 3 7 5 9

CLASIFICACION

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

12- Ventas régimen simplificado

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: 2 0 1 8 0 9 0 6

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

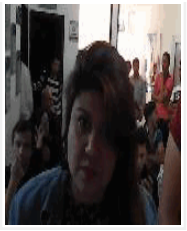
Andrea Juliana Celis
63550510 Bga.

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

984. Nombre: DAVILA SINING LUIS ARNALDO
985. Cargo: Gestor I

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES — **Atención N°: 47887**

Fecha: 23/01/2019 **Ciudad:** BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA)

Tipo Exámen: EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR **Eps:**

CC: 63550510 **Nombre:** CELIS CAMACHO ANDREA JULIANA **Edad:** 35 AÑOS **Genero:** FEMENINO

Fecha Nacimiento: 05/01/1984 **Empresa:** PARTICULAR **Ocupacion:** APOYO ADMINISTRATIVO

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
INDUMEDIC	AUX ADMINSITRATIVA	NINGUNA	NO APLICA	1	0

EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

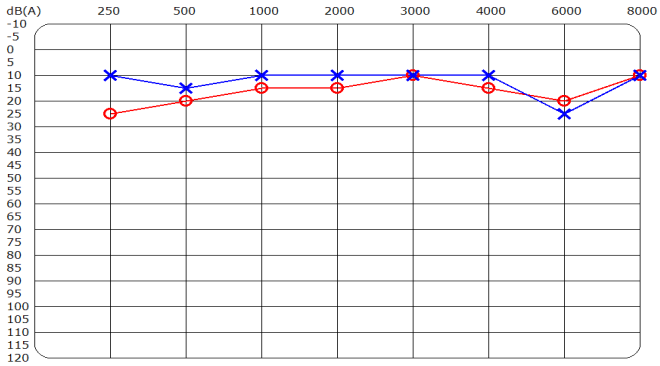
Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÓGONO	NO REFIERE
MOTO	MEDIO DE TRANSPORTE HACE 4 AÑOS	WALKMAN	NO REFIERE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	NO REFIERE
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas) : 12 Hora(s) **Realizó re test:** NO **Uso Cabina Sonoamortiguada:** SI

Marca y Referencia audiometró utilizado: MAICO MA 42 **F. Ultima Calibración:** 2017-08-24

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



OTOSCOPIA

Oído derecho: MT HIPERENSUFLADA

Oído izquierdo: CAE DESPEJADO MT INT

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

SEVERIDAD - CAOHC

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

Código	Nombre del Diagnóstico	Oido	Origen	Tipo
AA233	AUDICION NORMAL BILATERAL	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	
USE PROTECCIÓN AUDITIVA	

Observaciones

AUDICIÓN DENTRO DEL RANGO NORMAL

FONOAUDIÓLOGO

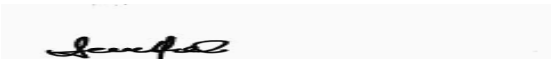


Firma:

Nombre: TELLEZ GARCIA FRANCE MARCELA

R. M.: 000980 **L.S.O.:**

TRABAJADOR

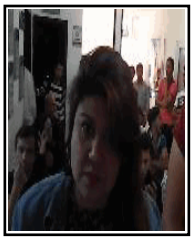


Firma:

Nombre: CELIS CAMACHO ANDREA JULIANA

CC 63550510

MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 39.996

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
23 DÍA	01 MES	2019 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	**EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR**

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

PARTICULARES	**PARTICULAR**
Nombre de la empresa	**Empresa usuaria**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

CELIS CAMACHO ANDREA JULIANA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	35 AÑOS	CC	63550510
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
APOYO ADMINISTRATIVO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)	**N/A**

RESTRICCIONES LABORALES	**RECOMENDACIONES**
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL	✓	CUADRO HEMÁTICO	✓
OPTOMETRÍA	✓	PERFIL LIPIDICO	✓
AUDIOMETRÍA	✓	PRUEBA PSICOLÓGICA	✓
GLICEMIA	✓	EVALUCION FONOAUDIOLOGICO	✓
PARCIAL DE ORINA	✓	----------	

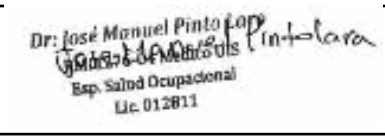
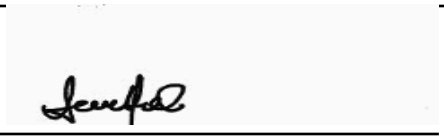
RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
CONTINUAR MANEJO MEDICO : Y CONTROL EN EPS.	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
----------	----------	HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

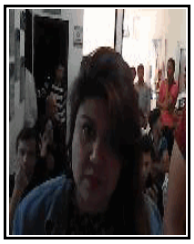
USO OCASIONAL DE GAFAS Y CONTROL ANUAL OPTOMETRIA, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS A DIARIO CUIDADOS DE HIGIENE AUDITIVA, CUMPLIR NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO SEGURO ACORDES AL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST), HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE CON ÉNFASIS EN DIETA BAJA EN GRASAS SATURADAS Y HARINAS. NOTA: EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS CARDIOVASCULAR.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico **Aspirante o Trabajador**

Firma:		**Firma:**	
Nombre:	PINTO LARA JOSE MANUEL	**Nombre:**	CELIS CAMACHO ANDREA JULIANA
R. M.:	1276-2004 **L.S.O.:** 012811	**CC:**	63550510

MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 Nº 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com



EXAMEN DE OPTOMETRÍA

DATOS PERSONALES

Atención Nº: 47,319

Fecha: 23/01/2019 **Municipio:** BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) **CC:** 63550510 **Nombre:** CELIS CAMACHO ANDREA JULIANA **Edad:** 35 AÑOS
Genero: FEMENINO **Profesión o Cargo:** APOYO ADMINISTRATIVO **Empresa:** PARTICULAR
Eps: **Tipo Evaluación Medica:** EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOM **F. Último Examen:** HACE AÑO Y MEDI
Lugar del Último Examen: - **Motivo Consulta:** INGRESO

ANTECENDENTES OCULARES

DISMINUCIÓN AV VL	REFIERE

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/ 25	0.5M	N/A	NO TRAE.	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/ 25	0.5M	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	20/ 20-	0.5M	N/A	NO APLICA	N/A	N/A

RETINOSCOPIA

O.D: **N-0.50X0**	N-0.50X0	AV VL 20/ **20**	AV VP 20/ **0.5**
O.I: **N-0.50X0**	N-0.50X0	AV VL 20/ **20**	AV VP 20/ **0.5**

TEST

VISION AL COLOR ISHIHARA: **NORMAL 14 LAMINAS CORRECTAS**

ESTEREOPSIS TITMUS: **NORMAL 40 SEGUNDOS DE ARCO**

EXÁMEN EXTERNO

OBSERVACION: **LEVE HIPEREMIA EN ZONAS EXPUESTAS AO**

EXAMEN MOTOR

OBSERVACION: **VL ORTHO VP X**

OFTALMOSCOPIA

O.D: **FOAN**

O.I: **FOAN**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H5223	ASTIGMATISMO AO	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

DISPOSICION

CORRECCIÓN OPTICA OCASIONAL

CONTROL EN 1 AÑO

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

OPTOMETRA

Zully Sanchez

Firma:
Nombre: SANCHEZ TRUJILLO ZULY FERNANDA
R. M.: 1369 **L.S.O.:**

PACIENTE

Firma:
Nombre: CELIS CAMACHO ANDREA JULIANA
CC: 63550510

INFORME CONFIDENCIAL

EMPRESA: SENA

1. Datos Personales	
Nombres y Apellidos: ANDREA JULIANA CELIS	
Identificación: C.C.Nº: 63.550.510	**Edad:** 35 AÑOS
Fecha de Evaluación: ENERO 23 DEL 2019	
Nivel de Escolaridad: UNIVERSITARIA	
Sexo: FEMENINO	
Estado civil:	
Dirección: CALLE 202 NO.21 - 08	

2. Informe Psicológico

El presente informe se realiza con base en la aplicación e interpretación de la prueba psicotécnica **- 16PF5:** Prueba Objetiva de Personalidad
Los resultados de las pruebas, permiten predecir cómo podría comportarse un individuo en una variedad de situaciones al momento de aplicar las pruebas. A continuación, se darán a conocer los resultados obtenidos en la prueba, haciendo énfasis en las dimensiones más destacadas.

2.1 16PF-5

ÁREA INTELECTUAL

La evaluada posee buen funcionamiento intelectual de planificación, juicio y actitudes organizativas, se observa cierta flexibilidad, tiene sentido común y criterio práctico, y posee buena capacidad de argumentación. Su pensamiento se adecua a la realidad compartida

ASPECTOS DE PERSONALIDAD

La evaluada presenta capacidad para comprender las emociones y conducirlas, de tal manera que pueda utilizarlas para guiar su conducta y sus procesos de pensamiento, para producir mejores

resultados. Se vislumbra que conoce sus propios estados internos, preferencias, recursos e intuiciones. Tiene confianza en sí misma.

En el área relacional muestra equilibrio entre introversión y extroversión. Presenta un perfil que combina un suave estilo reservado con alguna tendencia a ser abierta afectivamente.

3. CONCEPTO

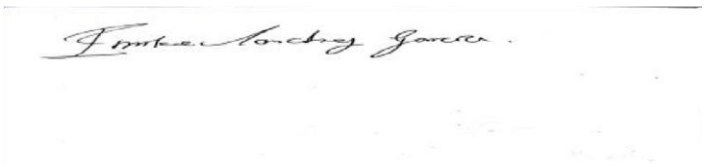
A partir de los resultados obtenidos en la prueba aplicada se concluye lo siguiente: La evaluada tiende a ser reservada, tradicional, prudente, confiada y segura. Se vislumbra que tiene sentido común y buenos recursos para las relaciones interpersonales. Con respecto a la motivación, esta pronta a alinearse con los objetivos de un grupo u organización.

MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com

CUADRO RESUMEN COMPETENCIAS COMPORTAMENTALES

	EL POLO BAJO DEFINE UNA PERSONA	DECATIPO										EL POLO ALTO DEFINE UNA PERSONA
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	
A	FRIA, IMPERSONAL, DISTANTE,				X							CALIDA, AFABLE, GENEROSA
B	DE PENSAMIENTO CONCRETO					X						DE PENSAMIENTO ABSTRACTO
C	REACTIVA EMOCIONALMENTE CAMBIANTE					X						EMOCIONALMENTE ESTABLE, ADAPTADA, MADURA.
E	COOPERADORA QUE EVITA CONFLICTOS				X							DOMINANTE, ASERTIVA, COMPETITIVA
F	SERIA, REPRIMIDA, CUIDADOSA, PRUDENTE							X				ANIMOSA, ESPONTANEA, ACTIVA ENTUSIASTA
G	DESCUIDADA, FRIVOLA, NEGLIGENTE INCONSTANTE					X						ATENTA A LAS NORMAS, FORMAL, RESPONSABLE.
H	TIMIDA, TEMEROSA, COHIBIDA, RETRAIDA					X						EMPRENDEDORA, ATREVIDA YSEGURA EN LO SOCIAL
I	OBJETIVA, NADA SENTIMENTAL, RACIONAL								X			SENSIBLE, SENTIMENTAL, EMOTIVA
L	CONFIADA ADAPTABLE CONCILIADORA				X							VIGLANTE, SUSPICAZ, EXCEPTICA.
M	PRACTICA, REALISTA, OBJETIVA											ABSTRAIDA, IMAGINATIVA, IDEALISTA
N	ABIERTA, GENUINA, NATURAL, SINCERA							X				PRIVADA, CALCULADORA, DISCRETA
O	SEGURA, DESPREOCUPADA, SATISFECHA				X							APRENSIVA, INSEGURA, PREOCUPADA
Q1	TRADICIONAL, CONSERVADORA,			X								ABIERTA AL CAMBIO, EXPERIMENTAL, ANALITICA.
Q2	SE INTEGRA EN EL GRUPO, DEPENDIENTE, BUSCA APOYO					X						AUTOSUFICIENTE, INDIVIDUALISTA
Q3	FLEXIBLE, TOLERANTE CON EL DESORDEN								X			PERFECCIONISTA, ORGANIZADA, DISCIPLINADA
Q4	AUSENCIA DE TENCION, NERVIOSA, RELAJADA					X						TENSA, ENERGICA, IMPACIENTE

ELABORADO POR:



Nombre: EMILCE SANCHEZ GARCIA
Psicólogo Reg.121503
Especialista en Salud ocupacional Licencia 06246 **FIRMA**:

M.T.S.

IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT.900374091-1

VALORACION FONOADIOLOGICA

I. DATOS PERSONALES

Nombres y Apellidos:	Identificacion	Fecha: 23-01-2019
Anolea Juliana Celis.	43550510	Edad:
Tipo de Examen:		Empresa:

II. EVALUACION

HABLA

ORGANOS FONOARTICULADORES:

Labios ✓ Lengua ✓ Dientes ✓ Paladar Duro: ✓ Paladar Blando ✓ Uvula ✓ Maxilares ✓

ARTICULACION: Adecuada _____ Inadecuada: _____

PROCESOS MOTORES BASICOS

RESPIRACION:

Modo: Nasal: ✓ Bucal: _____ Mixto: _____ Obstruccion nasal.

Tipo: Cavicular: _____ Abdominal _____ Costodiafragmatico: ✓

Frecuencia: Hombre (16-18) _____ Mujer (18-20) 20

RESONANCIA:

Normal: ✓ Hipernasalidad: _____ Hiponasalidad: _____

FONACION:

Intensidad: Normal ✓ Aumentada: _____ Disminuida _____

Tono: Normal: ✓ Bajo: _____ Alto: _____ Monotono _____

Timbre: Normal: ✓ Disfonico: _____ Nasalizado: _____

Coordianacion Fonorespiratoria : Adecuada ✓ Inadecuada: _____

Tiempo de Fonacion: 20 11.

PROSODIA

Ritmo: Normal ✓ Bradilalico _____ Taquilalico _____

Entonacion y Acentuacion: Adecuada ✓ Inadecuada _____

AUDICION: Normal ✓ Alterada _____

OTOSCOPIA: OD Normal OI Normal

↳ MT Hiperemiada

Diagnostico: Rendimiento vocal adecuado

FONOAUDIOLOGO

PACIENTE

MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com



RESULTADO DEL LABORATORIO CLÍNICO

DATOS PERSONALES

Lugar del Examen: BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) **Fecha:** 23/01/2019

CC: 63550510 **Nombre:** CELIS CAMACHO ANDREA JULIANA **Fecha de Nacimiento:** 05/01/1984 **Edad:** 35 AÑOS

Genero: FEMENINO **Estado Civil:** UNIÓN LIBRE **Dirección:** CALLE 202 NUMERO 21-08 **Teléfono:** **Celular:**

Nombre de la Empresa: PARTICULARES **Empresa en Misión:** PARTICULAR

Nombre del Acudiente: **Teléfono del Acudiente:** **Parentesco:**

RESULTADO DE CUADRO HEMÁTICO

CUADRO HEMATICO TIPO IV	VALOR	VALOR REFERENCIA
RECUENTO GLOBULOS BLANCOS	8.33	5 - 11 10^9/L
HEMATOCRITO	43.32	34 – 54 %
HEMOGLOBINA	14.4	11.5 – 17.3 g/dl
RECUENTO GLOBULOS ROJOS	5.09	3.8 – 5.8 10^12/L
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	85	84 – 98 fl
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	28.2	27.5 – 32.4 pg
PLAQUETAS	293	156 – 342 10^9/L
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	8.7	8.3 – 12 fl
GRANULOUCITOS %	70.9	43.6 – 73.4 %
LINFOCITOS %	21.3	19.1 – 48 %
MIXTAS %	7.8	4.5 – 12. 1 %

MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com



RESULTADO DEL LABORATORIO CLÍNICO

DATOS PERSONALES

Lugar del Examen: BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) **Fecha:** 23/01/2019

CC: 63550510 **Nombre:** CELIS CAMACHO ANDREA JULIANA **Fecha de Nacimiento:** 05/01/1984 **Edad:** 35 AÑOS

Genero: FEMENINO **Estado Civil:** UNIÓN LIBRE **Dirección:** CALLE 202 NUMERO 21-08 **Teléfono:** **Celular:**

Nombre de la Empresa: PARTICULARES **Empresa en Misión:** PARTICULAR

Nombre del Acudiente: **Teléfono del Acudiente:** **Parentesco:**

RESULTADO DE GLICEMIA

ANALITO	RESULTADO	VALOR REFERENCIA
GLICEMIA	94	70 - 110 mg/dl

Bacteriólogo

Firma:

Nombre: SALAZAR NIÑO JOSE YOHANY
RM: PENDIENTE

Paciente

Firma:

Nombre: CELIS CAMACHO ANDREA JULIANA
CC: 63550510

Bacteriólogo

Firma:

Nombre: SALAZAR NIÑO JOSE YOHANY

RM: PENDIENTE

Paciente

Firma:

Nombre: CELIS CAMACHO ANDREA JULIANA

CC: 63550510

UROBILINOGENOS	NEGATIVO	mg/dl
BILIRRUBINAS	NEGATIVO	mg/dl
ERITROCITOS	NEGATIVO	mg/dl
HEMOGLOBINA	NEGATIVO	mg/dl
ANALISIS MICROSCOPICO		
CELULAS EPITELIALES ALTAS		XCampo
CELULAS EPITELIALES BAJAS	6-8	XCampo
LEUCOCITOS	2-4	XCampo
HEMATIES	0-2	XCampo
BACTERIAS	+	XCampo
MOCO	+	XCampo
LEVADURA		XCampo
PIOCITOS		XCampo
ESPERMATOZOIDES		XCampo
CRISTALES URATOS AMORFOS		XCampo
CRISTALES FOSFATOS AMORFOS		XCampo
CRISTALES OXALATO DE CALCIO		XCampo
CRISTALES FOSFATOS TRIPLE		XCampo
CRISTALES ACIDO URICO		XCampo
OBSERVACION		

Bacteriólogo

Firma:

Paciente

Firma:

Nombre:	SALAZAR NIÑO JOSE YOHANY	**Nombre:**	CELIS CAMACHO ANDREA JULIANA
RM:	PENDIENTE	**CC:**	63550510

Medellín, 05 de febrero de 2020

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

CERTIFICA:

Que ANDREA JULIANA CELIS CAMACHO identificado(a) con cédula de ciudadanía 63550510 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 28/01/2020 **Fecha fin cobertura:** 30/12/2020

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: 0000009224 - PRINCIPAL
CLASE: 1 **PORCENTAJE:** 0,522% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES
ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
1806001 - ESTABLECIMIENTOS DE EDUCACION NO FORMAL, INCLUYE PROGRAMAS DE ALFABETIZACION PARA ADULTOS ETC.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
1802201 - ESTABLECIMIENTOS DE EDUCACION MEDIA
CODIGO DE ACTIVIDAD: 1802201
CLASE DE RIESGO: 1 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 0,522%

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 / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C635505102003654633

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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: 05/02/2020 3.10 PM

Banco Caja Social

FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

HACE CONSTAR

Que el(los) cliente(s):

ANDREA JULIANA CELIS CAMACHO *Identificado con* *CC63550510*

Actualmente posee(n) el siguiente producto, radicado en la oficina 0502 CABECERA DEL LLANO, con las siguientes características:

CUENTA DE AHORROS CUENTA DE AHORROS

Número	:	*24099343974*
Fecha de Apertura	:	*22 de enero de 2020*
Condiciones de Manejo	:	*Individual,1 Firmas(s), 0 Sello(s) húmedo(s) o de caucho, Sin protector*
Estado	:	*CUENTA ACTIVA*

Establecimiento Bancario

Esta constancia se expide con destino a: QUIEN PUEDA INTERESAR
Realizada en la oficina 0502 CABECERA DEL LLANO de la ciudad de BUCARAMANGA, *el día* miércoles, 22 de enero de 2020.

Cordialmente,

Efectuado por:
Y3C7R2A9 - YURLEY TATIANA CALDERON REMOLI

FIRMA Y SELLOS AUTORIZADOS

VIGILADO

Noviembre 2013 *Ver 2.00*

Scanned by TapScanner

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

PMLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

Ciudad de Expediciín:	Sucursal:	Cod. Sucursal:	Nro. Pĺiza:	Anexo:
BUCARAMANGA	BUCARAMANGA	96	96-46-101003710	0

Fecha Expediciín:			Vigencia Des de:			A las:	Vigencia Has ta:			A las:	Tipo Movimiento:
Dşa:	Mes:	AŹo:	Dşa:	Mes:	AŹo:	Horas:	Dşa:	Mes:	AŹo:	Horas:	
28	01	2020	28	01	2020	00:00	01	05	2021	00:00	EMISIMN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razín Social:	CELIS CAMACHO ANDREA JULIANA			Identificaciín:	63550510
Direcciín:	CARRERA 6A NRO 20B-23	Ciudad:	SAN GIL - SANTANDER	TelĠfono:	3143987034

DA TOS DELGURADO / BENEFICIARIO ASE

Nombre o Razín Social:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA			Identificaciín:	899999034-1
Direcciín:	CALLE 16 NRO 27-37	Ciudad:	BUCARAMANGA - SANTANDER	TelĠfono:	6800600

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.1312902 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES COMO APOYO A LAS ACCIONES Y ESTRATEGIAS DE LA AGENCIA PjBLICA DE EMPLEO, PARA LA ATENCIMN DE LA POBLACIMN V1CTIMA DE LA VIOLENCIA, USUARIOS BUSCADORESDE EMPLEO Y POBLACIONES VULNERABLES.

AMPAROS

RIESGO:	PRESTACION DE SERVICIOS		
AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	28/01/2020	01/05/2021	$ 2,126,466.70

OBSERVACIONES:

Valor Prima Neta:	Gastos Expediciín:	IVA:	Total a Pagar:	Valor Asegurado Total:	Fecha Lşmite de Pago:
$ 20,000.00	$ 7,000.00	$ 5,130.00	$ 32,130.00	$ 2,126,466.70	28/01/2020

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIMN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIMN:	Nombre CompaŹşa:	% Participaciín:	Valor Asegurado:
CALDERON APARICIO ANGELA MARIA	91973	100,00			

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 direcciín de Seguros del Estado S.A. es CALLE 44 NO 36-08 - TelĠfono: 6578486 - BUCARAMANGA

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento

- Vicepresidente de Fianzas

Usted puede consultar esta pĺiza en www.segurosdelestado.com

Andrea Juliana Celis

FIRMA TOMADOR

Oficina Principal: Cra. 11 No. 90-20 BogotĄ D.C. TelĠfono: 2186977

Verifique su pĺiza escaneando el cídigo QR.
Aplica 3nicamente para la emisiín original

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

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

Hacemos constar, que la pĺliza No. 96-46-101003710, 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 BUCARAMANGA, a los 28 dşas del mes de Enero de 2020



FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

Oficina Principal: Cra. 11 No. 90-20 BogotĄ D.C. Conmutador: 3078288 Fax Server
6511240 ASISTENCIA CELULAR #388 - FUERA DE BOGOTA 018000123010
www.segurosdelestado.com

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: **RECIBO DE PAGO NŁ:** 96461010037100

FECHA					
28/01/2020					
RECIBIMOS DE:	CELIS CAMACHO ANDREA JULIANA		C.C. 63550510		
LA SUMA DE:	TREINTA Y DOS MIL CIENTO TREINTA PESOS M/CTE				
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PMLIZA NRO.: 96-46-101003710				
SUC - RAMO - PMLIZA - ENDOSO - CUOTA		**PRIMA**	**GASTOS EXPEDICION**	**IVA**	**VALOR**
BUCARAMANGA - CU. ESTATAL - 101003710 - 0 - 0		$ 20,000.00	$ 7,000.00	$ 5,130.00	$ 32,130.00
FO RMA DE PAGO					
				EFECTIVO:	$ 32,130.00
				CHEQUE:	$ 0.00
				TARJETA:	$ 0.00
				BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO:	CALDERON APARICIO ANGELA MARIA - 91973			**OTROS:**	$ 0.00
				TOTAL:	$ 32,130.00
				CAJERO: RAPIESTADO	

ORIGINAL

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: **RECIBO DE PAGO NΣ:** 96461010037100

FECHA	
28/01/2020	
RECIBIMOS DE:	CELIS CAMACHO ANDREA JULIANA C.C. 63550510
LA SUMA DE:	TREINTA Y DOS MIL CIENTO TREINTA PESOS M/CTE
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PMLIZA NRO.: 96-46-101003710

SUC - RAMO - PMLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
BUCARAMANGA - CU. ESTATAL - 101003710 - 0 - 0	$ 20,000.00	$ 7,000.00	$ 5,130.00	$ 32,130.00

FO RMA DE PAGO

	EFECTIVO:	$ 32,130.00
	CHEQUE:	$ 0.00
	TARJETA:	$ 0.00
	BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO: CALDERON APARICIO ANGELA MARIA - 91973	**OTROS:**	$ 0.00
	TOTAL:	$ 32,130.00

CAJERO: RAPIESTADO

COPIA

PMLIZA jNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.96-46-101003710

1. AMPAROS.

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINAR SEGURESTADO OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, HASTA EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO PACTADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARTULA DE LA PRESENTE PMLIZA, CUBRIENDO CON ELLOS, SIEMPRE LOS PERJUICIOS DIRECTOS QUE CON SUJECIMN A LA DEFINICIMN DE LAS CONDICIONES ADELANTE INDICADAS, LLEGARE A CAUSAR EL GARANTIZADO POR EL INCUMPLIMIENTO QUE, ATRIBUIBLE A SU ACCIMN U OMISIMN, PRODUJERE.

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:

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

EL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LA SANCIMN DERIVADA DEL INCUMPLIMIENTO DE LA OFERTA, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1.1.1 LA NO AMPLIACIMN DE LA VIGENCIA DE LA GARANT1A DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUANDO EL PLAZO PARA LA ADJUDICACIMN O PARA SUSCRIBIR EL CONTRATO ES PRORROGADO, SIEMPRE QUE TAL PRMRROGA SEA INFERIOR A TRES (3) MESES.

1.1.2 EL RETIRO DE LA OFERTA DESPUS DE VENCIDO EL PLAZO FIJADO PARA LA PRESENTACIMN DE LAS OFERTAS.

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

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

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.

OBLIGACIONES SURGIDAS DEL CONTRATO AMPARADO POR LA GARANT1A.

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

EL AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES DE NATURALEZA LABORAL, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS QUE SE LE OCASIONEN, A RA1Z DEL 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.

ESTA GARANT1A NO SE APLICAR PARA LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN EN SU TOTALIDAD FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL POR PERSONAL CONTRATADO BAJO UN RGIMEN JUR1DICO DISTINTO AL NACIONAL.

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

EL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE GENEREN COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER TIPO DE DAHO O DETERIORO, PRESENTADOS EN LA OBRA ENTREGADA Y RECIBIDA A SATISFACCIMN DE DICHA ENTIDAD ESTATAL O SUS REPRESENTANTES, CUYA CAUSA SEA IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO.

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

EL AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO, QUE SE OCASIONEN CON POSTERIORIDAD A LA TERMINACIMN DEL CONTRATO GARANTIZADO, Y QUE SE DERIVEN DE LA DEFICIENTE CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO.

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.

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

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

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 PREV ENTREGAS PARCIALES; Y (D) EL PAGO DEL VALOR DE LAS MULTAS Y DE LA CLUSULA PENAL PECUNIARIA SIEMPRE QUE SE HUBIEREN PACTADO PREVIAMENTE EN 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.

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.

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA, SUFRIDOS POR LA DEFICIENTE CALIDAD E INCORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES QUE RECIBE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO GARANTIZADO.

2 . EXCLUSIONES.

LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE 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 GARANTIZADO, A LOS BIENES DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, NO DESTINADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.

3. SUMA ASEGURADA.

DE CONFORMDAD 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.

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

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.

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 CONFORMDAD 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 CONFORMDAD 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