SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL SANTANDER
CENTRO DE GESTION AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE-SANTANDER - SERV

Código Regional	**68**
Código Centro	**954610**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2020**
Versión	**FEBRERO 2020 - 2,20**
ID de Proceso	**78427-994929**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	LEIDY JOHANA PARDO CASTILLO	**C.C.**	63.438.538	**IP/Nº de contacto**	3186013123
Correo electrónico contratista:	leidyjohanapardocastillo@gmail.com				
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 ?**	SI
Banco al cual consignar:	BANCO BBVA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	857009294
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 $ 117.503.000**		NO	

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	1378926/2020			**Nº Compromiso SIIF**		**15420**	
Valor Total del Contrato	$ 21.330.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 21.330.000	**1**	**Del**	**19/02/2020**	**Al**	**29/02/2020**	**$ 1.303.500,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 20.026.500		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.303.500		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			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 1.303.500**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 789.900**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Febrero	Enero			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**0106917679**	Valor Base retención en la fuente	789.900,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 877.803	$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	1.053.200,00	
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 - 8543	2.106,00	0,200%
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	$ -		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	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 263.300		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 1.301.394,00**	

SON: UN MILLÓN TRESCIENTOS UN MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ficha 2074755, Formación Complementaria en MANEJO BÁSICO DE HERRAMIENTAS OFIMATICAS I. Se realiza conducción, diagnostico de conocimientos de los aprendices,utilizar las herramientas de oficina aplicando las funciones propias del procesador de palabras, hojas de cálculo y presentador de diapositivas en la resolución de problemas de acuerdo con las necesidades del cliente y las tendencias de las tecnologías de la información y de la comunicación.los días 27,28,29 de Febrero del 2020. 24 horas.

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.

LEIDY JOHANA PARDO CASTILLO
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,

MARTHA RUEDA MONCADA
INSTRUCTOR G20

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

HERIKA BIBIANA ARIZA GONZALEZ
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

"Código únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

* 0 1 B 1 2 9 7 2 5 1 9 *

* 0 1 0 6 9 1 7 6 7 9 *

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRAMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: C. Contributivo [X] S. Subsidiado [ ]
4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]
5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ] D. Independiente por prestación de servicio [ ] — CÓDIGO: 1303 — FECHA DE LA SOLICITUD: 10 02 2020

A. AFILIACIÓN

B. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: Pardo — SEGUNDO APELLIDO: Castillo — PRIMER NOMBRE: Ariely — SEGUNDO NOMBRE: Tatiana
7. TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [ ] TI [ ] CC [X] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ]
8. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1 [illegible] 532
9. SEXO: F [X] M [ ]
10. FECHA NACIMIENTO: DIA [illegible] MES [illegible] AÑO [illegible]

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ÉTNICO: Código [ ]
12. DISCAPACIDAD: Tipo F [ ] N [ ] M [ ] — Condición T [ ] P [ ]
13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN
14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL
15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES
17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC
18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Dg 6 Sur # 11 17
LOCALIDAD / COMUNA
BARRIO: [illegible]
CIUDAD / MUNICIPIO: Girardot
DEPARTAMENTO: Cundinamarca
ZONA U. [X] R. [ ]
TELÉFONO FIJO
TELÉFONO MOVIL: 3122[illegible]123
CORREO ELECTRÓNICO: [illegible]
CÓDIGO IPS: 4649

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
20. TIPO DE IDENTIFICACIÓN: TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ]
21. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
22. SEXO: F [ ] M [ ]
23. FECHA NACIMIENTO: DIA MES AÑO
CÓDIGO IPS

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO	28. FECHA DE NACIMIENTO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD Tipo	31. DISCAPACIDAD Condición
1									
2									
3									
4									

	32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Movil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo diligencia la EPS)	34. Nombre y código de la IPS	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO	NIVEL DE SISBEN	GRUPO POBLACIONAL
1			R. [ ] U. [ ]						I. [ ] II. [ ]	
2			R. [ ] U. [ ]						I. [ ] II. [ ]	
3			R. [ ] U. [ ]						I. [ ] II. [ ]	
4			R. [ ] U. [ ]						I. [ ] II. [ ]	

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o Razón Social: [illegible] Girardot
36. Tipo documento de identidad: C [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] NI [ ] PE [ ]
37. Número documento de identidad: 3 [illegible] 532
DV
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: [illegible] — CIUDAD/MUNICIPIO — DEPARTAMENTO — TELEFONO FIJO — 3122[illegible]123 — [illegible] CORREO ELECTRÓNICO
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 10 Feb 2020
CARGO: [illegible]
SALARIO: $ 1'[illegible]

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ] Código [ ]
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACION LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. VINCULACION A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. MOVILIDAD: A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ] B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TRASLADO: A) MISMO REGIMEN [ ] B) DIFERENTE REGIMEN [ ]
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
SEXO: F [ ] M [ ]
FECHA NACIMIENTO: DIA MES AÑO
42. FECHA (a partir de): DIA MES AÑO
43. EPS ANTERIOR Código
44. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO: COBERTURA GEOGRAFICA [ ] UNIFICACIÓN GRUPO FAMILIAR [ ] CUMPLIMIENTO TIEMPO POR CESION [ ] SERVICIO AVALADO POR SNS [ ]
45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia. Declaro que convivo con ella) Señor(a) _____ Identificado(a) con _____ Nro _____
desde el día _____ del mes _____ del año _____

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mi.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad
49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica de cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades [illegible]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto

Radicado para Estudio 10-02-2020 Fecha [illegible] Firma [illegible] ASESOR INTEGRAL

VIII. FIRMAS

54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o oficiosa y/o independiente por prestación de servicio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ] — Cantidad [ ] Total [ ]
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que decrete el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o la orden de afiliación de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio [ ] Código del departamento [ ]
67. Datos del SISBÉN: Numero de ficha [ ] Puntaje [ ] Nivel [ ]
68. Fecha de radicación: DIA MES AÑO
69. Fecha de validación: DIA MES AÑO
70. Datos del funcionario que realiza la validación
Tipo documento de identidad [ ] — Número del documento de identidad — 71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

FOR-700-FM-040 2018 Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Scanned by CamScanner

ASOPAGOS s.a.

REPORTE DE PLANILI

Sucursal	Numero Planilla	Tipo de Planilla	Periodo Pension	Periodo Salud	Cantidad de Empleados
0 - 0	16963969	I	12-2019	12-2019	1
0 - 0	16960637	I	11-2019	11-2019	1
0 - 0	16693792	I	10-2019	10-2019	1
0 - 0	16521404	I	09-2019	09-2019	1
0 - 0	16521353	I	08-2019	08-2019	1
0 - 0	8654747856	I	02-2019	02-2019	1
0 - 0	14028088	I	01-2019	01-2019	1
0 - 0	14027923	I	12-2018	12-2018	1
0 - 0	14028036	N	12-2018	12-2018	1
0 - 0	13944793	I	11-2018	11-2018	1
0 - 0	13801898	I	10-2018	10-2018	1
0 - 0	13550121	I	09-2018	09-2018	1
0 - 0	13412879	I	08-2018	08-2018	1
0 - 0	13279154	I	07-2018	07-2018	1
0 - 0	8660067378	I	06-2018	06-2018	1
0 - 0	13022170	I	05-2018	05-2018	1
0 - 0	12906771	I	04-2018	04-2018	1
0 - 0	12797867	I	03-2018	03-2018	1
0 - 0	8663189747	I	02-2018	02-2018	1
0 - 0	8665145475	I	01-2018	01-2018	1
0 - 0	8670030886	N	01-2018	01-2018	1
0 - 0	8666444618	I	12-2017	12-2017	1
0 - 0	8668161479	I	11-2017	11-2017	1
0 - 0	8670236193	I	10-2017	10-2017	1
0 - 0	8671764351	I	09-2017	09-2017	1
0 - 0	8670236390	N1	09-2017	09-2017	1
0 - 0	8671763149	N1	08-2017	08-2017	1
0 - 0	8673435893	I	08-2017	08-2017	1
0 - 0	8674587095	I	07-2017	07-2017	1
0 - 0	8671763101	N1	07-2017	07-2017	1
0 - 0	8671763432	N1	06-2017	06-2017	1
0 - 0	8676358282	I	06-2017	06-2017	1
0 - 0	8671763385	N1	05-2017	05-2017	1
0 - 0	8678497290	I	05-2017	05-2017	1
0 - 0	8680491887	I	04-2017	04-2017	1
0 - 0	8626823309	N1	04-2017	04-2017	1
0 - 0	8671763647	N3	03-2017	03-2017	1
0 - 0	8682072101	N2	03-2017	03-2017	1
0 - 0	8683551556	I	03-2017	03-2017	1
0 - 0	8671763575	N2	02-2017	02-2017	1
0 - 0	8688170579	I	02-2017	02-2017	1

PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

FORMATO INFORME MENSUAL EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Vélez, febrero de 2020

Señor (a)
MARTHA RUEDA MONCADA
SUPERVISOR(A) CONTRATO No. CO1.PCCNTR.1378926
Coordinación Académica
Centro de Gestión Agroempresarial del Oriente
Barbosa

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

Referencia: CO1.PCCNTR.1378926 del año 2020

Leidy Johana Prdo Castillo, identificado con la cédula de ciudadanía No. 63.438.538 de Vélez, en mi calidad de Contratista del SENA, en Centro del Gestión Agroempresarial del Oriente, 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: Se fija como valor total del contrato la suma de **Veintiun millones trescientos treinta mil pesos M/cte pesos ($ 21.330.000) moneda legal colombiana**, *esta suma será pagada por el Sena al contratista así: a) Pagos mensuales por valor de tres millones quinientos cincuenta y cinco mil ($3.555.000,oo) m/cte. b) En los casos en los que las actividades no supere el mes, el pago se realizará en proporción al tiempo trabajado, siempre que no supere el valor del contrato de la presente vigencia.*

Plazo: Será hasta el (19) de (08) de 2020.

OBJETO:
Prestar servicios personales de carácter temporal para desarrollar programas de formación complementaria y titulada en el area de sistemas en el Centro de Gestión Agroempresarial del Oriente.

CLÁUSULA PRIMERA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

No	Obligaciones	Acciones realizadas	Evidencias
1.	Preparar, orientar, desarrollar y apoyar procesos de aprendizaje en cualquiera de las estrategias de respuesta institucional para los diferentes grupos poblacionales objeto de Formación Profesional Integral.	Se realizó inducción e impartió formación complementaria en el area de sistemas.	Guías de aprendizaje e instrumentos de evaluación. ficha 2074755
2.	Dar cumplimiento estricto a los Manuales del Sistema Integrado de Gestión y demás normas que regulan la	Se atiende solicitud de formación complementaria se realiza caracterización de la	Ficha de caracterización No 2074755. Listado de

www.sena.edu.co
SENAComunica

	Formación Profesional Integral en el SENA y además a entregar oportunamente las listas de aprendices inscritos, seleccionados, las planillas debidamente diligenciadas y demás documentos requeridos por la Gestión de Centros y Registro y Certificación.	Ficha, se realiza solicitud de documentos, verificación , registro e inscripción de aprendices.	aprendices inscritos , asistencia a inducción. fichas 2074755.
3.	Evaluar el proceso de aprendizaje, las estrategias, el medio ambiente, el rendimiento académico de los aprendices y diligenciar oportunamente los formatos correspondientes.	Se evalúan los juicios de evaluación de cada competencia.	Listado de juicios de evaluación fichas 2074755.
4.	Participar en procesos de promoción de los programas de Formación Profesional Integral, servicios y actividades de divulgación tecnológica programados por el Centro.	Divulgación de la segunda oferta educativa en Barbosa en el Colegio Jose Antonio Galán con cada uno de los ciclos de validación y además se envio por medio de la aplicación whatsapp la oferta a todos los contactos. (profesores de colegios, estudiantes, coordinadores y rectores).	Fotos de la divulgación. Y Pantallazo del envio masivo en whatsapp.
5.	Rendir oportunamente los informes requeridos sobre las acciones encomendadas y los productos resultantes de procesos de Formación Profesional.	Se realizó el respectivo diligenciamiento del informe mensual de ejecución contractual y caracterización de las fichas.	Informe de actividades ejecutadas en Febrero de 2019 disponible en el drive, registro de asistencia a inducción disponible en el drive.
6.	Responder por la integridad y buen uso de materiales, equipos y demás elementos de la institución puestos bajo su cuidado para desarrollar labores propias de su cargo.	Perstamo del ambiente 201 de la subsede de Barbosa del Centro de Gestión Agroempresarial del Oriente	formato Control de Aulas firmado.
7.	Reportar en el sistema Sofía Plus en un plazo máximo de 5 días hábiles, todas las actividades que de acuerdo con los procesos que son de su responsabilidad, garantizando la calidad de la información y su coherencia con el proceso formativo, tales como: Registro de los juicios evaluativos; Creación de	Se Diligencio Ficha de caracterización para los programas complementarios. Se realizó inscripción de aprendices para los programas.	Ficha de Caracterización. Inscripción de Aprendices Listado de Aprendiz

www.sena.edu.co
SENAComunica

	rutas y asociación de aprendices; Registro de juicios evaluativos del reconocimiento de aprendizajes previos; Comunicar al Coordinador Académico oportunamente anomalías, inconsistencias, novedades de aprendices y hallazgos en el registro de la información 4 GTH-F-075 V.04.	Se crea ruta de aprendizaje, se asocian aprendices a la ruta de aprendizaje y se evalúan los aprendices	Pantallazos.
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 en NSCL nivel intermedio vigente código 240201056, orientar formación presencial de acuerdo con procedimientos técnicos y normativa.	Certificado digital de la NSCL código 240201056, disponible en el drive.
9.	Hacer cumplir y cumplir con el reglamento del aprendiz	Realizar inducción de aprendices a las fichas 2074755	Registro de asistencia a inducción fichas: 2074755, disponible en el drive.
11.	Custodiar, organizar y archivar los documentos producidos por la dependencia.	Documentos exigidos por la coordinación académica	Informe contractual, planilla SIC, planillas asopagos disponible en en el drive.
12.	Las demás que se requieran para el cumplimiento del contrato.	Asistencia a reunión de planeación de desarrollo curricular, reinducción en SST	Certificado de reinducción SST disponible en el drive.

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.

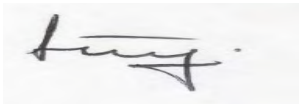
ITEM	No DE LA ORDEN DE VIAJE	LUGAR DE DESPLAZAMIENTO	FECHAS DE DESPLAZAMIENTOS	
			INICIO	FINALIZACIÓN
1.				
2.				

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 y el No. 0106917679 del formato de afiliación, en el mes de Febrero. (Decreto Ley 2106 de 2019 – " *Decreto Ley Antitrámites"*)

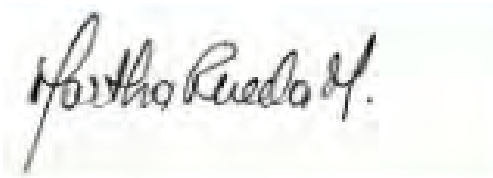
Evidencias en ( ) folios

Cordialmente,



Leidy Johana Pardo Castillo
Contratista
C.C. 63.438.538 de Vélez

Recibí a satisfacción:



Martha Rueda Moncada
Supervisor(a) Contrato No. CO1.PCCNTR.1378926 **de 2020**
Coordinación Académica

www.sena.edu.co
SENAComunica

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 14640794751

(415)7707212489984(8020) 000001464079475 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
6 3 4 3 8 5 3 8	0	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 4 3 8 5 3 8	2 0 0 3 0 5 2 2

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PARDO	CASTILLO	LEIDY	JOHANA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección principal
CL 13 2 A 38 BRR SAN LUIS

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
leidyjohanapardocastillo@gmail.com		3 1 8 6 0 1 3 1 2 3	3 1 8 6 0 1 3 1 8 1

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 5 4 3	2 0 1 6 0 7 1 4	7 1 1 0	2 0 0 9 1 2 3 0	8 5 6 0		2 3 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:	4 9																									

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	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 9 0 8 1 5

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 PARDO CASTILLO LEIDY JOHANA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

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: Febrero 10 - 2020 7146

APELLIDOS Y NOMBRES DEL ASPIRANTE:	leidy Johana Pardo Castillo
IDENTIFICACION:	63.438.538
NOMBRE EMPRESA:	Sena
EMPRESA EN MISION:	
CARGO (PERFIL DEL CARGO EVALUADO)	instructora area sistemas

EVALUACION REALIZADA

TIPO DE EXAMEN MEDICO		PRUEBAS COMPLEMENTARIAS		Pico y Placa X
INGRESO	☒	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	☒	OPTOMETRIA ☒
EGRESO	☐	AUDIOMETRIA	☒	CH-GH-PO-PL LABORATORIOS ☒
POSTINCAPACIDAD	☐	VISIOMETRIA	☐	PRUEBA DE VERTIGO ☐
PERIÓDICO	☐	ESPIROMETRIA	☐	PRUEBA NEUROLOGICA ☐
ALTURAS	☐	Enf: Muscúsq, Osteomuscular.		fonoaudiol X

ANTECEDENTES DE ACCIDENTE DE TRABAJO (AT) Y/O ENFERMEDAD PROFESIONAL (EP)

AT: SI__ NO__ FECHA: _____ EP: SI__ NO__ FECHA: _____

CONCEPTO

APTO SIN PATOLOGIA APARENTE	☐
APTO CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR	☒
APTO CON RESTRICCIÓN:	☐
APLAZADO:	☐
NO APTO:	☐
PUEDE CONTINUAR REALIZANDO SU LABOR	☐
SE SUGIERE REUBICACION LABORAL	☐
EXAMEN DE RETIRO NO SATISFACTORIO CON EVIDENCIA DE ENFERMEDAD	☐
EXAMEN DE RETIRO SATISFACTORIO SIN EVIDENCIA DE ENFERMEDAD DE ORIGEN OCUPACIONAL	☐
APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐
NO APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐

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

Astigmatismo - Sobrepeso - Venas dilatadas en miembros inferiores

RECOMENDACIONES (diligencie solo si es examen de ingreso, periódico o post incapacidad)

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	☒	Valoración por EPS:
CAPACITACIONES SALUD OCUPACIONAL	☒	_____
PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL	☐	_____
		_____

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACION ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

NOMBRE TRABAJADOR:	Leidy Pardo C.	NOMBRE MEDICO:	Yeny Rodriguez Valle
FIRMA:		FIRMA:	
CEDULA:	63.438.538.	LICENCIA OCUPACIONAL	Yeny C. Rodriguez V. Médico Especialista Salud Ocupacional Lic 03106 UPTC

Scanned by CamScanner

Audicetz
Cel: 313 435 2330

Ceila E. Tellez de Z.
Fonosudiologa
T.P. 08 01307

Fonoaudiologia.

ANAMNESIS COMUNICATIVA ADULTOS Y ADULTOS MAYORES

1. Antecedentes personales.
Nombre: Leidy Johana Pardo Castillo Fecha evaluación: Febrero 10/2020
Lateralidad: Diestro ✓ Zurdo ___ Ambidiestro ___
Escolaridad: Especialista. Alfabetizado: Sí ___ No ___
Antecedentes laborales: No Refiere.
Ocupación actual: Instructora Sistemas.
Vive con: Hija y Esposo.

2. Antecedentes comunicativos.
¿Siente motivación por iniciar conversaciones con otras personas? Sí ✓ A veces ___ No ___*
*¿Por qué? ___
¿Con quién conversa habitualmente? Familia ✓ Amigos ✓ Vecinos ___ Terapeutas ___ Otro: ___
¿Disfruta cuando conversa con otra persona o solo lo hace por alguna necesidad? Sí ✓ No ___ Por necesidad ___
¿De qué temas le gusta conversar? Varios temas
¿Le gusta leer? Sí ✓ * No ___ ¿Qué lee habitualmente? Retos a mando Carmen
¿Ha notado algún tipo de dificultad cuando se comunica habitualmente ? Sí ___* No ✓
*¿En qué lo nota? ___
¿Ha notado que su memoria ya no es como antes? Sí ___* No ✓
*¿En qué lo nota? ___
¿Tiene alguna dificultad para escuchar lo que le dicen? Sí ___* No ✓
¿Ha ido al médico por esta causa? Sí ___ No ✓ *¿Hace cuánto tiempo? ___
¿Se realizó algún examen? Sí ✓ No ___ ¿Le indicaron audífono? Sí ___* No ✓ ¿Lo usa? Sí ___* No ✓
Observaciones: ___
¿La gente le entiende cuando usted habla? Sí ✓ A veces ___ No ___*
*¿Por qué? ___
¿Ha notado algún cambio en su voz con los años? Sí ___* No ✓ ¿En qué lo nota? ___
¿Le molesta o preocupa este cambio en su voz? Sí ___* No ✓

3. Habilidades comunicativas del usuario (observación).

Indicadores	Si	No	A veces	No aplica
Mantiene contacto ocular permanente durante la conversación.	✓			
Inicia, mantiene, cambia y finaliza tópicos de forma apropiada.	✓			
Toma y cede turnos de forma alternante sin existir predominio del rol de emisor o receptor. Se aprecia bidireccionalidad en la interacción.	✓			
Retroalimenta a su interlocutor de forma verbal y no verbal.	✓			
Adecúa el estilo comunicativo al contexto de interacción.	✓			
Evidencia adecuado uso del conocimiento compartido con su interlocutor.	✓			
Identifica y repara quiebres comunicativos. Realiza peticiones de reparación.	✓			
Emplea gestos faciales y expresión corporal para acompañar sus enunciados.	✓			
Mantiene una distancia apropiada con el interlocutor.	✓			
Aspectos prosódicos apropiados al contenido del mensaje y al contexto de interacción.	✓			
El perfil comunicativo se adapta a la situación de interacción	✓			
Compensa sus dificultades comunicativas *(solo en caso de presentar limitación)*		✓		X

Evaluador(a): Ceila Esperanza Téllez Firma y RUT: Tellez
Dra. Ceila Esperanza Tellez
Fonoaudiologa
TP Run No 08-01307

Dx: Procesos motores y comunicativos de habla lenguaje voz y audicion normales.

Scanned by CamScanner

Audicetz

Dra. Celia Esperanza Téllez de Zarraga.
Fonoaudióloga. Asofono Run 08-01307
Colegio Colombiano de Fonoaudiologos

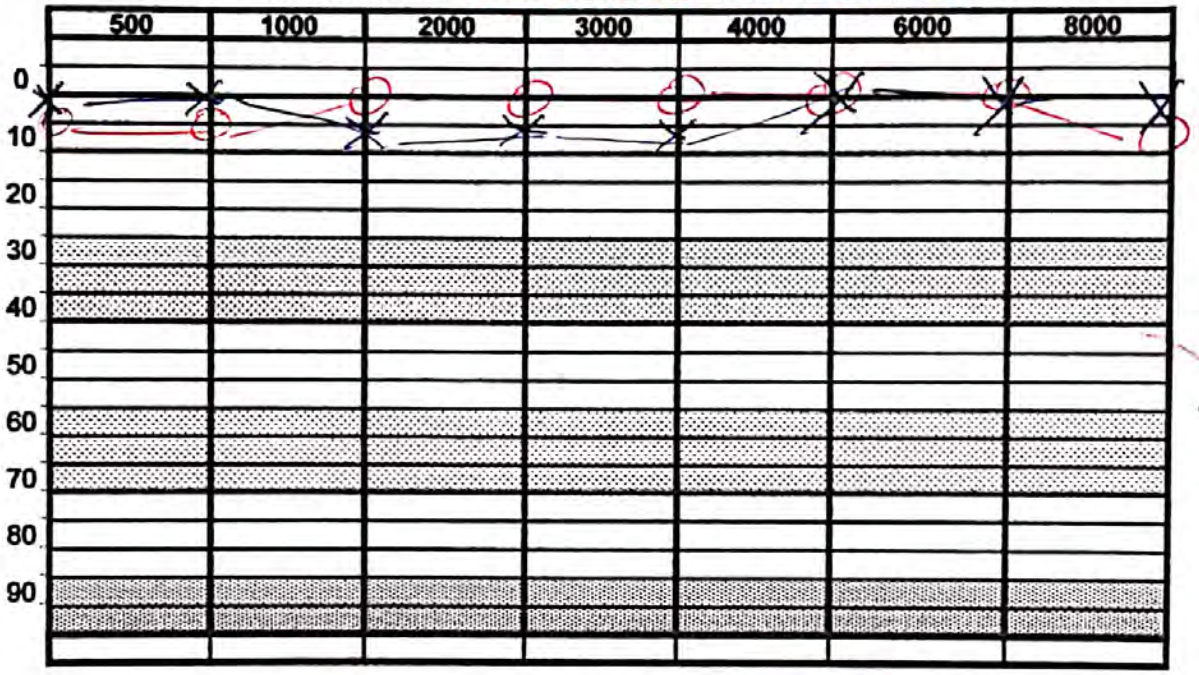


AUDIOMETRIA

Leidy Johana Pardo Castillo	Febrero 10 / 2020
FN 21/08/1984	Cedula: 63438538 EDAD 35 AÑOS

Ingreso Sena.

AUDIOGRAMA: OIDO DERECHO - OIDO IZQUIERDO



OIDO DERECHO: ——— OIDO IZQUIERDO: ———

	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	
OD	10dB	10dB	5dB	5dB	5dB	5dB	10dB	
OI	5dB	5dB	10dB	10dB	10dB	10dB	5dB	
OTOSCOPIA	Pabellon OD	Normal	Conducto OD	Permeable	Membrana OD	Brillante	Normal	
	Pabellon OI	Normal	Conducto OI	Permeable	Membrana OI	Brillante	Normal	

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO: Sensibilidad auditiva periferica normal Bilateral. No Refiere antecedentes otologicos.

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

Control auditivo en 1 año (SI) ✓
Control auditivo en 6 meses (si) —
Remision a otro Especialista (no) ✓
Control con ORL (NO) Lavado de oido OD (no) OI (no)

Celia Esperanza Tellez de Zarraga
Firma y sello del Profesional

Contáctenos

Scanned by CamScanner

Laboratorio Clínico

Dr. Humberto Prada Cárdenas

Universidad Industrial de Santander

Registro 0205 S.S.S.

Tel: 756 4615
Calle 10 No. 3-78
Vélez- Santander

Nombre: Leidy Johana Pardo Castillo	ID: 63.438.538	
Edad: 35Años	Sexo: F	Fecha:08/02/2.020

HEMATOLOGÍA

Hematocrito= 41.5 CC %		Morfología: Normal.
Hemoglobina=13.0gr %		
Leucocitos= 8.880 x mm3		
Linfocitos= 34 %		
Neutrófilos= 61 %		
Eosinófilos= 3 %		
Monocitos= 2 %		
Basófilos= -		
Juveniles=-		
Cayados=-		
Mielocitos=-		
Vsg 1 Hora=-	mm.	
P.T. = -	Segs. N (11- 14 segs.)	
P.T.T. = -	Segs. N (25- 43 segs.)	
T. Coagulación= -		
R. Plaquetas=230.000xmm3	N (150.000-400.000 x mm3)	

Glicemia= 69.0 mgr/dl	Normal (70-100 mgr/
Glicemia Post= -	Normal (70-110 mgr/
Colesterol= 168.0mgr/dl	Normal (150-200 mgr
Triglicéridos= 43.0 mgr/dl	Normal (35-165 mgr/
HDL= 52.4 mgr/dl	Normal (mayor de 40
LDL= 107.0 mgr/dl	Normal (menor de 150
VLDL= 8.6 mgr/dl	
Creatinina= -	Normal M (0,6 -1,1 mg Normal H (0,6 -1,3 mg
N. Ureico= -	N(7-18 mgr/dl)
Ácido Úrico= -	Normal M (2,4 – 5,7 m Normal H (3,4 – 7,0 m

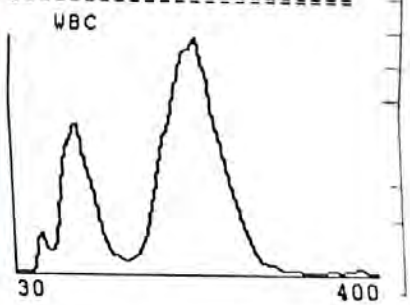
Firma Bacteriólogo

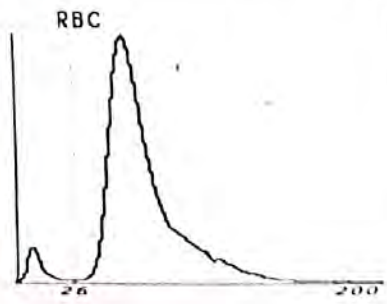
Leidy J. Pardo.

DIATRON Abacus Junior B

Mode	Female
Id	0080209
Date	08.02.2020.
Time	09:48

Test	Result	
WBC	8.88	10^3/ul
RBC	4.81	10^6/ul
HGB	13.0	g/dl
MCV	86	fl
HCT	41.5	%
MCH	27.0	pg
MCHC	31.3	g/dl
RDWc	15.7	%
PLT	230	10^3/ul
MPV	12.2	fl
PCT	0.28	%
PDWc	43.2	%
FLAGS:	S	





Scanned by CamScanner

Laboratorio Clínico

Dr. Humberto Prada Cárdenas

Universidad Industrial de Santander

Registro 0205 S.S.S.

Tel: 756 4615
Calle 10 No. 3-78
Vélez- Santander

Nombre: Leidy Johana Pardo Castillo		ID: 63.438.538
Edad: 35Años	Sexo: F	Fecha:08/02/2.020

HEMATOLOGÍA

Hematocrito= 41.5 CC %		Morfología: Nc
Hemoglobina=13.0gr %		
Leucocitos= 8.880 x mm3		
Linfocitos= 34 %		
Neutrófilos= 61 %		
Eosinófilos= 3 %		
Monocitos= 2 %		
Basófilos= -		
Juveniles=-		
Cayados=-		
Mielocitos=-		
Vsg 1 Hora=-	mm.	
P.T. = -	Segs. N (11- 14 segs.)	
P.T.T. = -	Segs. N (25- 43 segs.)	
T. Coagulación= -		
R. Plaquetas=230.000xmm3	N (150.000-400.000 x mm3)	

Glicemia= 69.0 mgr/dl	Normal (70-100 mgr/dl)
Glicemia Post= -	Normal (70-110 mgr/dl)
Colesterol= 168.0mgr/dl	Normal (150-200 mgr/dl)
Triglicéridos= 43.0 mgr/dl	Normal (35-165 mgr/dl)
HDL= 52.4 mgr/dl	Normal (mayor de 40 mgr/dl)
LDL= 107.0 mgr/dl	Normal (menor de 150 mgr/dl)
VLDL= 8.6 mgr/dl	
Creatinina= -	Normal M (0,6 -1,1 mgr/dl) Normal H (0,6 -1,3 mgr/dl)
N. Ureico= -	N(7-18 mgr/dl)
Ácido Úrico= -	Normal M (2,4 – 5,7 mgr/dl) Normal H (3,4 – 7,0 mgr/dl)

Firma Bacteriólogo

Scanned by CamScanner

Laboratorio Clínico

Dr. Humberto Prada Cárdenas

Universidad Industrial de Santander

Registro 0205 S.S.S.

Tel: 756 4615
Calle 10 No. 3-78
Vélez- Santander

Nombre: Leidy Johana Pardo Castillo	ID:63.438.538	
Edad: 35 Años	Sexo: F	Fecha: 08/02/2.020

PARCIAL DE ORINA

Color= Amarillo	Células Epiteliales= 8-10xc
Olor= S.G.	Bacterias= +
Aspecto= Lig-turbio	Leucocitos= 2-3xc
Ph= 5.0	Piocitos= No
Densidad= 1.025	Moco= +
Glucosa = No	Hematíes= 0-2xc
C.Cetónicos= No	Cristales= -
P. Biliares= No	Uratos Amorfos= ++
Nitritos= No	Fosfatos Amorfos= -
Sangre Oculta= No	C. Hialinos= -
Albúmina= Negativo	C. Granulosos= -
Otros= -	

Firma Bacteriólogo

Scanned by CamScanner

Hace constar:

Que el Sr(a) LEIDY JOHANA PARDO CASTILLO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 63438538 realizó el día 03/03/2020 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, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo LEIDY JOHANA PARDO CASTILLO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 63438538 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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

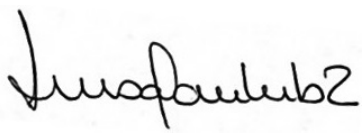
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora LEIDY JOHANA PARDO CASTILLO, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 63.438.538, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 19/02/2020 y fecha fin de contrato 19/08/2020 con riesgo 2.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20200101239954.

Esta certificación se expide a los 19 días del mes de Febrero de 2020.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

BBVA

Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

Que nuestro(a) cliente **LEIDY JOHANA PARDO CASTILLO,** identificado(a) con **cédula de ciudadanía número 63.438.538** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 857009294** aperturada el **24 de octubre del 2014,** cuenta **activa** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **11** días del mes de **febrero** del año **2020**.

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos: **0857009294**
Cuenta de 16 dígitos: **0857000200009294**
Cuenta de 20 dígitos: **00130857000200009294**

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

VIGILADO

Scanned by CamScanner

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

suramericana

Ciudad y Fecha de Expedición	Póliza		Documento
BUCARAMANGA, 19 DE FEBRERO DE 2020	2571239-1		13121524
Intermediario	**Código**	**Oficina**	**Referencia de pago**
AMERICO MONTANINO Y CIA LTDA	19139	2631	01213121524

TOMADOR

CEDULA	Razón Social y/o Nombres y Apellidos		
63436538	LEIDY JOHANA PARDO CASTILLO		
Dirección		**Ciudad**	**Teléfono**
CALLE 13 N 2A 38 BARRIO SAN LUIS		VELEZ	

GARANTIZADO

CEDULA	Nombres y Apellidos
63436538	LEIDY JOHANA PARDO CASTILLO

BENEFICIARIO Y/O ASEGURADO

NIT	Nombres y Apellidos
8999990341	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	FECHA INICIAL	FECHA VENCIMIENTO	VALOR ASEGURADO	PRIMA
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	19-FEB-2020	19-DIC-2020	2.133.000,00	40.000,00

VIGENCIA DEL SEGURO		VIGENCIA DEL MOVIMIENTO			VLR. PRIMA SIN IVA	VLR. IMPUESTOS IVA	TOTAL A PAGAR
Desde	Hasta	Días	Desde	Hasta			
19-FEB-2020	19-DIC-2020	304	19-FEB-2020	19-DIC-2020	$40.000	$7.600	$47.600

VALOR A PAGAR EN LETRAS
CUARENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS PESOS M/L

Documento de:	Valor Asegurado Movimiento	Prima Anual	Total Valor Asegurado
POLIZA NUEVA	$2.133.000	$6.399	$2.133.000,00

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 Nº 009961

104 – NEGOCIOS PERSONALES Y FAMILIAR

RAMO	PRODUCTO	OFICINA	USUARIO	OPERACIÓN	MONEDA	COASEGURO	NÚMERO POLIZA LÍDER	DOCUMENTO COMPAÑIA LÍDER
012	NDX	2631	906825	01	PESO COLOMBIANO	DIRECTO		

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA TOMADOR

PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS

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

DESCRIPCION	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 Nº CO1.PCCNTR.1378926 REFERENTE A:
PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA DESARROLLAR PROGRAMAS DE FORMACION COMPLEMENTARIA Y TITULADA EN EL AREA DE SISTEMAS 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

***

VIGILADO Superintendencia Financiera de Colombia

Scanned by CamScanner

suramericana

Nit. 890.903.407-9

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

HACE CONSTAR

Que la garantía de Cumplimiento a favor de ENTIDADES ESTATALES en la póliza 2571239-1 expedida por la Compañía cuyo Tomador y/o Afianzado es: **LEIDY JOHANA PARDO CASTILLO** y Asegurado y/o Beneficiario es **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE** y su documento 13121524 expedida el día 19 de Febrero de 2020 se encuentra debidamente cancelados sus valores, discriminados así:

Prima	$	$40,000
Impuestos	$	$7,600
Total	$	$47,600

Para constancia se firma en BUCARAMANGA a los 19 días del mes de Febrero de 2020.

Firma Autorizada
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

Scanned by CamScanner

suramericana

Nit. 890.903.407-9

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

HACE CONSTAR

Que la garantía de Cumplimiento a favor de ENTIDADES ESTATALES en la póliza 2571239-1 expedida por la Compañía cuyo Tomador y/o Afianzado es: **LEIDY JOHANA PARDO CASTILLO** y Asegurado y/o Beneficiario es: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE** y su documento 13121524 expedida el día 19 de Febrero de 2020 no expirará por falta de pago de la prima o de los certificados anexos que se expidan con fundamento en ella o por la revocación unilateral por parte del tomador o de la compañía

Para constancia se firma en BUCARAMANGA a los 19 días del mes de Febrero de 2020.

Firma Autorizada
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

Scanned by CamScanner

suramericana

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

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 SUJECIÓN 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 TRANSCURSO DEL TIEMPO.

3. INDEPENCIA DE LOS AMPAROS

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 articulo 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 articulo 1077 en concordancia con el articulo 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.