

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL SANTANDER CENTRO DE GESTIÓN AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE-SANTANDER		Código Regional	68	
			Código Centro	954610	
			Fecha Elaboración	Febrero de 2020	
			Versión	ENERO 2020 - 1,20	
			ID de Proceso	60816-056840	
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos contratista:		DORIAN LICETH AGUILAR BARBOSA		C.C.	63.437.536
Correo electrónico contratista:		licethaguilar@misena.edu.co		IP/Nº de contacto	3214057038
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		Es declarante de renta?	NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000		NO		Inducción SST	SI
Banco al cual consignar:		BANCO BBVA		Presta Servicios Excluidos de IVA ?	SI
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:	1327584/2020	Nº Compromiso SIIF	9920		
Valor Total del Contrato	\$ 35.550.000	Nº Pago	1		
Saldo Anterior del Contrato	\$ 35.550.000	Periodo objeto de pago	Del 10/02/2020 Al 29/02/2020		
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 33.180.000	Comisiones	\$ 0,00		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios	\$ 2.370.000	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%		
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0		
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 2.370.000	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0		
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 1.397.100				
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	Febrero	Enero	Valor Base retención en la fuente	1.397.100,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 948.000	\$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	2.099.800,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 118.500	\$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 151.700	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	
ARL II	\$ 9.900	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	\$ -	Reteica - 8543	4.200,00	
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	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00	
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00	
Dependientes hasta \$ 1.139.424	\$ 237.000	\$ -	Descuentos de Libranza	0,00	
Salud hasta \$ 569.712	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 465.700	\$ -	VALOR A PAGAR	\$ 2.365.800,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -			
SON: DOS MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
FICHA: 1847302 ,febrero 10,11,12,13,14,Reinducción Institucion SENA,horario 08:00am-01:00pm 25 horas. FICHA 1847302,febrero 17,18,19,Reinducción Institucion SENA,horario 08:00am-01:00pm 15 horas. FICHA : 1849655,febrero 20,21,24,25,26 Reinducción Institucion SENA,08.00-12:00/14:00-18:00,40 horas. FICHA : 1849655,febrero 27,28,29 Reinducción Institucion SENA,08.00-12:00/14:00-18:00,24 horas.					
HORAS ACADÉMICAS : 104 HORAS TOTAL DE HORAS: 104 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.					
			DORIAN LICETH AGUILAR BARBOSA EL CONTRATISTA		
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO					
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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,		
			JUAN ERNESTO DUARTE BALLESTEROS INSTRUCTOR G18		
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					

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

NIT. 900.156.264-2



* 0 1 B 1 2 9 7 2 5 0 8 *



* 0 1 0 6 9 1 7 6 6 8 *

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE		2. TIPO DE AFILIACIÓN				3. RÉGIMEN	
A. AFILIACIÓN ☐	B. REPORTE DE NOVEDADES ☒	A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia ☒ b) Beneficiario o afiliado adicional ☐		B. Colectiva ☐	C. Institucional ☐	D. De oficio ☐	C. Contributivo ☒ S. Subsidiado ☐
4. TIPO DE AFILIADO		5. TIPO DE COTIZACIÓN		CÓDIGO		FECHA DE LA SOLICITUD	
CO Cotizante ☒	CF Cabeza de Familia ☐	BE Beneficiario ☐	A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐ D. Independiente por prestación de servicio ☐	C1303		06/02/2020	

A. AFILIACIÓN
II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
		Aguilar		Barbosa		Dorian		Liceth	
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		9. SEXO		10. FECHA NACIMIENTO		CÓDIGO IPS	
R.C. T.I. C.E. P.A. C.D. S.C. P.E.		63437536		M		18/05/1989		4043	
III. DATOS COMPLEMENTARIOS									
11. ORIGEN ÉTNICO		12. DISCAPACIDAD		13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBÉN		14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL		15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	
		Tipo F N M Condición T P							
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES		17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC		18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA		LOCALIDAD / COMUNA		BARRIO	
				Calle 10 A 5.27		Barranquilla		Barrio A. Ekeu	
CIUDAD / MUNICIPIO		DEPARTAMENTO		ZONA		TELÉFONO FIJO		CÓDIGO IPS	
Barranquilla		Atlántico		U. ☒ R. ☐				4043	
TELÉFONO MÓVIL		CORREO ELECTRÓNICO							
3214057038		aguilarbarbosaLiceth@gmail.com							

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 DOCUMENTO DE IDENTIDAD		21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		22. SEXO		23. FECHA NACIMIENTO		CÓDIGO IPS	
T.I. C.C. C.E. P.A. C.D. P.E.				F M		DÍA MES AÑO			

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											
		CN RC TI CC CE PA SC PE				F M		DÍA MES AÑO						Tipo Condición											
1														F. ☐ N. ☐ M. ☐ T. ☐ P. ☐											
2														F. ☐ N. ☐ M. ☐ T. ☐ P. ☐											
3														F. ☐ N. ☐ M. ☐ T. ☐ P. ☐											
4														F. ☐ N. ☐ M. ☐ T. ☐ P. ☐											
32. DATOS DE RESIDENCIA										33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo diligencia la EPS)		34. Nombre y código de la IPS		EXCEPCIÓN DEL TRASLADO		NIVEL DE SISBÉN		GRUPO POBLACIONAL							
Ciudad / Mpio.		Departamento		Zona		Teléfono Fijo		Teléfono Móvil						COBERTURA GEOGRÁFICA		UNIFICACIÓN GRUPO FAMILIAR		CUMPLIMIENTO TIEMPO POR CESIÓN		SERVICIO AVALADO POR SNS		I. ☐ II. ☐			
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		36. Tipo documento de identidad		37. Número documento de identidad		DV		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones			
Independiente		C.E. P.A. C.D. N.I. P.E.		63437536							
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN		CIUDAD / MUNICIPIO		DEPARTAMENTO		TELÉFONO FIJO		TELÉFONO MÓVIL		CORREO ELECTRÓNICO	
Calle 10 A 5.27		Barranquilla		Atlántico		3214057038		aguilarbarbosaLiceth@gmail.com			
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL		CARGO		SALARIO							
DÍA MES AÑO		Ing. Ambiental		877.803							

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD		8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		13. MOVILIDAD	
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN ☐		9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR ☒		A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO ☐	
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN ☐		10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO ☐		B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO ☐	
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD ☐		11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS ☐		14. TRASLADO ☐	
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS ☐		12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS ☐		A) MISMO RÉGIMEN ☐	
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS ☐				B) DIFERENTE RÉGIMEN ☐	
Código ☐				15. REPORTE DE FALLECIMIENTO ☐	
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS ☐				16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE ☐	
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES ☐				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		R.C. T.I. C.C. C.E. P.A. C.D. S.C. P.E.		NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		SEXO		FECHA NACIMIENTO		DÍA MES AÑO	
42. FECHA (a partir de)		43. EPS ANTERIOR		44. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO		45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES					
DÍA MES AÑO		Código		COBERTURA GEOGRÁFICA UNIFICACIÓN GRUPO FAMILIAR CUMPLIMIENTO TIEMPO POR CESIÓN SERVICIO AVALADO POR SNS							

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ Identificado(a) con No. _____ 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) reportados dependen económicamente de mí.	
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 reporte 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 del 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 públicas que por sus funciones la requieran.		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.			

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 de oficio y/o independiente por prestación de servicio	
Dorian Liceth Aguilar Barbosa		ASESOR INTEGRAL	

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 declare 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 se ordene la afiliación de oficio.			

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN		68. Fecha de radicación		69. Fecha de validación	
Código del Municipio ☐ Código del departamento ☐		Número de ficha ☐ Puntaje ☐ Nivel ☐		DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO	
70. Datos del funcionario que realiza la validación		71. Firma del funcionario					
Primer apellido Segundo apellido		Primer nombre Segundo nombre					
Tipo documento de identidad ☐		Número del documento de identidad ☐					

OBSERVACIONES:



Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MISCA
Modelo Único de Registro, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14682098233



(415)7707212489984(8020) 000001468209823 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

6 3 4 3 7 5 3 6

6. DV

1

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Bucaramanga

14. Buzón electrónico

4

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación:

6 3 4 3 7 5 3 6

27. Fecha expedición:

1 9 9 9 0 9 1 5

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

1 6 9

29. Departamento:

Santander

6 8

30. Ciudad/Municipio:

Vélez

8 6 1

31. Primer apellido

AGUILAR

32. Segundo apellido

BARBOSA

33. Primer nombre

DORIAN

34. Otros nombres

LICETH

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Santander

6 8

40. Ciudad/Municipio:

Floridablanca

2 7 6

41. Dirección principal

CON EL BOSQUE SEC G 1 TO 3 AP 104

42. Correo electrónico:

licethaquilar@misena.edu.co

43. Código postal

2 7 6

44. Teléfono 1:

6 3 8 5 8 1 7

45. Teléfono 2:

3 2 1 4 0 5 7 0 3 8

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 5 4 2

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 4 0 1 0 1

Actividad secundaria

48. Código:

8 5 4 3

49. Fecha inicio actividad:

2 0 1 4 0 1 0 2

Otras actividades

50. Código:

1

2

Ocupación

51. Código

2 2 1 3

52. Número establecimientos

2

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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 2 0 0 2 0 4

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:

Liceth Aguilar Barbosa

984. Nombre

AGUILAR BARBOSA DORIAN LICETH

985. Cargo:

CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

YEROVA OCUPACIONAL SAS

NIT. 900.889.143-5

Yeny Cecilia Rodríguez Valle

Médico Especialista En Salud Ocupacional

Y Riesgos Laborales

Licencia 03106 Cel. 311 592 22 24

CIUDAD Y FECHA: *Feb 4-2020*

7111

APELLIDOS Y NOMBRES DEL ASPIRANTE:		<i>Liceth Aguilar Barbosa</i>	
IDENTIFICACION:		<i>63-433-836</i>	
NOMBRE EMPRESA:		<i>SENZ</i>	
EMPRESA EN MISION:			
CARGO (PERFIL DEL CARGO EVALUADO)		<i>instructor area ambiental</i>	
EVALUACION REALIZADA			
TIPO DE EXAMEN MEDICO	PRUEBAS COMPLEMENTARIAS		
INGRESO ☒	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ☒	<i>audiometria</i>	
EGRESO ☐	AUDIOMETRIA ☒	<i>Optometria</i>	
POSTINCAPACIDAD ☐	VISIONOMETRIA ☐	<i>LABORATORIOS</i>	
PERIÓDICO ☐	ESPIROMETRIA ☒	<i>PRUEBA DE VERTIGO</i>	
ALTURAS ☐	<i>PRUEBA NEUROLOGICA</i>		
<i>Examen muscular, cardiovascular, respiratorio, Dermatológico x fonocardi X</i>			
ANTECEDENTES DE ACCIDENTE DE TRABAJO (AT) Y/O ENFERMEDAD PROFESIONAL (EP)			
AT: SI NO FECHA:	EP: SI NO FECHA:		
CONCEPTO			
APTO SIN PATOLOGIA APARENTE ☐			
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			
<i>Hiperlipidemia</i>			
<i>Venas leves dilatadas en miembros inferiores</i>			
RECOMENDACIONES (diligencie solo si es examen de ingreso, periódico o post incapacidad)			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ☒	Valoración por EPS:		
CAPACITACIONES SALUD OCUPACIONAL ☒	<i>nutrición</i>		
PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL ☒	<i>Medios para voces</i>		
CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACION ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO			
NOMBRE TRABAJADOR:	NOMBRE MEDICO:		
<i>Liceth Aguilar Barbosa</i>	<i>Yeny Cecilia Rodríguez Valle</i>		
FIRMA:	FIRMA:		
<i>Liceth Aguilar Barbosa</i>	<i>Yeny Cecilia Rodríguez Valle</i>		
CEDULA: <i>63-433-836</i>	LICENCIA OCUPACIONAL <i>03106</i>		



Hace constar:

Que el Sr(a) DORIAN LICETH AGUILAR BARBOSA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 63437536 realizó el día 27/02/2020 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, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo DORIAN LICETH AGUILAR BARBOSA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 63437536 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

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

Firma

Medellín, 11 de febrero de 2020

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

CERTIFICA:

Que DORIAN LICETH AGUILAR BARBOSA identificado(a) con cédula de ciudadanía 63437536 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 10/02/2020

Fecha fin cobertura: 31/12/2020

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA N899999034

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

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

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

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

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

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:

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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

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

CODIGO DE ACTIVIDAD: 2013001

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

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

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

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

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

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C634375362004237649

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:

11/02/2020 10.27 AM



BBVA COLOMBIA
NIT 860.003.020-1

CERTIFICA

Que **DORIAN LICETH AGUILAR BARBOSA** identificado(a) con **cedula de ciudadanía número 63.437.536** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **Cuenta De Ahorros Libreton No 00130857000200026322** aperturada el **20 de enero de 2018**, cuenta **activa** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

El número de cuenta podrá ser utilizada en nuestros canales como se indica a continuación:

9 dígitos: **857026322**

10 dígitos: **0857026322**

16 dígitos: **0857000200026322**

Recuerde que para pago en nómina a través de Net Cash, el formato a utilizar es de 16 dígitos.

Esta certificación se expide a solicitud del titular el día **27 de enero de 2020** a las **17:57**, con destino a **Quien Interese**.

Firma autorizada autografiada

BBVA COLOMBIA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

BBVA COLOMBIA ESTABLECIMIENTO BANCARIO



AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.
860.002.184-6

SUC.	RAMO	POLIZA No.
6	30	2001960

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO

TIPO DE PÓLIZA: GARANTIA UNICA DE CUMPLIMIENTO

FECHA SOLICITUD DÍA MES AÑO 10 2 2020	CERTIFICADO DE EXPEDICIÓN	Nº CERTIFICADO 0	Nº AGRUPADOR	SUCURSAL BUCARAMANGA	
TOMADOR DORIAN LICETH AGUILAR BARBOSA DIRECCIÓN CONJ EL BOSQUE SEC 1 TO 3 AP 104, VELEZ, SANTANDER				CC 63.437.536 TELÉFONO 3214057038	
AFIANZADO DORIAN LICETH AGUILAR BARBOSA DIRECCIÓN CONJ EL BOSQUE SEC 1 TO 3 AP 104, VELEZ, SANTANDER				CC 63.437.536 TELÉFONO	
BENEFICIARIO CENTRO AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE SENA VELEZ DIRECCIÓN TV 8 8A 50, VELEZ, SANTANDER				NIT 899.999.034 - 1 TELÉFONO 7563017	
MONEDA Pesos	PUNTO DE VENTA	FECHA MAXIMA DE PAGO DÍA MES AÑO 11 3 2020	VIGENCIA DÍA MES AÑO HORA 10 2 2020 00:00		NÚMERO DE DÍAS 425
TIPO CAMBIO 1,00					

DETALLE DE COBERTURAS

Asegurado : CENTRO AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE SENA VELEZ NIT 899.999.034 - 1
Ramo : CUMPLIMIENTO

AMPAROS CONTRATADOS VALOR ASEGURADO Vig. Desde Vig. Hasta
CUMPLIMIENTO 3.555.000,00 10/02/2020 10/04/2021

OBJETO: "GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIONES GARANTIZADAS A CARGO DEL AFIANZADO, ORIGINADOS EN VIRTUD DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. COL.PCCNTR.1327584, LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA DESARROLLAR LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN TITULADA Y COMPLEMENTARIA DE ARTICULACIÓN CON LA MEDIA EN EL ÁREA AMBIENTAL EN EL CENTRO DE GESTIÓN AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE

HACE PARTE INTEGRAL DE LA PRESENTE POLIZA EL CLAUSULADO ANEXO FORMA 12/10/2017-1306- P-05-P/531/OCTUBRE/17-D00I A FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES

FACTURA A NOMBRE DE: DORIAN LICETH AGUILAR BARBOSA
FORMA DE PAGO: CONTADO 30 DIAS

VALOR ASEGURADO TOTAL	\$	3.555.000,00
PRIMA	\$	30.000,00
GASTOS	\$	0,00
IVA-RÉGIMEN COMÚN	\$	5.700,00
AJUSTE AL PESO	\$	0,00
TOTAL A PAGAR EN PESOS	\$	35.700,00

FORMAN PARTE DE ESTE CONTRATO, LAS CLÁUSULAS, CONDICIONES GENERALES
FORMA (*) Y PARTICULARES RELACIONADAS EN HOJA ANEXA.
(*) FORMA ANEXA.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES Y AGENTES DE RETENCIÓN, SEGÚN RESOLUCIÓN
2509 DE DICIEMBRE 3 DE 1993.
EL PRESENTE DOCUMENTO SE EMITE EN BUCARAMANGA A LOS 10 DÍAS
DEL MES DE FEBRERO DEL AÑO 2.020

EN MI CALIDAD DE TOMADOR DE LA PÓLIZA REFERENCIADA EN ESTA CARÁTULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE, QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN, EL TEXTO DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA. MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN DE LA PÓLIZA, ME HAN SIDO ANTICIPADAMENTE EXPLICADAS POR LA ASEGURADORA Y/O POR EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS LAS EXCLUSIONES Y EL ALCANCE O CONTENIDO DE LA COBERTURA DE LA PÓLIZA Y DE LAS GARANTÍAS, Y EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMAR LA PÓLIZA DE SEGUROS AQUÍ CONTENIDA.

FIRMA AUTORIZADA DIANA INES TORRES - REPRESENTANTE LEGAL

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN DEL COASEGURO				INTERMEDIARIOS			
CODIGO	COMPANIA	% PARTICIPACION	PRIMA	CODIGO	TIPO	NOMBRE	% PARTICIPACION
				5275	AGCIA DE SEGURO	AMERICO MONTANINI Y CIA. LTDA.	100,00



B6B7E55A6A3B9D

Defensoría del Consumidor Financiero, Teléfono 7456300 Exts 4910, 4911, 4830, 4959, 3412 Fax OP 1 EXT 3473
Correo electrónico defensoria: financiero@defensoria.com.co Dirección Oficina: Calle 12 B # 7-90 piso 2 Bogo
OFICINA: CARRERA 7ª No. 24 - 89 PISO 7º TEL. 3364677 BOGOTÁ D.C. COLOMBIA
- ORIGINAL - CLIENTE -

USUARIO: LIAHAR001



COMPROBANTE DE PAGO

DATOS DEL CLIENTE

Nombre : DORIAN LICETH AGUILAR BARBOSA
No. Documento: 63437536
IP : 45.183.40.5
Telefono : 3214057038
Correo : LICETHAGUILAR@MISENA.EDU.CO

DATOS DEL PAGO

Pago a : AXA COLPATRIA SEGUROS GENERALES - GENE
No. Referencia : 18519557
No. Producto : 2001960
Total Pagado : 35700
Estado : EXITOSO
Fecha de Pago : 2/10/2020 12:27:24 PM

Nota: Esta operación de pago no tiene costo

Garantía única de cumplimiento



AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.

GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO

CONDICIONES GENERALES

CAPÍTULO I - AMPAROS

AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ AXA COLPATRIA, CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES Y LÍMITES DE VALOR ASEGURADO CONSIGNADOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, ASÍ COMO DE LAS COBERTURAS CONTRATADAS, INDEMNIZARÁ A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE LOS PERJUICIOS DIRECTOS CAUSADOS POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA, OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, DE ACUERDO CON LOS SIGUIENTES AMPAROS, SALVO LO DISPUESTO EN LA CONDICIÓN 2 “EXCLUSIONES”.

1. AMPAROS

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA

LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUBRIRÁ 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 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 CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DE:

EL INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA. EL CUMPLIMIENTO TARDÍO O DEFECTUOSO

DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA. LOS DAÑOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA POR ENTREGAS PARCIALES DE LA OBRA, CUANDO EL CONTRATO NO PREVÉ ENTREGAS PARCIALES. EL PAGO DEL VALOR DE LAS MULTAS Y DE LA CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA.

1.3 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO

ESTE AMPARO CUBRE LOS PERJUICIOS SUFRIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL CON OCASIÓN DE: (I) LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO, (II) EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO Y (III) LA APROPIACIÓN INDEBIDA DE LOS RECURSOS RECIBIDOS EN CALIDAD DE ANTICIPO.

1.4 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DEL PAGO ANTICIPADO

ESTE AMPARO CUBRE LOS PERJUICIOS SUFRIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL POR 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 LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES

ESTE AMPARO CUBRIRÁ A LA ENTIDAD ESTATAL DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES DEL CONTRATISTA, DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADO EN EL TERRITORIO NACIONAL PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO AMPARADO.

ESTA AMPARO NO CUBRE LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL CON PERSONAL CONTRATADO BAJO UN RÉGIMEN JURÍDICO DISTINTO AL COLOMBIANO.

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA

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

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

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

1.8 CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES

ESTE AMPARO CUBRE LA CALIDAD Y EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES QUE RECIBE LA ENTIDAD ESTATAL EN CUMPLIMIENTO DE UN CONTRATO.

CAPÍTULO II - EXCLUSIONES

AXA COLPATRIA QUEDARÁ LIBERADA DE TODA RESPONSABILIDAD BAJO EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO CUANDO EL SINIESTRO SE CAUSE O SE PRESENTE POR ALGUNO DE LOS SIGUIENTES HECHOS:

- 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 CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.
- 2.3 EL USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A 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.

CAPÍTULO III - CONDICIONES APLICABLES A TODO EL CONTRATO

3.1 Límite máximo de responsabilidad

La responsabilidad de AXA COLPATRIA en este seguro lo constituyen los valores contratados para cada amparo y no excederá, en ningún caso, de la suma consignada en la carátula de la póliza y sus anexos.

Parágrafo: Los amparos de la póliza serán independientes unos de otros 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. Estos no son acumulables y son excluyentes entre sí.

3.2 Prórroga

No existirá prórroga automática de la vigencia de los amparos otorgados por la presente póliza.

3.3 Certificado de modificación

Cuando la suma asegurada y las estipulaciones del contrato garantizado sean modificadas, AXA COLPATRIA expedirá el

respectivo certificado si con base en el art. 1056 del código de comercio decide amparar dichas modificaciones.

3.4 Compensación

Si en el momento de ocurrir un siniestro, la entidad estatal contratante fuere deudora del contratista por cualquier concepto, se compensarán las obligaciones en la cuantía a que haya lugar.

3.5 Aviso de modificaciones

La entidad contratante y el contratista se comprometen avisar a AXA COLPATRIA toda modificación que se realice al contrato garantizado.

De igual manera, en cualquier momento que se aumente, disminuya o adicione el valor del contrato o se prorrogue su término, el contratista garantizado deberá ampliar el valor de la garantía otorgada o ampliar su vigencia, según el caso, previo pago de la prima.

3.6 Llamamiento en garantía

La entidad estatal contratante y el contratista se comprometen a notificar a AXA COLPATRIA cualquier proceso judicial o arbitral que pudiera dar lugar a un siniestro amparado por esta póliza.

3.7 Irrevocabilidad

Las partes no están autorizadas a revocar la presente póliza.

3.8 Pago de la prima

El pago de la prima es obligación del tomador de la póliza y deberá efectuarse dentro del plazo pactado y señalado como fecha máxima de pago en la carátula de la póliza o en los anexos o certificados expedidos con fundamento en ella.

CAPÍTULO IV - OBLIGACIÓN DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO

4.1 Aviso del siniestro

Frente a cualquier hecho que dé origen al incumplimiento del contratista, la entidad estatal contratante deberá dar aviso a AXA COLPATRIA inmediatamente o a más tardar dentro del término de tres (3) días hábiles contados a partir de la fecha en que haya conocido o debido conocer la ocurrencia del hecho.

El tomador / contratista deberá dar aviso a AXA COLPATRIA dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de cualquier demanda, procedimiento o diligencia, carta, reclamación, notificación o citación, que se relacione con cualquier acontecimiento que pueda dar origen a un siniestro o reclamación de acuerdo con la presente póliza.

4.2 Prueba de la ocurrencia del siniestro

La entidad estatal podrá hacer efectiva las garantías previstas en esta póliza así:

- 4.2.1 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.
- 4.2.2 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.
- 4.2.3 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 el siniestro para la compañía de seguros.

CAPÍTULO 5 - PAGO DEL SINIESTRO

AXA COLPATRIA pagará el valor del siniestro de conformidad con lo señalado en el art. 1080 del código de comercio, el pago se efectuará así:

- A) Cuando la entidad estatal haya ejercido alguna de las potestades excepcionales, es decir, modificar, interpretar, terminar, liquidar unilateralmente o declarar la caducidad del contrato garantizado, dentro del mes siguiente a la comunicación escrita que dirija la entidad estatal contratante a AXA COLPATRIA acompañada de la copia del acto administrativo debidamente ejecutoriado y del acta de liquidación del contrato o de la resolución ejecutoriada mediante la cual se declare la liquidación unilateral del mismo.
- B) En todos los demás eventos, dentro del mes siguiente a la comunicación escrita que con tal fin haga la entidad estatal contratante, acompañada de una copia del acto administrativo ejecutoriado que declare la ocurrencia del siniestro.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 1110 del código de comercio, AXA COLPATRIA, a su arbitrio, podrá optar por efectuar el pago de la prestación asegurada en dinero, o asumiendo la ejecución del contrato garantizado.

CAPÍTULO 6 - CESIÓN DEL CONTRATO

En caso de incumplimiento del contratista, AXA COLPATRIA, a su arbitrio, podrá continuar con la ejecución del contrato. La entidad estatal contratante no podrá oponerse y el contratista acepta desde ahora la cesión del contrato a favor de AXA COLPATRIA.

En tal evento, AXA COLPATRIA presentará garantías en los términos exigidos por la licitación o contrato.

CAPÍTULO 7 - SUBROGACIÓN

En virtud del pago de la indemnización, AXA COLPATRIA se subrogará hasta concurrencia de su importe, en todos los derechos que la entidad estatal contratante tenga contra el contratista.

La entidad estatal contratante no puede renunciar en ningún momento a sus derechos en contra del garantizado y si lo hiciere, perderá el derecho a la indemnización.

CAPÍTULO 8 - COEXISTENCIA DE SEGUROS

El contratista y/o la entidad estatal contratante deberán informar por escrito a AXA COLPATRIA los seguros de igual naturaleza que contrate, dentro del término de diez (10) días hábiles a partir de su celebración.

En el caso de pluralidad o coexistencia de seguros los aseguradores deberán soportar la indemnización debida en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos de seguro, siempre que hayan actuado de buena fe.

CAPÍTULO 9 - INDIVISIBILIDAD DE LAS GARANTÍAS

La garantía de cobertura del riesgo es indivisible. Sin embargo, en los contratos con un plazo mayor a cinco (5) años las garantías pueden cubrir los riesgos de la etapa del contrato o del periodo contractual, de acuerdo con lo previsto en el contrato.

Si el garante de una etapa del contrato o un periodo contractual decide no continuar garantizando la etapa del contrato o periodo contractual subsiguiente, debe informar su decisión por escrito a la entidad estatal garantizada seis (6) meses antes del vencimiento del plazo de la garantía. Este aviso no afecta la garantía de la etapa contractual o periodo contractual en ejecución. Si el garante no da el aviso con la anticipación mencionada y el contratista no obtiene una nueva garantía, queda obligado a garantizar la etapa del contrato o el periodo contractual subsiguiente.

CAPÍTULO 10 - PRESCRIPCIÓN

La prescripción de las acciones derivadas del presente contrato seguro se regirá por lo dispuesto en el código de comercio.

CAPÍTULO 11 - DOMICILIO

Sin perjuicio de las normas procedimentales, se fija como domicilio de AXA COLPATRIA, la ciudad de Bogotá, D.C.



www.axacolpatria.co



Para mayor información, comuníquese con su asesor de seguros o a nuestra Línea Integral de Atención al Cliente: 01 8000 51 26 20, en Bogotá al 423 57 57