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	**Marzo de 2020**
Versión	**FEBRERO 2020 - 2,20**
ID de Proceso	**90920-177233**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	LUIS ARMANDO ARIZA QUINTERO	**C.C.**	13.959.011	**IP/Nº de contacto**	3118641003
Correo electrónico contratista:	armasarizaquintero@gmail.com				
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta?**	SI	**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**	0857027536
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:	1413718/2020			**Nº Compromiso SIIF**		**23120**	
Valor Total del Contrato	$ 33.891.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 33.891.000	**1**	**Del**	**02/03/2020**	**Al**	**31/03/2020**	**$ 3.555.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 30.336.000		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.555.000		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	**$ 3.555.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.362.200**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Marzo	**Febrero**			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**C. AFILIACION**	Valor Base retención en la fuente	2.362.200,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.422.000	$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	3.149.600,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 177.800	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 227.600	$ 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	$ 14.900	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8543	6.299,00	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	$ 787.400		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.548.701,00**	

SON: TRES MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

FICHA: 1967214, DIAS: 13-14-15-20-21-22-27-28-29. FORMACIÓN DEL TÉCNICO EN MAYORDOMÍA DE EMPRESAS GANADERAS. CIMITARRA SANTANDER
HORARIO: DE 8AM A 18PM. TOTAL HORAS 90
COMPLEMENTARIA: FICHA 2086646, DIAS: 17-17-18-19-24. BÁSICO EN GANADERÍA BOVINA DOBLE PROPÓSITO.
HORARIO: DE 7AM A 12M Y DE 13PM A 17PM: TOTAL HORAS: 40

TOTAL HORAS FORMACIÓN TÉCNICO: 90 HORAS
TOTAL HORAS COMPLEMENTARIA: 40 HORAS
TOTAL HORAS DESARROLLO CURRICULAR, ALISTAMIENTO: 30 HORAS
TOTAL HORAS MARZO: 160 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.



LUIS ARMANDO ARIZA QUINTERO
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,



JUAN ERNESTO JUANTE 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

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 Único exclusivamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

01 B 13521966

0107467126

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: 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: C1303
FECHA DE LA SOLICITUD: 02 03 2020

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: Arizo
SEGUNDO APELLIDO: Quintero
PRIMER NOMBRE: Luis
SEGUNDO NOMBRE: Armando
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RC [ ] TI [ ] CC [X] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ]
8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1393911
9. SEXO: F [ ] M [X]
10. FECHA NACIMIENTO: 10 02 83

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ÉTNICO: Código
12. DISCAPACIDAD: Tipo F N M T P; Condición S 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: KR 1 # 8-37
LOCALIDAD / COMUNA
BARRIO: Tenko.
CIUDAD / MUNICIPIO: Urrao
DEPARTAMENTO: Sader.
ZONA: U. [X] R. [ ]
TELÉFONO FIJO
CÓDIGO IPS: 4849
TELÉFONO MÓVIL: 3118641003
CORREO ELECTRÓNICO: dimasaiizae@hotmail.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: RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ]
21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
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. NUMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO	28. FECHA DE NACIMIENTO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD Tipo F N M T P; Condición S T P
1								
2								
3								
4								

	32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona R. U.	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFIJADO ADICIONAL (La Alcgncia a EPS)	34. Nombre y código de la IPS	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO Cobertura Geográfica	Unificación Grupo Familiar	Cumplimiento Tiempo por Cesión	Servicio Afiliado por SNS	NIVEL DE SISBÉN	GRUPO POBLACIONAL
1												I. II. III.	
2												I. II. III.	
3												I. II. III.	
4												I. II. III.	

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: Ind. Pendiente
36. Tipo documento de identidad: RC [ ] TI [ ] CC [X] CE [ ] PA [ ] CD [ ] NIT [ ] PE [ ]
37. Número documento de identidad: 1393911
DV
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: KR 1 # 8-37
Urrao
Sda.
TELÉFONO FIJO
3108641003
dimasaiizae@hotmail.com
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 01 03 2020
CARGO: M. Oficinario.
SALARIO: 877803

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. REINSCRIPCION EN LA EPS [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. VINCULACIÓN 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 REGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TRASLADO
A) MISMO RÉGIMEN [ ]
B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
15. 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 [ ] UNIFICACION GRUPO FAMILIAR [ ] CUMPLIMIENTO TIEMPO POR CESION [ ] SERVICIO AFILIADO POR SNS [ ]
45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

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) reportado(s) dependen económicamente de mi. [ ]
47 Declaración de la no obligación de afiliarse al Regimen 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 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 publicas 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 del 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

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. [ ]

nueva eps
Radicado No.
Fecha 02-03-2020

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
Número de ficha
Puntaje
Nivel
68. Fecha de aplicación: 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:

VERSIÓN 5 SEPTIEMBRE 2019

Scanned with CamScanner

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224 808-8

CERTIFICA QUE:

LUIS ARMANDO ARIZA QUINTERO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **13.959.011**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 28 de Febrero del 2020.

Cordialmente,

Vicepresidente de Clientes y Operaciones

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Scanned with CamScanner

PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

FORMATO INFORME MENSUAL EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Vélez, Marzo de 2020

Señor (a)
JUAN ERNESTO DUARTE
SUPERVISOR(A) CONTRATO No. CO1.PCCNTR.1413718
Coordinador Académico
Centro de Gestión Agroempresarial del Oriente
Vélez

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

Referencia: No. CO1.PCCNTR.1413718 DE 2020

LUIS ARMANDO ARIZA QUINTERO, identificado con la cédula de ciudadanía No. 13959011 de Vélez, en mi calidad de Contratista del SENA, en Coordinaciòn Académica, en cumplimiento del Contrato de Prestación de Servicios de la referencia, a continuación presento el Informe de actividades realizadas en el mes objeto de cobro.

Valor y forma de Pago: Se fija como valor total del contrato la suma de Treinta y tres millones ochocientos noventa y un pesos M/cte pesos ($ 33.891.000) 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 pesos ($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 16 de Diciembre de 2020.

OBJETO:
Contratar la prestación de servicios personales de carácter temporal como instructor del área pecuaria, para desarrollar los programas de formación titulada y complementa en el Centro de Gestión Agroempresarial del Oriente.

CLÁUSULA (No. de cláusula donde se encuentren las 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	En la formación del TECNICO EN MAYORDOMIA DE EMPRESAS GANADERAS, de ficha: 1967214; se ejecutaron las actividades formativas orientadas a la planeación estratégica, a través del desarrollo de las competencias:	DRIVE: guias de formación y planeaciones pedagógicas.

		• manejar praderas según criterios agronómicos y normatividad vigente. • establecer plan sanitario según especie animal, plan de producción y normatividad vigente. Se ejecutan actividades para desarrollar la formación de una acción de formación complementaria BASICO EN GANADERIA BOVINA DOBLE PROPOSITO, con ficha: 2086646	
4	•Participar en procesos de promoción de los programas de Formación Profesional Integral, servicios y actividades de divulgación tecnológica programados por el Centro.	Apoyar el procedimiento de promoción y divulgación de la oferta de formación virtual titulada que el SENA ofrece paa el 2020. Se hace inscripción para recibir formación complementaria virtual de CURSO DE HERRAMIENTAS TIC.	Drive: pantallazo de publicación por redes sociales. Pantallazo de inscripción a la acción de formación complemtnaria
5	•Rendir oportunamente los informes requeridos sobre las acciones encomendadas y los productos resultantes de procesos de Formación Profesional	Se diligencia todos los formatos necesarios para las acciones de formación que se desarrollan durante la vigencia del mes de marzo de 2020	Drive: formatos diligenciados de la acción de formación complementaria.
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 rutas y asociación de aprendices; Registro de juicios evaluativos del	Para el caso de la acción de formación complementaria se envia la ficha de caracterización para poder iniciar el programa, se crea la ruta. Para asi poder asociar y evaluar los aprendices.	Drive: ficha de caracterización complementaria y pantallazo de crear ruta.

	reconocimiento de aprendizajes previos; Comunicar al Coordinador Académico oportunamente anomalías, inconsistencias, novedades de aprendices y hallazgos en el registro de la información		
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 efecto deberá aplicar el proceso	Certificación NCL" Orientar formación presencial de acuerdo con procedimientos técnicos y normativos". Obtenida 4 de octubre de 2017 - Vigencia 4 de octubre de 2020	Drive: certificación NCL orientar formación presencial deacuerdo con procedimientos técnicos y normativos.
11	Custodiar, organizar y archivar los documentos producidos por la dependencia.	Para el diligenciamiento adecuado de la documentación necesaria se tiene en cuenta la carpeta brindada por la líder del programa y la pagina COMPROMISO.	DRIVE: carpeta de documentación y link de compromiso. http://compromiso.sena.edu.co

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.*

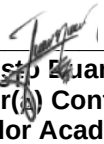
Para el trámite de la cuenta me permito adjuntar: Documentos enunciados como evidencias del cumplimiento de las obligaciones contractuales y los desplazamientos realizados, **CERTIFICACIÓN PENSIÓN, CERTIFICACION DE AFILIACION A LA NUEVA EPS, correspondiete MARZO DE 2020**. (Decreto Ley 2106 de 2019 – " *Decreto Ley Antitrámites"*)

Cordialmente,



LUIS ARMANDO ARIZA QUINTERO
Contratista
C.C. No. 13959011

Recibí a satisfacción:



Juan Ernesto Duarte Ballesteros
Supervisor(a) Contrato No. CO1.PCCNTR.1413718 DE 2020
Coordinador Académico

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 13 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14625219845

(415)7707212489984(8020) 000001462521984 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 3 9 5 9 0 1 1	5	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 13	1 3 9 5 9 0 1 1	2 0 0 1 0 4 2 4

Lugar de expedición / 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Santander 68	Vélez 861

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ARIZA	QUINTERO	LUIS	ARMANDO

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:
ARIGAN	

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Santander 68	Bucaramanga 001

41. Dirección principal: CL 35 17 77 OF 801 802 ED BANCOQUIA BRR CENTRO

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
armasariza@hotmail.com	0	3118641003	6700710

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2
8543	2016 02 16	7500	2010 07 29	8299	

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos
2225	1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	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
	5	49																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

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: 2019 06 18

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo:

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14625219845

(415)7707212489984(8020) **000001462521984 5**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 3 9 5 9 0 1 1	5	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga	4

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	63. Formas asociativas	64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados
65. Fondos	66. Cooperativas	67. Sociedades y organismos extranjeros
68. Sin personería jurídica	69. Otras organizaciones no clasificadas	70. Beneficio

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase:	0 9	
72. Número:		
73. Fecha:	Año Mes Día	Año Mes Día
74. Número de Notaría:		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro:	2 0 1 4 0 9 0 5	Año Mes Día
77. No. Matrícula mercantil:	0 5 - 3 0 4 8 0 1 -	
78. Departamento:	6 8	
79. Ciudad/Municipio:	5	

Vigencia:

80. Desde:	Año Mes Día	Año Mes Día
81. Hasta:	Año Mes Día	Año Mes Día

Composición del Capital

82. Nacional:	%
83. Nacional público:	%
84. Nacional privado:	%
85. Extranjero:	%
86. Extranjero público:	%
87. Extranjero privado:	%

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control:

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual:	90. Fecha cambio de estado:	91. Número de Identificación Tributaria (NIT):
1		Año Mes Día	-
2		Año Mes Día	-
3		Año Mes Día	-
4		Año Mes Día	-
5		Año Mes Día	-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante:	96. DV.
			-

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País:	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14625219845

(415)7707212489984(8020) 000001462521984 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 3 9 5 9 0 1 1	5	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga	4

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento:	161. Actividad económica:
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades veterinarias 7 5 0 0

162. Nombre del establecimiento: ARIGAN

163. Departamento:	164. Ciudad/Municipio:
Santander 6 8	Bolívar 1 0 1

165. Dirección: CORR BERBEO

166. Número de matrícula mercantil:	167. Fecha de la matrícula mercantil:
3 0 4 8 0 3	2 0 1 4 0 9 0 5
168. Teléfono:	**169. Fecha de cierre**
3 1 1 8 6 4 1 0 0 3	AAAA MM DD

2

160. Tipo de establecimiento:	161. Actividad económica:

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento:	164. Ciudad/Municipio:

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil:	167. Fecha de la matrícula mercantil;
	AAAA MM DD
168. Teléfono:	**169. Fecha de cierre**
	AAAA MM DD

3

160. Tipo de establecimiento:	161. Actividad económica:

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento:	164. Ciudad/Municipio:

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil:	167. Fecha de la matrícula mercantil;
	AAAA MM DD
168. Teléfono:	**169. Fecha de cierre**
	AAAA MM DD

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Colombia, un compromiso que no podemos evadir.

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 28-2020

7261

APELLIDOS Y NOMBRES DEL ASPIRANTE:	Luis Armando Arias Quintero
IDENTIFICACION:	C.C. 93.959.011
NOMBRE EMPRESA:	Sona
EMPRESA EN MISION:	
CARGO (PERFIL DEL CARGO EVALUADO)	instructor Area Productos

EVALUACION REALIZADA

TIPO DE EXAMEN MEDICO		PRUEBAS COMPLEMENTARIAS			
INGRESO	☒	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	☒	Psicosocial	☒
EGRESO	☐	AUDIOMETRIA	☒	OPTOMETRIA	☒
POSTINCAPACIDAD	☐	VISIOMETRIA	☐	LABORATORIOS	☒
PERIÓDICO	☐	ESPIROMETRIA	☒	PRUEBA DE VERTIGO	☐
ALTURAS	☐			PRUEBA NEUROLOGICA	☐

Antitetanica - PC-PO CH - 611

Exámenes Musculoesq, Cardiovascular, resp, Neurológico, Dermatológico 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__
Quimicos: 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

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:	NOMBRE MEDICO: Yeny Cecilia Rodriguez Valle
FIRMA: Armando Arias Q.	FIRMA:
CEDULA: 3959011	LICENCIA OCUPACIONAL: M.3.1.8

Yeny C. Rodriguez V.
Médico Especialista
Salud Ocupacional
Lic 03106 UPTC

Scanned with CamScanner

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) LUIS ARMANDO ARIZA QUINTERO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 13959011 realizó el día 23/03/2020 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 LUIS ARMANDO ARIZA QUINTERO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 13959011 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

BBVA
Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

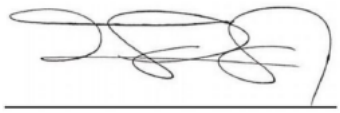
Que nuestro(a) cliente **LUIS ARMANDO ARIZA QUINTERO,** identificado(a) con **cédula de ciudadanía número 13.959.011** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 857027536** aperturada el **28 de febrero del 2018,** cuenta **activa** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **28** 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: **0857027536**
Cuenta de 16 dígitos: **0857000200027536**
Cuenta de 20 dígitos: **00130857000200027536**

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

suramericana

Ciudad y Fecha de Expedición	Póliza		Documento
BUCARAMANGA, 02 DE MARZO DE 2020	2580592–3		13135365
Intermediario	**Código**	**Oficina**	**Referencia de Pago**
AMERICO MONTANINO Y CIA LTDA	19139	2631	01213135365

TOMADOR

CEDULA	Razón Social y/o Nombres y Apellidos		
13959011	LUIS ARMANDO ARIZA QUINTERO		
Dirección		**Ciudad**	**Teléfono**
CR 1 # 8 37		VELEZ	6366389

GARANTIZADO

CEDULA	Nombres y Apellidos
13959011	LUIS ARMANDO ARIZA QUINTERO

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	02–MAR–2020	16–ABR–2021	3.389.100,00	40.000,00

VIGENCIA DEL SEGURO		VIGENCIA DEL MOVIMIENTO			VLR. PRIMA SIN IVA	VLR. IMPUESTOS (IVA)	TOTAL A PAGAR
Desde	Hasta	Días	Desde	Hasta			
02–MAR–2020	16–ABR–2021	410	02–MAR–2020	16–ABR–2021	$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
RECIBO DE POLIZA NUEVA LEGALIZADO	$4.200.000	$10.167	$3.389.100,00

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

104 – NEGOCIOS PERSONALES Y FAMILIAR

RAMO	PRODUCTO	OFICINA	USUARIO	OPERACIÓN	MONEDA	COASEGURO	NÚMERO PÓLIZA LÍDER	DOCUMENTO COMPAÑÍA LÍDER
012	NDX	2631	973744	01	PESO COLOMBIANO	DIRECTO		

FIRMA AUTORIZADA

ArmandoArizaQ.
FIRMA TOMADOR

PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS

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

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

TEXTOS Y ACLARACIONES ANEXAS

SE GARANTIZA EL CUMPLIMIENTO AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS N° CO1.PCCNTR.1413718 REFERENTE A:PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR DEL ÁREA PECUARIA, PARA DESARROLLAR LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN TITULADA Y COMPLEMENTARIA EN EL CENTRO DE GESTIÓN AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE.

***

BENEFICIARIO: CENTRO DE GESTION AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE SENA VELEZ
DIRECCION: TRANSVERSAL 8 N 8A – 50
TELEFONO 7563017

***

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 2580592–3 expedida por la Compañía cuyo Tomador y/o Afianzado es: **LUIS ARMANDO ARIZA QUINTERO** y Asegurado y/o Beneficiario es **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE** y su documento 13135365 expedida el día 02 de Marzo 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 02 días del mes de Marzo de 2020.



Firma Autorizada
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

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 2580592–3 expedida por la Compañía cuyo Tomador y/o Afianzado es: **LUIS ARMANDO ARIZA QUINTERO** y Asegurado y/o Beneficiario es: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE** y su documento 13135365 expedida el día 02 de Marzo 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 02 días del mes de Marzo de 2020.



_____

Firma Autorizada
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

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.