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	**68976-117795**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ALVARO ENRIQUE RUIZ MARIN	**C.C.**	1.097.332.009	**IP/Nº de contacto**	0
Correo electrónico contratista:	aeruizm@sena.edu.co				
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta?**	NO	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**	SI
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	41600016723
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:	1302836/2020			**Nº Compromiso SIIF**	**2520**		
Valor Total del Contrato	$ 15.070.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 15.070.000	**1**	**Del**	**01/02/2020**	**Al**	**29/02/2020**	**$ 1.370.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 13.700.000		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.370.000		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	**$ 1.370.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 839.775**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

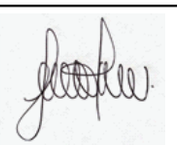
	Febrero	Enero			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**FORMATO DE A**	Valor Base retención en la fuente	839.775,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 877.803	$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	1.119.700,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 109.800	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 140.500	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL II	$ 9.200	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 161	0,00	0,000%
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	$ 279.925		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 1.370.000,00**	

SON: UN MILLÓN TRESCIENTOS SETENTA MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1.Realizar labores de desmateo y mantenimiento de cercas.
2.Ejecutar labores de limpieza y mantenimiento de instalaciones de agua, zanjas y demás instalaciones.
3.Desarrollar labores de mantenimiento y manejo de cultivos.
4.Realizar labores de manejo de proyectos pecuarios.
5.Realizar labores de mantenimiento y adecuación de instalaciones.
6.Informar las novedades que se presenten en la realización de las actividades y presentar propuestas de solución, justo a tiempo.
7.Utilizar la maquinaria, equipos y herramientas dispuestas por la entidad para el correcto desarrollo de las actividades.
8.Velar por el adecuado manejo de la maquinaria, equipos y herramientas y la óptima utilización de los mismos.
9.Excelentes relaciones interpersonales

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.



ALVARO ENRIQUE RUIZ MARIN
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

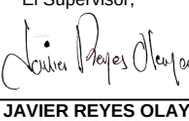
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

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;

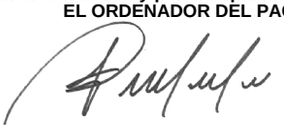
3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,



LUIS JAVIER REYES OLAYA
TECNICO G02

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



HERIKA BIBIANA ARIZA GONZALEZ
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

01 B 13521979

0107467139

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

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: C1263

FECHA DE LA SOLICITUD: 20 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
Ruiz	Alvira	Mario	Enrique

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RC [ ] TI [ ] CC [X] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ]

8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1047332009

9. SEXO: F [ ] M [X]

10. FECHA NACIMIENTO: 04 02 85

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ÉTNICO: Código [ ]

12. DISCAPACIDAD: Tipo F [ ] N [ ] M [ ] Condición T [ ] P [ ]

13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN

14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL

15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES

17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC

18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Calle 5 # 2-22

LOCALIDAD / COMUNA

BARRIO: Centro

CIUDAD / MUNICIPIO: Cocorná

DEPARTAMENTO: Santander

ZONA: U. [X] R. [ ]

TELÉFONO FIJO

TELÉFONO MÓVIL: 3147717761

CORREO ELECTRÓNICO: enriqueruiz3200@hotmail.com

CÓDIGO IPS

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: 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	31. DISCAPACIDAD Condición
1									
2									
3									
4									

	32. DATOS DE RESIDENCIA: Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo diligencia la EPS)	34. Nombre y código de la IPS	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO: COBERTURA GEOGRAFICA	UNIFICACIÓN GRUPO FAMILIAR	CUMPLIMIENTO TIEMPO POR COTIZAR	SERVICIO AVALADO POR SAS	NIVEL DEL SISBEN	GRUPO POBLACIONAL
1			R. [ ] U. [ ]									I. [ ] II. [ ]	
2			R. [ ] U. [ ]									I. [ ] II. [ ]	
3			R. [ ] U. [ ]									I. [ ] II. [ ]	
4			R. [ ] U. [ ]									I. [ ] II. [ ]	

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

35. Nombre o Razón Social: Tadmadurit

36. Tipo documento de identidad: CE [X] PA [ ] CD [ ] NIT [ ] PE [ ]

37. Número documento de identidad: 1047332009 DV

38. Tipo de aportante o pagador de pensiones

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: Calle 5 # 2-22 Cocorná Antioquia

TELÉFONO FIJO: 3147717761

CORREO ELECTRÓNICO: enriqueruiz3200@hotmail.com

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 01/03/2020

CARGO: Vendedor Agricola

SALARIO: $ 77203.

B. REPORTE DE NOVEDADES

46. TIPO DE NOVEDAD

1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ] Código [ ]
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE 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 RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TRASLADO A) MISMO RÉGIMEN [ ] B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ]

NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

SEXO: F [ ] M [ ]

FECHA NACIMIENTO: DIA MES AÑO

42. FECHA (a partir de): DIA MES AÑO

43. EPS ANTERIOR Código

44. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO: COBERTURA GEOGRAFICA [ ] UNIFICACIÓN GRUPO FAMILIAR [ ] CUMPLIMIENTO TIEMPO POR COTIZAR [ ] SERVICIO AVALADO POR SAS [ ]

45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaracion Juramentada de convivencia. Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ Identificado(a) con _____ No _____ desde el dia _____ del mes _____ del año _____

46. Declaracion de dependencia economica de los beneficiarios y afiliados adicionales. Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mi. [ ]
47. Declaracion de la no cotizacion 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 [illegible] [ ]
49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorizacion para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
51. Autorizacion para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades [illegible] [ ]
52. Autorizacion 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 [illegible] [ ]
53. Autorizacion para que la EPS envie información al correo electronico o al celular como mensajes de texto. [ ]

Radicado para Estudio
Fecha 20-02-2020
Luz Mery Garavito
Codigo 1803
ASESOR INTEGRAL

VIII. FIRMAS

54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio o pagador 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 publica, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura publica o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separacion de cuerpos y escritura publica, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminacion 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 autorizacion 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: Código del Municipio [ ] Código del departamento [ ]

67. Datos del SISBÉN: Número de ficha [ ] Puntaje [ ] Nivel [ ]

68. Fecha de radicación: DIA MES AÑO

69. Fecha de validación: DIA MES AÑO

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad [ ]

Numero del documento de identidad

71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

ANEXO 3 VERSIÓN ENERO / 2015

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

- 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS)

Diligencie el formulario en tinta negra. Legible. Sin borrones ni tachones. Los datos de identificación se deben diligenciar tomándolos directamente del documento de identidad vigente. Los espacios sombreados son para el ‘slogan’ destinado por la EPS o la Entidad Territorial que corresponda.

Los números de afiliación y novedades deben ser asignados por el cotizante, el cabeza de familia, el representante legal o el responsable según el caso.

DATOS DEL FORMATO

1. Tipo de Trámite. Si es una afiliación nueva marque con una X en la casilla **A. Afiliación**. Si es la novedad de un afiliado ya existente por ejemplo una Suficiencia General de Seguridad Social en Salud, ya se encuentra afiliado a una EPS, el traslado entre regímenes, marque con una X en la casilla **B. Reporte de Novedad**. Si usted va a actualizar algún cambio en los datos ya antes registrados, marque con una X en la casilla de la novedad que corresponda.

2. Tipo de afiliación

A. Individual. La opción de afiliación individual aplica cuando el cotizante o el cabeza de familia realizan directamente la afiliación y el reporte de novedades, sin la ayuda de otras personas, entidades o instituciones.

Se debe indicar con una X en la opción que corresponda: cotizante, cabeza de familia o beneficiario.

a) **Cotizante o cabeza de familia.**

b) **Beneficiario o afiliado adicional.**

B. Colectiva. La opción aplica cuando un trabajador independiente o un miembro de una comunidad o congregación religiosa realiza afiliación, reporte de novedades y pago de aportes al SGSSS a través de asociaciones, agremiaciones o congregaciones religiosas autorizadas para realizar afiliaciones colectivas.

C. Institucional. La opción Institucional aplica cuando la persona que se va a afiliar se encuentra a cargo de una institución de privación y la institución es responsable de hacer el trámite.

D. De oficio. La opción de oficio aplica cuando la afiliación es realizada por la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social — UGPP, el empleador o la entidad administradora de pensiones cuando el afiliado no ha hecho la selección. La entidad territorial cuando la persona cumpla los requisitos para pertenecer al régimen subsidiado y se refiere a niños y las personas pertenecientes de servicios de salud en el caso del no ser nacido de padres no afiliados. También aplica cuando la afiliación de los beneficiarios es realizada por las Comisarías de Familia, los defensores de familia, las Fenerarias Municipales.

3. Régimen

C. Contributivo. Cuando la operación que se va a realizar afecta a este régimen, es decir, la afiliación, la movilidad o la novedad es en el R. Contributivo.

S. Subsidiado. Cuando la operación que se va a realizar afecta a este régimen, es decir, la afiliación, la movilidad o la novedad es en el R. Subsidiado.

4. Tipo de Afiliado

CO. Cotizante. Es el afiliado que paga aportes al Sistema en el Régimen Contributivo, y es el caso en del grupo familiar.

CF. Cabeza de familia. Es el afiliado que recibe subsidio del SGSSS, y es el cabeza de su grupo familiar.

BE. Beneficiario. Es la persona que integra el núcleo familiar y reúne las condiciones para ser inscrito como beneficiario de un cotizante en el Régimen Contributivo o de un cabeza de familia en el Régimen Subsidiado.

5. Tipo de cotizante. Corresponde a las opciones de condición del cotizante al momento de su afiliación.

Marque con una X la opción que corresponda.

Dependiente. Si el cotizante tiene un empleador mediante una relación laboral y contrato con pago el pago de los aportes a salud y pensiones.

Independiente. Si el cotizante no está vinculado a un empleador mediante una relación laboral y por tanto no comparte el pago de sus aportes con que los inscrito en la actualidad.

Pensionado. Si el cotizante goza de una pensión y el pago del aporte a salud le descuenta a su cargo.

Independiente por prestación de servicio. Seleccione este tipo de cotizante si tiene un contrato por prestación de servicios y la empresa con la cual tiene el contrato realizara el pago de las cotizaciones, en este caso debe diligenciar la información contenida en el **Capítulo X**.

Código. Este espacio debe ser diligenciado por la EPS, y corresponde al código de cotizante establecido en la base de datos de afiliados vigente.

Fecha de solicitud. Debe escribir la fecha en la que se está haciendo el trámite, en el orden día, mes y año.

A. AFILIACIÓN

Si la afiliación es individual o colectiva, se debe:

- Diligenciar los espacios de los capítulos II y III correspondientes a los datos básicos de identificación y complementarios del cotizante o del cabeza de familia.
- Diligenciar los datos del capítulo IV, si el cotizante o cabeza de familia tiene beneficiarios, en el mismo trámite de afiliación. Diligenciar los datos del capítulo V, si el cotizante al empleador si el afiliado es dependiente, o si es trabajador independiente vinculado a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas registrar los datos de la asociación, agremiación o congregación religiosa. Marcar con una X, en el capítulo VII, las declaraciones y autorizaciones que correspondan. Diligenciar en el capítulo VIII Firmas, los campos 54 y 55 según el caso. Marcar con una X, en el capítulo IX, el documento de identidad de las personas que se afilian o son retiradas que actualizan la condición de sus beneficiarios, según corresponda.

Si la afiliación es institucional o de oficio la información a diligenciar debe:

- Diligenciar los campos de los capítulos II y III con los datos de la persona que va a afiliar, los cotizantes o de cabeza de familia. Los datos de la persona que va a afiliar, los cotizantes o cabeza de familia. Los datos de los Padres no afiliados que afilia la IPS se llenan en el capítulo IV, los datos de familia hasta tanto sus padres realicen la afiliación.
- Diligenciar los datos del capítulo IX si tiene información de los beneficiarios de la persona que se va a afiliar o en la persona que se va a afiliar tiene la calidad de beneficiario de cotizante en el caso de la afiliación de oficio en los términos del artículo 35 del Decreto 2353 de 2015.
- Diligenciar los datos del capítulo X relativos a la entidad responsable de la afiliación institucional o de oficio. En el caso de Entidades Territoriales estas deberán registrar los datos del capítulo X.
- Marcar con una X en el capítulo VII las declaraciones y autorizaciones que correspondan. En el caso de las afiliaciones de oficio solo podrán marcar los numerales 51, 52 y 53.
- Diligenciar el capítulo VIII Firmas, llamando en el campo 55 ‘Empleador, Asociante o Entidad responsable para la afiliación colectiva, institucional o de oficio’.
- Marcar con una X, en el capítulo IX, el documento de identidad de las personas que se van a afiliar y los anexos que correspondan.
- Diligenciar los datos del capítulo X cuando la Entidad Territorial es la que realiza la afiliación.

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

Los datos básicos de identificación son aquellos que permiten la plena identificación del cotizante o cabeza de familia y deben coincidir con los del documento expedido por la entidad competente. Entre ellos:

6. Apellidos y nombres: Estos datos deben ser registrados en las casillas correspondientes, en forma idéntica a como aparecen en el documento de identidad - Primer apellido - Segundo apellido - Primer nombre - Segundo nombre

7. Tipo de documento de identidad. Debe colocar en el espacio el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la siguiente tabla.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE DOCUMENTO
CN	Corresponde al Certificado de Nacido Vivo, expedido por la Instrucción Prestadora de Servicios (IPS) donde nació el niño o niña, y solo es válido hasta mientras el menor cumpla 7 años de vida, después de lo cual debe ser reemplazado por el registro civil.
RC	Corresponde al Registro Civil de Nacimiento, expedido por una notaría pública. Escriba el número del Registro Civil de 11 dígitos. NO EL NUMERO SERIAL.
TI	Corresponde a la Tarjeta de identidad, válida hasta cumplir 18 años, cuando debe ser reemplazada por la cédula de ciudadanía. Consta de 10 números.
CC	Corresponde a la Cédula de Ciudadanía, expedida por la Registraduría Nacional del Estado Civil a las personas que cumplen 18 años, y es obligatoria a partir de esta fecha. Consta de 10 dígitos.
CE	Corresponde a la Cédula de Extranjería expedida solo para extranjeros, por la Oficina respectiva de Migración Colombia.
PA	Corresponde al Pasaporte, y es el documento que acredita la identidad y la nacionalidad de una persona al ingresar a otro país, y es expedido por la Cancillería.
CD	Corresponde al Carné Diplomático, expedido a aquellas que cumplen funciones como: personal de embajadas, legaciones, consulados y delegaciones ns representación de gobiernos extranjeros. Aplica sólo en la afiliación de este tipo de funcionarios.
SC	Corresponde al Salvo Conducto de permanencia y es un documento de carácter temporal que expide la Unidad Administrativa Especial Migración Colombia al extranjero que así lo requiera.
PE	Permiso Especial de Permanencia.

8. Número del documento de identidad: En el espacio con el cual se identifica como persona física y debe registrarse exactamente como figura en el documento de identidad. Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que figura en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial. Verifique que lo ha registrado completo.

9. Sexo: Marque con una X, la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.

10. Fecha de nacimiento: Registre la fecha de nacimiento como aparece en el documento de identidad: día, mes y año.

CAPÍTULO III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

Estos datos deben registrarse para el cotizante en el Régimen Contributivo y para el cabeza de familia en el Régimen Subsidiado, según corresponda.

11. Etnia. En este espacio debe registrar el código correspondiente de acuerdo con el pertenecer a alguna de ellas, tal como aparece en la tabla:

CÓDIGO	ETNIA
01	Indígena
02	Rom (Gitano)
03	Raizal (San Andrés y Providencia)
04	Palenquero (San Basilio de Palenque)
05	Negro o Afrocolombiano(a)

12. Discapacidad. Este campo se debe diligenciar solo en el caso de que el cotizante o cabeza de familia tenga una discapacidad reconocida y calificada médicamente.

Tipo de discapacidad.

Marque con una X la opción:

F. Física **N**. Neuromuscular **M**. Mental

Condición de discapacidad.

Marque con una X la opción:

T. Temporal **P**. Permanente

13. Puntaje SISBEN. Este dato aplica solo para el Régimen Subsidiado. Debe registrar el puntaje obtenido en la encuesta Sisbén.

14. Grupo poblacional o población especial. corresponde a la clasificación de la población que por sus condiciones especiales requieren el subsidio de salud mediante el mecanismo de listado censal. Usado para establecer las distintas formas vigentes sobre el particular. Debe escribir el código numérico en el espacio que corresponda, según la siguiente tabla:

CÓDIGO	GRUPO POBLACIONAL
02	Población en situación administrativa a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
04	Menores de seis años de edad del cotizante activado, a cargo del ICBF.
06	Población en situación de calle.
08	Víctimas del desplazamiento forzado.
09	Población infantil vinculada bajo grupo cuida en atención (otras diferentes al ICBF).
11	Personas vinculadas en el programa de prostitución y mendigos.
13	Adultos mayores en cuidado de protección.
15	Comunidad indígena.
18	Población Rom.
22	Población privada de la libertad que no esté a cargo del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad.
23	Personas con dieta de sus madres comunitarios y sean beneficiarios de subsidio de la Subcuenta del Fondo de Solidaridad Pensional.
24	Personas vinculadas en el Régimen Especial de Excepción por la reforma en especiales reparaciones o cuando desde el momento Transitorio.

Si la afiliación es individual o de oficio seleccione uno de los siguientes codigos: 08, 09, 11, 13, 15, 18, 23, 24.

Si afilia con en institucional seleccione uno de los siguientes codigos: 02,06, 10, 16, 22.

15. Administradora de Riesgos Laborales — **ARL**. Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo de los trabajadores dependientes. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Riesgos Laborales.

16. Administradora de Pensiones. Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Pensiones donde se encuentra afiliado.

17. Ingreso Base de Cotización — IBC. Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el valor del salario o del ingreso mensual sobre el cual va a pagar los aportes al SGSSS.

18. Ocupación. Registre el código de la actividad que realiza de acuerdo a la tabla de CIUO-88 o Registro Manual que

- Empleado
- Obrero
- Jubilado
- Otra actividad u oficio no remunerada

19. Dirección de residencia. Registre la dirección de residencia habitual del cotizante o cabeza de familia, incluyendo el número de la vivienda, apartamento, conjunto residencial, barrio, manzana, etc.

20. Teléfono. Registre el número telefónico del cotizante o cabeza de familia, incluyendo el indicativo de la ciudad.

21. Municipio de residencia. Registre el código del municipio de residencia habitual del cotizante o cabeza de familia, según la tabla de Divipola.

22. Zona de residencia. Marque con una X la opción que corresponda:

U. Urbana **R**. Rural

CAPÍTULO IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de los afiliados adicionales del cotizante **o cónyuge(a) o compañero (a) permanente cotizante**

Estos datos deben ser registrados en este capítulo cuando el cotizante o compañero (a) permanente cotizante tenga beneficiarios. Si este es el caso debe registrarse en los mismos datos de identificación básica que los del cotizante (ver capítulo II) en la página 2 (para beneficiarios).

Diligenciamiento de la información del cotizante al cónyuge o compañero (a) permanente esta diligenciado como figuran en el documento de identidad.

- Apellidos y nombres
- Tipo de documento de identidad
- Número de documento de identidad
- Fecha de nacimiento

23. Apellidos y nombres: Estos datos deben ser registrados en forma idéntica a como figuran en el documento de identidad.

- Primer apellido
- Segundo apellido
- Primer nombre
- Segundo nombre

24. Tipo de documento de identidad: Registre el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la tabla del tipo de documento de identidad que se encuentra en el numeral 7 del capítulo II.

25. Número del documento de identidad: Registre el número exactamente como aparece en el documento de identidad. Verifique que lo ha registrado completo.

Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que figura en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial. Verifique que lo ha registrado completo.

26. Sexo: Marque con una X, la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.

27. Fecha de nacimiento: Registre la fecha de nacimiento como aparece en el documento de identidad: día, mes y año.

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

Use las filas identificadas con los códigos 1, 2, 3, y 4 registre los datos de cada uno de los beneficiarios o afiliados adicionales que vaya a incluir en el mismo.

28. Apellidos y nombres: Estos datos deben ser registrados en forma idéntica a como figuran en el documento de identidad.

- Apellidos y nombres

29. Tipo de documento de identidad: Coloque en el espacio el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la tabla de tipos de documentos de identidad que se encuentra en el numeral 7 del capítulo II.

30. Número del documento de identidad: Registre el número exactamente como figura en el documento de identidad. Verifique que lo ha registrado completo.

Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que figura en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial.

31. Sexo: Marque con una X, la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.

32. Fecha de nacimiento. Registre la fecha de nacimiento como aparece en el documento de identidad: día, mes y año.

Datos complementarios

33. Parentesco. En este espacio debe colocar el código que corresponde al tipo de parentesco con el cotizante o cabeza de familia y que le identifica como beneficiario o afiliado adicional, según corresponda en la siguiente tabla:

CÓDIGO	PARENTESCO	APLICACIÓN PARENTESCO
01	Cónyuge(a) o compañero(a) permanente	Es la pareja unida de hecho.
02	Padre	Mayor interesado de cotizante(s) o(s) afectado(s)
03	Padrastro	Es el padre de crianza del cotizante.
04	Hijo(a)	Es hijo(a) de cotizante mayor de edad.
05	Hijastro(a)	Es hijo(a) de cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante, mayor de edad incluido los de la pareja del mismo sexo.
06	Hermano(a)	Es hermano(a) de cotizante.
07	Abuelo(a)	Es el padre de cotizante.
08	Nieto(a)	Es hijo(a) de cotizante mayor de edad.
09	Tío(a)	Es hermano(a) de cotizante mayor de edad.
10	Sobrino(a)	Es hijo(a) de hermano(a) de cotizante mayor de edad.
11	Bisabuelo(a)	Es el padre de abuelo(a) de cotizante.
12	Bisnieto(a)	Es hijo(a) de nieto(a) de cotizante.
13	Primo(a)	Es hijo(a) de tío(a) de cotizante.
14	Suegro(a)	Es el padre de cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante.
15	Yerno o nuera	Es hijo(a) político(a) de cotizante.
16	Cuñado(a)	Es hermano(a) político(a) de cotizante.
17	Otro	Otro parentesco no contemplado en los anteriores.

34. Ocupación. Registre el código de la actividad que realiza de acuerdo a la tabla de CIUO-88 o Registro Manual que corresponda.

35. Dirección de residencia. Registre la dirección de residencia habitual del beneficiario o afiliado adicional, incluyendo el número de la vivienda, apartamento, conjunto residencial, barrio, manzana, etc.

36. Teléfono. Registre el número telefónico del beneficiario o afiliado adicional, incluyendo el indicativo de la ciudad.

37. Municipio de residencia. Registre el código del municipio de residencia habitual del beneficiario o afiliado adicional, según la tabla de Divipola.

38. Zona de residencia. Marque con una X la opción que corresponda:

U. Urbana **R**. Rural

CAPÍTULO V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y DATOS APORTANTES DE LOS AFILIADOS RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA INSTITUCIONAL O DE OFICIO

Datos básicos

El empleador cuando el afiliado sea dependiente o un trabajador independiente afiliado colectivamente.

Las entidades administradoras de planes de beneficios de salud con régimen especial, adherentes a la seguridad social en salud, cooperativas y precooperativas de trabajo asociado, empresas solidarias de salud, cajas de compensación familiar cuando se trate de trabajadores dependientes o los afiliados adicionales del cotizante al momento de la afiliación o reporte de novedades.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud — IPS, cuando se trate de personas que no estén bajo su protección, o los beneficiarios de estas, que no tengan la competencia para realizar el reporte de novedades.

39. Nombre o Razón Social. Escriba el nombre o razón social del empleador, cooperativa, precooperativa, empresa solidaria de salud, caja de compensación familiar o de las entidades responsables de la afiliación.

40. Tipo de documento de identificación. Escriba el tipo de documento con el cual se identifica como empleador, tipo de aportante, pagador de pensiones o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, así:

NIT. Número de Identificación Tributaria, para el caso de personas jurídicas.

41. Número del documento de identificación. Escriba el número de identidad, PA (pasaporte) CE (cédula de extranjería), CD (carné diplomático), según corresponda en el caso de personas naturales.

42. Número del documento de identificación. Escriba el número de documento.

43. Tipo de aportante o Pagador de Pensiones. Este dato debe ser diligenciado por la EPS, para lo cual debe registrar el código del tipo de aportante o pagador de pensiones que corresponde según la tabla de aportantes establecida para la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes PILA.

44. Dirección y Division

- Ciudad o Municipio
- Departamento
- Dirección (Sigla y detalle)
- Correo electrónico
- Teléfono

En el caso de Bogotá, D.C. debe escribir cotas departamento Bogotá, D.C.

CAPÍTULO VI. REPORTE DE NOVEDADES

El reporte de novedades no puede realizarse simultáneamente con la afiliación. La novedad de la modificación de los datos reportados en la afiliación o de la afiliación de la misma.

Las novedades solo pueden ser tramitadas por los cotizantes y cabezas de familia.

Los beneficiarios o afiliados pueden reportar las novedades que expresamente se autoricen en sus contratos.

Las EPS no pueden tramitar a la base de datos de afiliados reporte novedades que no sean reportadas por los cotizantes, cabeza de familia o beneficiarios autorizados, la inscripción del Régimen Único de Afiliación y Reporte de Novedades.

46. Tipo de novedad. Marque con una X la casilla que corresponda al tipo de novedad que se va a reportar, según la siguiente tabla:

CAPÍTULO VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

47. Datos básicos de identificación. Reporte en el numeral 41 del capítulo VI, los datos básicos de identificación: Primer apellido, Segundo apellido, Primer nombre, Segundo nombre, Tipo de documento de identidad, Número del documento de identidad, Fecha de nacimiento, Sexo, Ocupación, Dirección, Teléfono, Municipio de residencia, Zona de residencia para los siguientes numerales.

48. Fecha Registre en el numeral 42 la fecha en que ocurrió la novedad.

Novedad 10. Incorporación de la relación laboral o de adquisición de condiciones para cotizar.

Novedad 11. Terminación de la relación laboral.

Novedad 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

Novedad 13. Retiro de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

Novedad 15. Reporte de fallecimiento. La que figura en el certificado de defunción.

49. EPS Anterior. Este dato solo se diligencia para la novedad 14 cuando se reporte el traslado entre regímenes al cambiar de EPS. Escriba el nombre o razón social de la EPS a la cual estaba vinculado el cotizante o cabeza de familia y de la cual desea trasladarse.

50. Excepción del traslado. Este campo debe ser diligenciado cuando se reporte la novedad 14 — traslado entre regímenes, según corresponda. **Cotizantes de grupo familiar** se va a realizar una excepción a un grupo familiar, no esta aplica para cotizantes(as). **Cobertura geográfica** en la EPS de donde se traslada no tiene cobertura en el municipio de residencia del cotizante. **Servicios ofrecidos por SNS** por prestación de servicios no ha sido autorizada por la SNS para el servicio requerido. **Cumplimiento tiempo de traslado** cuando los cotizantes no se han permanecido un mínimo de seis meses en la EPS.

51. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones. Este dato se diligencia cuando se reporte la novedad 14 — Traslado entre regímenes, según corresponda. Reporte de la Caja de Compensación Familiar o de Pagador de Pensiones según el caso.

CAPÍTULO VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

52. Declaración de veracidad de la información suministrada por los beneficiarios — afiliados adicionales.

53. Declaración del cotizante de afiliarse al Régimen Contributivo. Especial o de Excepción.

54. Declaración de existencia de vínculo de hecho mayor a dos años entre dos personas del mismo sexo. Cuando se trate de afiliación colectiva, institucional o de oficio, en los casos establecidos en este instructivo y que cumplan con la normatividad vigente, tengo a su cargo la afiliación y el reporte de novedades. También será necesaria la firma solo en el evento del reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia.

En el espacio correspondiente debe ir la firma de:

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario.

55. El empleador, apoderado o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.

La información registrada en el numeral 54 el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones consagradas en el capítulo VII del formulario.

CAPÍTULO IX. ANEXOS

Marque con una X la casilla correspondiente a los documentos que se anexen:

- 56. Fotocopia del registro civil de nacimiento.
- 57. Fotocopia del documento de identidad (TI, CC, PA, CE, CD, SC, PE).
- 58. Copia del documento de encargado(a) permanente, emitido por la autoridad competente.
- 59. Copia del registro civil de matrimonio o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la existencia de unión marital de hecho.
- 60. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que dio fin a la unión marital de hecho, escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la separación de cuerpos o bienes.
- 61. Copia del certificado de existencia y representación legal.
- 62. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- 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 providencias de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

CAPÍTULO X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Estos datos aplican solo en el Régimen Subsidiado y deben diligenciarse por la entidad territorial cuando se trate de afiliación o reporte de novedades en el régimen subsidiado cuando la respectiva novedad lo exija.

66. Identificación de la Entidad Territorial

Registre el código del municipio o distrito y del departamento, según la codificación DANE, que corresponden a la Entidad Territorial.

67. Datos del Sisben

El funcionario de la Entidad Territorial debe consultar en la base de datos Sisben y registrar

- Número de la ficha Sisben
- Puntaje
- Nivel Sisben (según el puntaje)

68. Fecha de radicación

El funcionario de la Entidad Territorial debe registrar la fecha en que la EPS entrega el formulario para validación.

69. Fecha de validación

El funcionario de la Entidad Territorial debe registrar la fecha en que consulte la base de datos de Sisben e hizo las validaciones correspondientes.

70. Datos del funcionario

El funcionario de la Entidad Territorial debe registrar sus datos personales

- Primer apellido
- Segundo apellido
- Primer nombre
- Segundo Nombre
- Tipo de documento de identidad
- Número del documento de identidad

71. Firma del funcionario

El funcionario de la Entidad Territorial debe colocar su firma, como responsable de los datos registrados sobre la información y validación del Sisben.

Observaciones

En este espacio puede escribir las observaciones que considere necesarias respecto del trámite. La información solicitada o el trato recibido.

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

01 B 13521979

0107467139

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRAMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual [ ] a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: C. Contributivo [X] S. Subsidiado [ ]
4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]
5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ] D. Independiente por prestación de servicios [ ] — CÓDIGO: 3 — FECHA DE LA SOLICITUD: 20/02/2020

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
Paez	Alvira	Alvaro	Enrique

7. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RC [ ] TI [ ] CC [X] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ]
8. NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1049733209
9. SEXO: F [ ] M [X]
10. FECHA NACIMIENTO: 02/02/05

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ETNICO: Código [ ]
12. DISCAPACIDAD: Tipo F [ ] N [ ] M [ ] T [ ] P [ ] — Condición I [ ] 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: Calle 3 # 2-22
LOCALIDAD / COMUNA
BARRIO: Chico
CIUDAD / MUNICIPIO: Cocuta
DEPARTAMENTO: Santander
ZONA: U. [X] R. [ ]
TELÉFONO FIJO
TELÉFONO MÓVIL: 3194717761
CORREO ELECTRÓNICO: ernanchez2006@hotmail.com
CÓDIGO IPS

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: TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ]
21. NUMERO 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	31. DISCAPACIDAD Condición
1									
2									
3									
4									

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

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: Tod Prudential
36. Tipo documento de identidad: CC [X] PA [ ] CD [ ] NIT [ ] PE [ ]
37. Número documento de identidad: 1049733209
DV
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: Calle 3 # 2-22
TELEFONO FIJO: 3194717761
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 01/02/2020
CARGO: Secretaria Musical
SALARIO: $ 77203

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ] Código [ ]
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE 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 RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TRASLADO
A) MISMO RÉGIMEN [ ]
B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL TRAMITE 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 [ ]
NUMERO 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: CONDICIÓN DISCAPACIDAD [ ] UNIFICACIÓN GRUPO FAMILIAR [ ] CUMPLIMIENTO TIEMPO POR CESIÓN [ ] SERVICIO AVALADO POR SSS [ ]
45. CAJÁ 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. [ ]
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 que [illegible] [ ]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en [illegible] [ ]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]

Nueva eps
Radicado para Estudio
Fecha: 20-02-2020
Luz Mery Garavito
Codigo 1003
ASESOR INTEGRAL

VIII. FIRMAS

54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio o pagador de pensiones

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad — Cantidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ] 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 sus 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: Código del Municipio [ ] Código del departamento [ ]
67. Datos del SISBÉN: Número de ficha [ ] Puntaje [ ] Nivel [ ]
68. Fecha de radicación: DIA / MES / AÑO
69. Fecha de validación: DIA / MES / AÑO
70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer apellido / Segundo apellido / Primer nombre / Segundo nombre
Tipo documento de identidad [ ] Número del documento de identidad
71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

- 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

FORMATO INFORME MENSUAL EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Barbosa - Vereda Pozo Negro 21/02/2010

Señor (a)
LUIS JAVIER REYES OLAYA
CONTRATO No. CO1.PCCNTR.1302836
Tecnico Grado 2
Granja Villa Luz-Vereda Pozo Negro
Velez - Santander

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

Referencia:

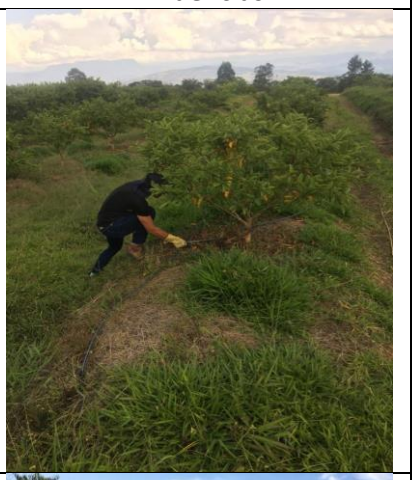
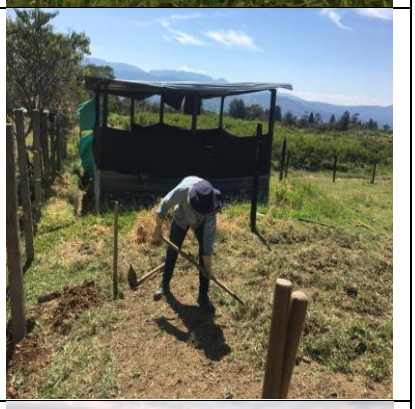
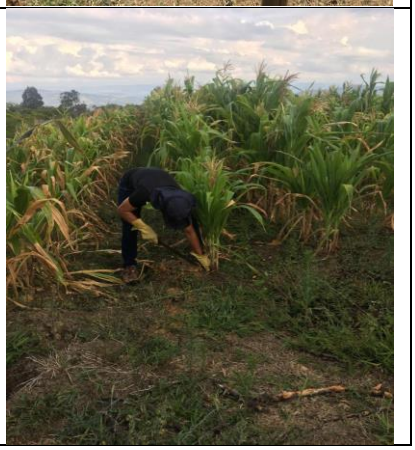
ALVARO ENRIQUE RUIZ MARIN, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1097332009, en mi calidad de Contratista del SENA, en la Granja Villa Luz, en cumplimiento del Contrato de Prestación de Servicios de la referencia CO1.PCCNTR.1302836, a continuación presento el Informe de actividades realizadas en el mes objeto de cobro.

Valor y forma de Pago: Quince millones setenta mil pesos ($ 15.070.000) Moneda Legal Colombiana. Esta suma será pagada por el SENA al contratista así: A). pagos periódicos mensuales por valor de Un millón trescientos setenta mil pesos ($ 1.370.000) Moneda Legal colombiana. B.). para los casos en los que las actividades no alcancen a completar un mes se cancelará de manera proporcional al tiempo y las actividades desarrolladas, siempre que no superen el valor del contrato no la presente vigencia. Los honorarios serán pagados por el SENA al contratista de acuerdo con el cronograma definido por la Dirección Administrativa y Financiera de la Dirección General, en la cuenta de Ahorros Nª 41600016723 de BANCOLOMBIA. Cuyo titular es el Contratista.

Plazo: Será hasta el dia 31/12/2020

OBJETO:
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, PARA LA EJECUCIÓN DE LABORES DE CAMPO EN EL CENTRO DE GESTIÓN AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE.

CLÁUSULA CUARTA

No	Obligaciones	Acciones realizadas	Evidencias
1	Realizar labores de desmateo y mantenimiento de cercas.	➢ Limpieza y desmatoneo en el cultivo de guayaba	
2	Ejecutar labores de limpieza y mantenimiento de instalaciones de agua, zanjas y demás instalaciones.	➢ Limpieza de terreno para galpón	
3	Desarrollar labores de mantenimiento y manejo de cultivos.	➢ Limpieza y plateo en el cultivo de maiz	

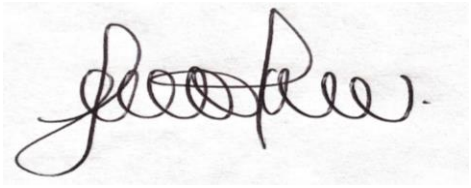
4	Realizar labores de manejo de proyectos pecuarios.	➢ Alimentación en los ovinos	
5	Realizar labores de mantenimiento y adecuación de instalaciones.	➢ Mantenimiento de instalaciones y cercas	
6	Informar las novedades que se presenten en la realización de las actividades y presentar propuestas de solución, justo a tiempo.		
7	Utilizar la maquinaria, equipos y herramientas dispuestas por la entidad para el correcto desarrollo de las actividades que sele encomienden	➢ Transporte de pastos para alimentación bovina y ovina	

8	Velar por el adecuado manejo de la maquinaria, equipos y herramientas y la óptima utilización de los mismos.	➢ Mantenimiento y limpieza de cercas electricas	
9	Excelentes relaciones interpersonales	➢ Trabajo en equipo de las labores realizadas	

Para el trámite de la cuenta me permito adjuntar: Documentos enunciados como evidencias del cumplimiento de las obligaciones contractuales y el formato de afiliación a NUEVA EPS.

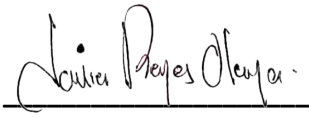
Evidencias en (4) folios

Cordialmente,



_____
Contratista
C.C. No. 1097332009 de Guavata

Recibí a satisfacción:



_____
Supervisor(a) Contratro CO1.PCCNTR.1302836 de 2020
Técnico grado 2

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

RUNEOP — Modelo Único de Ingreso, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14681234025

(415)7707212489984(8020) 000001468123402 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 0 9 7 3 3 2 0 0 9	4	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga	4	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 9 7 3 3 2 0 0 9	2 0 0 4 0 1 0 7

Lugar de expedición 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Guavatá 3 2 4

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RUIZ	MARIN	ALVARO	ENRIQUE

35. Razón social:

36. Nombre comercial: 37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Guavatá 3 2 4

41. Dirección principal: CL 5 2 22

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
enrique19852008@hotmail.com		3 1 9 4 7 1 7 7 6 1	

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal 46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	Actividad secundaria 48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	Otras actividades 50. Código: 1	2	Ocupación 51. Código	52. Número establecimientos
0 1 6 1	2 0 2 0 0 1 2 9					1 3 1 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

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 1 2 9

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: RUIZ MARIN ALVARO ENRIQUE

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 29-01-2020 09:46:31PM

CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

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: Enero 28 - 2020 7074

APELLIDOS Y NOMBRES DEL ASPIRANTE:	Alvaro Enrique Ruiz Marin
IDENTIFICACION:	1.097.332.009
NOMBRE EMPRESA:	Trabajador de campo
EMPRESA EN MISION:	Sena.
CARGO (PERFIL DEL CARGO EVALUADO)	

EVALUACION REALIZADA

TIPO DE EXAMEN MEDICO		PRUEBAS COMPLEMENTARIAS		
INGRESO	☒	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	☒ Gli - PL - Pdo - Pdo - Ct#	OPTOMETRIA ☒
EGRESO	☐	AUDIOMETRIA	☒ Colinest - Ag bruella	LABORATORIOS ☒
POSTINCAPACIDAD	☐	VISIOMETRIA	☐	PRUEBA DE VERTIGO ☒
PERIÓDICO	☐	ESPIROMETRIA	☒	PRUEBA NEUROLOGICA ☒
ALTURAS	☐	Valoración Psicosocial.		

Enfasis Musculoesqueletico, condiciones respiratori Dermatologia; neurologia ☒

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_O
Psicosociales: Contenido de la tarea_O Organización del tiempo de trabajo_O Relaciones humanas__ Gestión__
Biológicos: Virus_O Bacterias_O 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

Hipertrigliceridemia - Obesidad

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

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	☒	Valoración por EPS:
CAPACITACIONES SALUD OCUPACIONAL	☒	Proteccion ocular
PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL	☐	Nutricion

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

NOMBRE TRABAJADOR: ALVARO ENRIQUE RUIZ MARIN.	NOMBRE MEDICO: Yeny Rodriguez V.
FIRMA:	FIRMA:
CEDULA: 1097332009.	LICENCIA OCUPACIONAL

Yeny C. Rodriguez V.
Medico Especialista
Salud Ocupacional
Lic 03106 NPTC

Hace constar:

Que el Sr(a) ALVARO ENRIQUE RUIZ MARIN Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1097332009 realizó el día 20/02/2020 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo ALVARO ENRIQUE RUIZ MARIN Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1097332009 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

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



Firma

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

POSITIVA

Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

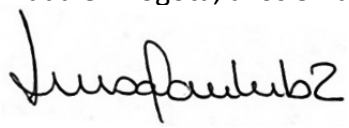
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que ALVARO ENRIQUE RUIZ MARIN, con Cédula Ciudadanía No. 1097332009 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034, tiene un registro como Independiente desde el 01/02/2020 y fecha fin de contrato 31/12/2020 con riesgo 2 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202001000332200.

Dada en Bogotá, a los 31 días del mes de enero de 2020



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Certificado Bancario

Domingo, 26 de Enero de 2020

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que ALVARO ENRIQUE RUIZ MARIN identificado(a) con CC 1097332009, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	41600016723	2019/06/28	ACTIVA

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

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

Paula Andrea Vélez Gómez

Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el momento de todos

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BUCARAMANGA	BUCARAMANGA	96	96-44-101151633	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
31	01	2020	01	02	2020	00:00	30	04	2021	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO
RUIZ MARIN, ALVARO ENRRIQUE	CC: 1097.332.009	3194717761

DIRECCIÓN: CL 5 NRO. 2 - 22 CIUDAD: GUAVATA, SANTANDER

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:	IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE SENA VELEZ	NIT: 899.999.034-1	7563017

DIRECCIÓN: TV 8 NRO. 8 A - 50 CIUDAD: VELEZ, SANTANDER

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO,EN DESARROLLO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No CO1.PCCNTR.1302836 REFERENTE A PRESTACION DE SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL, PARA LA EJECUCION DE LABORES DE CAMPO EN EL CENTRO DE GESTION AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	01/02/2020	30/04/2021	$1,507,000.00

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******20,000.00	$ *******7,000.00	$ *******5,130.00	$ **********32,130.00	$ ********1,507,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	DISTRIBUCION COASEGURO NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
USESEGUROS LTDA ASESORES DE SEGUR	62906	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 44 NO 36-08 - TELEFONO: 6578486 - BUCARAMANGA

96-44-101151633

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

USESEGUROS Ltda.
Asesores de Seguros

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

RECIBO DE PAGO

No.4100171

FECHA: 31/01/2020

TOMADOR: ALVARO ENRRIQUE RUIZ

C.C / NIT: 1.097.332.009

N.° POLIZA: CUM 1101151633

LA SUMA DE: TREINTA Y DOS MIL CIENTO TREINTA MCTE (32.130)

USESEGUROS Ltda.
CANCELADO
Nit: 830.508.347-1

_____
RECIBIDO

Calle 36 No. 31 - 39 Ofc. 328 CENTRO EMPRESARIAL CHICAMOCHA

Teléfonos 6704149 Celular 3138864913

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES NO. _____ SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015

1. AMPAROS.

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ SEGURESTADO OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, HASTA EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO PACTADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA, CUBRIENDO CON ELLOS, SIEMPRE LOS PERJUICIOS DIRECTOS QUE CON SUJECIÓN A LA DEFINICIÓN DE LAS CONDICIONES ADELANTE INDICADAS, LLEGARE A CAUSAR EL GARANTIZADO POR EL INCUMPLIMIENTO QUE, ATRIBUIBLE A SU ACCIÓN U OMISIÓN, PRODUJERE.

LOS AMPAROS QUE SE OTORGAN EN ESTA PÓLIZA SERÁN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. SEGÚN LAS DEFINICIONES QUE A CONTINUACIÓN SE INDICAN:

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

EL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, 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 LAS OFERTAS.

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 INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

EL AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE LLEGUEN A CAUSAR, CON OCASIÓN DE (I) LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO, (II) EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO Y (III) LA APROPIACIÓN INDEBIDA DE LOS RECURSOS RECIBIDOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO EN CALIDAD DE ANTICIPO.

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

EL AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE CAUSEN POR LA NO DEVOLUCIÓN TOTAL O PARCIAL, DEL DINERO ENTREGADO AL CONTRATISTA GARANTIZADO A TITULO DE PAGO ANTICIPADO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR.

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

EL AMPARO DE CUMPLIMIENTO, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS DIRECTOS DERIVADOS DE: (A) EL INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (B) EL CUMPLIMIENTO TARDÍO O DEFECTUOSO DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (C) LOS DAÑOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA POR ENTREGAS PARCIALES DE LA OBRA, CUANDO EL CONTRATO NO PREVÉ ENTREGAS PARCIALES; Y (D) EL PAGO DEL VALOR DE LAS MULTAS Y DE LA CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA SIEMPRE QUE SE HUBIEREN PACTADO PREVIAMENTE EN EL CONTRATO GARANTIZADO.

EN VIRTUD DE LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 44 DE LA LEY 610 DE 2000, LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CUBRIRÁ LOS PERJUICIOS CAUSADOS A LA ENTIDAD ESTATAL COMO CONSECUENCIA DE LA CONDUCTA DOLOSA O CULPOSA, IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADOS DE UN PROCESO DE RESPONSABILIDAD FISCAL, SIEMPRE Y CUANDO ESOS PERJUICIOS DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES SURGIDAS DEL CONTRATO AMPARADO POR LA GARANTÍA.

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

EL AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES DE NATURALEZA LABORAL, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS QUE SE LE OCASIONEN, A RAÍZ DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES A QUE ESTÉ OBLIGADO EL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO AMPARADO EN EL TERRITORIO NACIONAL.

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 NACIONAL.

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

EL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE GENEREN COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, PRESENTADOS

EN LA OBRA ENTREGADA Y RECIBIDA A SATISFACCIÓN DE DICHA ENTIDAD ESTATAL O SUS REPRESENTANTES, CUYA CAUSA SEA IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO.

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

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

EN LOS CONTRATOS DE INTERVENTORIA, LA VIGENCIA DE ÉSTE AMPARO DEBE SER IGUAL AL PLAZO DE LA GARANTÍA DE ESTABILIDAD DEL CONTRATO PRINCIPAL EN CUMPLIMIENTO DEL PARAGRAFO DEL ARTÍCULO 85 DE LA LEY 1474 DE 2011.

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

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

2. EXCLUSIONES.

LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO OPERARÁN CUANDO LOS DAÑOS A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA SE GENEREN POR:

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

2.3. EL USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A QUE SE ENCUENTRE OBLIGADA LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA.

2.4. EL DETERIORO NORMAL QUE SUFRAN LOS BIENES ENTREGADOS CON OCASIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, COMO CONSECUENCIA DEL TRANSCURSO DEL TIEMPO.

3. SUMA ASEGURADA.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1079 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO NO ESTARÁ OBLIGADO A RESPONDER SI NO HASTA

CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA EN CASO DE SINIESTRO, DETERMINADA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA PARA CADA AMPARO.

4. VIGENCIA.

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, SE HARÁ BAJO LOS LINEAMIENTOS DEL DECRETO 1082 DE 2015 Y CONSTARAN EN LA CARÁTULA DE LA MISMA O EN SUS ANEXOS.

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

PARA HACER EFECTIVOS CUALQUIERA DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR SEGURESTADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DEBERÁ GARANTIZAR EL DEBIDO PROCESO DE SEGURESTADO Y EL CONTRATISTA, MEDIANTE EL AGOTAMIENTO DEL PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011 O LAS NORMAS QUE LO SUSTITUYAN O MODIFIQUEN.

LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA**,** LE CORRESPONDERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y ACREDITAR LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA SI FUERE EL CASO.

EL PROCEDIMIENTO QUE DEBERÁ SEGUIR LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PARA LA EFECTIVIDAD DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR ESTA PÓLIZA, SERÁ:

5.1 RESPECTO DEL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO QUE IMPONGA LA SANCIÓN PREVIAMENTE ESTABLECIDA POR LA OCURRENCIA DE UNO CUALQUIERA DE LOS EVENTOS PREVISTOS EN LA CONDICIÓN 1.1 DE ÉSTA PÓLIZA, Y DISPONGA LA EFECTIVIDAD DE ÉSTE AMPARO A SEGURESTADO.

5.2 EN CASO DE DECRETARSE LA CADUCIDAD, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL, ADEMÁS DE LA DECLARATORIA DE LA MISMA, HARÁ EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL O CUANTIFICARÁ EL MONTO DEL PERJUICIO, ORDENANDO SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO A SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.3 EN EL EVENTO DE IMPOSICIÓN DE MULTAS, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.4 EN LOS DEMÁS EVENTOS DE INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE, EN EL CUAL, ADEMÁS DE DECLARAR EL INCUMPLIMIENTO PROCEDERÁ A CUANTIFICAR EL MONTO DE LA PÉRDIDA O A HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL, ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ES LA RECLAMACIÓN PARA LA COMPAÑÍA DE SEGURO.

LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS EMITIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE QUE SEAN CONSTITUTIVOS O DECLARATIVOS DEL SINIESTRO, DEBERAN ESTAR EJECUTORIADOS Y DEBIDAMENTE NOTIFICADOS, DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 87 DE LA LEY 1437 DE 2011.

6. COMPENSACIÓN.

EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN COMO MEDIO DE EXTINCIÓN DE LAS OBLIGACIONES RECONOCIDA EL ARTÍCULO 17 DE LA LEY 1150 DE 2007, SEGURESTADO TENDRÁ EN CUENTA TODAS LAS SUMAS DE DINERO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE ADEUDE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, POR CUALQUIER CONCEPTO. PARA TALES EFECTOS, SE DEBERÁ TENER EN CUENTA LA LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, EFECTUADA EN LOS TÉRMINOS LEGALES O CONVENCIONALES.

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

LA INDEMNIZACIÓN SERÁ PAGADERA EN DINERO, O MEDIANTE LA REPOSICIÓN, REPARACIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE LA COSA ASEGURADA, A OPCIÓN DE SEGURESTADO, SIN PERJUICIO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN EL EVENTO DE DECLARATORIA DE CADUCIDAD DECIDA CONTINUAR LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRATADO A TRAVÉS DE SEGURESTADO O DE OTRO CONTRATISTA, A QUIEN A SU VEZ SE LE PODRÁ DECLARAR LA CADUCIDAD, SI A ELLO HUBIERE LUGAR.

EN EL EVENTO EN QUE POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, SEGURESTADO RESOLVIERA CONTINUAR, COMO CESIONARIO, CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA ESTUVIESE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA GARANTIZADO ACEPTA DESDE EL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN DE ESTA PÓLIZA, LA CESIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO A FAVOR DE SEGURESTADO.

8. PLAZO PARA EL PAGO.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO DEBERÁ EFECTUAR EL PAGO DEL SINIESTRO DENTRO DEL MES SIGUIENTE AL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HAYA ACREDITADO LOS REQUISITOS DEL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, A TRAVÉS DEL ACTO ADMINISTRATIVO A QUE HACE REFERENCIA EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

PARA LOS CASOS EN QUE LA SUMA ASEGURADA DE ESTA PÓLIZA DEBA SER AUMENTADA O DISMINUIDA Y PARA AQUELLOS EN LOS CUALES LAS ESTIPULACIONES DEL CONTRATO GARANTIZADO SEAN MODIFICADAS, SEGURESTADO A SOLICITUD PREVIA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO Y DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA (O EL INTERVENTOR, SUPERVISOR, ETC., EN SU CASO), EXPEDIRÁ UN CERTIFICADO O ANEXO DE MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA, EN EL CUAL CONSTEN LAS MODIFICACIONES CORRESPONDIENTES. PARA TAL

EFECTO SE HACE INDISPENSABLE ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD DE MODIFICACIÓN A SEGURESTADO EL DOCUMENTO (OTROSÍ, CLÁUSULA ADICIONAL, ETC.) QUE CONTENGA LAS MODIFICACIONES AL CONTRATO GARANTIZADO.

EL ULTIMO ANEXO O CERTIFICADO DE MODIFICACIÓN, SERÁ EL QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HARÁ EFECTIVO, DE CONFORMIDAD CON EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

SEGURESTADO TENDRÁ LA FACULTAD DE EJERCER LA VIGILANCIA DEL CONTRATO, PARA LO CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE PRESTARÁ LA COLABORACIÓN NECESARIA PARA ELLO. EN LOS CASOS EN LOS CUALES EL CONTRATO GARANTIZADO TENGA POR OBJETO ASUNTOS RELACIONADOS CON EL ORDEN PÚBLICO Y LA SEGURIDAD NACIONAL, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PODRÁ PROHIBIR O LIMITAR ÉSTA FACULTAD.

11. NO CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA E IRREVOCABILIDAD DE ESTE SEGURO.

LA PRESENTE PÓLIZA NO EXPIRARÁ POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NI PODRÁ SER REVOCADA UNILATERALMENTE.

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

EN CASO DE INCONGRUENCIA PRESENTADA ENTRE LAS CONDICIONES PARTICULARES Y LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTA PÓLIZA, PREVALECERÁN LAS PRIMERAS.

13. COASEGURO

EN CASO DE EXISTIR COASEGURO, ESTO ES LA DISTRIBUCIÓN ENTRE VARIAS ASEGURADORAS DE DETERMINADO RIESGO, AL NO EXISTIR SOLIDARIDAD ENTRE LAS MISMAS, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN SE DISTRIBUIRÁ Y HARÁ EXIGIBLE ENTRE LOS COASEGURADORES, EN PROPORCIÓN A LAS CUANTÍAS DE SU RESPECTIVA PARTICIPACIÓN.

PARA CONSTANCIA DE LO EXPUESTO, Y EN SEÑAL DE ASENTIMIENTO Y COMPROMISO CON TODO LO AQUÍ PACTADO SE FIRMA EN _____ A LOS _____ ( ) DÍAS DEL MES DE _____ DEL AÑO _____.