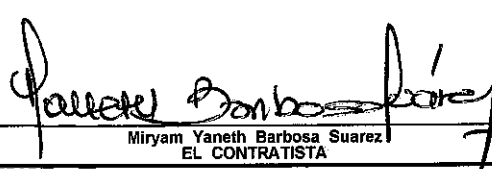


 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL META CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META		Código Regional 50	Código Centro 953210
			Fecha Elaboración 29 de mayo de 2020	Versión MAYO 2020 - 4.20
			ID de Proceso 88973-672914	
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: Miryam Yaneth Barbosa Suarez		C.C. 40.441.785	IP/Nº de contacto 84092	
Correo electrónico contratista: mbarbosas@sena.edu.co				
Régimen del IVA: ☒ NO RESPONSABLE ☐ Pertenece al régimen simple de tributación? ☐ SI ☐ Es declarante de renta? ☐ SI ☐ Es Pensionado? ☐ NO				
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000 ☐ SI ☒ NO Inducción SST ☐ SI ☒ NO Presta Servicios Excluidos de IVA ? ☐ SI ☒ NO				
Banco al cual consignar: DAVIVIENDA		Tipo de cta AHORROS	Nº Cuenta 570097070132226	
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato? ☐ SI ☒ NO				
Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas: ☐ SI ☒ NO				
Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: ☐ SI ☒ NO				
Se acogió para el mes objeto de cobro, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: ☐ SI ☒ NO				
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO				
Nº del contrato: 1578346/2020		Nº Compromiso SIIF 46620		
Valor Total del Contrato \$ 37.938.333		Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago \$ 1.888.333,00
Saldo Anterior del Contrato \$ 37.938.333		Nº Pago 1	Del 21/05/2020 Al 31/05/2020	
Nuevo Saldo del Contrato \$ 36.050.000		Comisiones \$ 0,00		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 1.888.333		Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°		0%
Ingresos por comisiones \$ 0		Retención en la Fuente del Periodo		\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0		Menos, ReteFuente Otros Ingresos		\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 1.888.333		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 1.172.475				
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS		Mayo	Abril	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 877.803		9405917364		
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 109.800			Valor Base retención en la fuente 1.172.475,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 26.400			Valor Base retención en la fuente ICA 1.752.133,00	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional \$ -			Valor base IVA 0,00	
ARL \$ 4.600			IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00	19%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ -			Menos Retención en la Fuente 0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC \$ -			Menos Retención IVA 0,00	0%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000 \$ -			Reteica - 8299 0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700 \$ -			Aporte Voluntario Dec. 568/2020 0,00	0,000%
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 \$ 188.833			Descuentos de Libranza 0,00	
Salud hasta \$ 569.712 \$ -			Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680 \$ 390.825			VALOR A PAGAR \$ 1.888.333,00	
Retención en la Fuente Contingente \$ -				
SON: UN MILLÓN OCHOCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Participación en jornadas de transferencia de conocimiento en equipo nacional de extensionismo tecnológico Gestión administrativa para creación de usuario y acceso a cuenta de correo institucional y aplicativo SENA Participación en reuniones de equipo de trabajo extensionistas SENA Meta para orientar el plan de trabajo Participación en la difusión de la estrategia en los diferentes entornos institucionales Capacitación y evaluación en el SST - S				
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE: 1. Cumpli 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.				
			 Miryam Yaneth Barbosa Suarez EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO: 1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas; 2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo 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,	
			SANDRA MARCELINA RODRIGUEZ ANDRADE PROFESIONAL G03	
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				
BERTHA LUCIA RAMIREZ PARRA SUBDIRECTOR DE CENTRO G02				

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periodo			Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-04	2020-04	32572977		9405917364	I	2020/05/21	2020/05/21	BANCO DE OCCIDENTE		\$140,800.00

Periodo	
---------	--

[illegible]

EMPLEADO

No.	Identificación	Nombre	Ingeniería	Tecnología	Arquitectura	Diseño	Construcción	Instalación	Mantenimiento	Código	Aporte	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Total
Sistema de Riego por Goteo																	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																	
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)																	
1	E.C.	40411785	BARBOSA MIRIAM							25-11	30	\$877,803	\$26,400	EP5005	30	\$877,803	\$109,800
Total		Afiliados (1)										\$877,803	\$26,400			\$877,803	\$109,800

Identification	dr	D=
----------------	----	----

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periodo			Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud		Pago	Planilla	Planilla		Limite	Pago	Banco	Valor
2020-04	2020-04		32572977	9405917364			2020/05/21	2020/05/21	BANCO DE OCCIDENTE	\$140,800

Page 1 of 1

RESUMEN DE PAGO					
CODIGO	NIT	DY	AELIADOS	VALOR LIQUIDO	INTERESES POR SALDO E VALOR PAGAR

Figure 1

	CODIGO	DESCRIPCION	DIAZ	AFILIADOS	ALQUILER	INTESE	BOLE	SALES	EQUIPE	VATORACION
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)									\$0	\$26,400
COLPENSIONES	25-14		900,336,004	7	1	\$26,400		\$0	\$0	\$26,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)									\$0	\$4,600
ARL SURA	14-11		890,903,790	5	1	\$4,600		\$0	\$0	\$4,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)									\$0	\$109,800
SANITAS	EP5005		800,251,440	6	1	\$109,800		\$0	\$0	\$109,800
TOTAL						\$26,400		\$0	\$0	\$26,400

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 40441785		BARBOSA SUAREZ MIRYAM YANETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Kra 44 No 21A17 Barrio Buque	VILLAVICENCIO-META	6603047	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		Valor
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	
2020-03	2020-03	324607359	9406246797	I	2020/04/22	2020/05/21	BANCO DE OCCIDENTE	29	\$254,9009

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

[illegible]

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	d/v	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 40441785		BARBOSA SUAREZ MIRYAM YANETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	kra 44 No 21A17 Barrio Buque	VILLAVICENCIO-META	6603047	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

DATOS GENERALES DE LA ADQUISICIÓN									
Periodo			Clave		Tipo		Fecha		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-03	2020-03	32607359	9466296797	I	2020/04/22	2020/05/21	BANCO DE OCCIDENTE	29	\$254,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MGR.	SALDOSE INGRESAR EMPLEADOS	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)								
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7		\$140,500	\$0	\$0	\$140,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)								
ARL SURA	14-11	890,903,790	5		\$4,600	\$0	\$0	\$4,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)								
SANITAS	EP5005	800,251,440	6		\$4,600	\$0	\$0	\$4,600
					\$109,800	\$0	\$0	\$109,800
					\$109,800	\$0	\$0	\$109,800
TOTAL					\$275,900	\$0	\$0	\$275,900

2. Concepto **1 3** Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14628458049



(415)7707212489984(8020) 000001462845804 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

4 0 4 4 1 7 8 5 0

6. DV

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Villavicencio

14. Buzón electrónico

2 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

4 0 4 4 1 7 8 5

27. Fecha expedición

1 9 9 5 0 5 3 1

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Meta

5 0

30. Ciudad/Municipio

Villavicencio

0 0 1

31. Primer apellido

BARBOSA

32. Segundo apellido

SUAREZ

33. Primer nombre

MIRYAM

34. Otros nombres

YANETH

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Meta

5 0

40. Ciudad/Municipio

Villavicencio

0 0 1

41. Dirección principal

BIF 2 MZ 8 CA 2 A CL 2 A SUR URB SANTANA ORIENTAL

42. Correo electrónico

miryamyanethbs@hotmail.com

43. Código postal

6 6 2 3 1 9 8

44. Teléfono 1

45. Teléfono 2

3 1 3 8 8 9 9 3 2 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 2 9 9

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 5 0 1 0 1

Actividad secundaria

48. Código

0 0 1 0

49. Fecha inicio actividad

2 0 1 2 0 2 0 6

Otras actividades

50. Código

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 2 2 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

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

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

De acuerdo al Decreto 2345 de 2007 se certifica que por parte del trabajador, que todos los datos consignados en la historia ocupacional y médica son verídicos, se autoriza informar a la empresa, las conclusiones generales del estado de salud de la población examinada, información que será consignada en el diagnóstico de salud de la empresa a la cual pertenece, y se utilizará para el cumplimiento de los subprogramas (art 15) de medicina preventiva y del trabajo, según art. 10 de la resolución 1015 de 1989, o la norma que la notifique, adicione o sustituya.

INFORMACION GENERAL DEL TRABAJADOR

FECHA EXAMEN: 15/05/2020 CIUDAD: META - VILLAVICENCIO

Empresa: PARTICULARES

Proyecto: PARTICULAR

Documento Identidad: CC 40441785

Nombre: MIRYAM YANETH BARBOSA SUAREZ

Edad: 43 Años

Cargo: EXTENSIONISTA ASESOR EMPRESAS

Evaluación Médica de: INGRESO



CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

EXAMENES PRACTICADOS

AUDIOMETRIA SOD
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO part.
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]
COLESTEROL TOTAL
GLICEMIA
TRIGLICERIDOS

CONCEPTO DE APTITUD

EXAMEN DE INGRESO

EXAMEN PERIODICO

EXAMEN DE RETIRO

Cumple con los requisitos necesarios para el perfil del cargo.	X	Satisfactorio		Satisfactorio	
Presenta condiciones de salud que no disminuye su capacidad laboral		Signos y Síntomas de enfermedad general que deben ser valorados por su EPS		Condiciones de salud que deben ser valoradas por su EPS	
Presenta condiciones de salud que pueden comprometer su productividad		Se debe reasignar funciones, reubicar, analizar puesto de trabajo		Continuar manejo por ARL	
Presenta condiciones de salud que deben ser tratadas antes de ingresar		Secuela de accidente de trabajo		Signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por su ARL	
No cumple con los requisitos del perfil del cargo		Signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por su ARL		Valoración médica laboral para evaluación y calificación	
Proceso no terminado		Proceso no terminado		Proceso no terminado	

Observaciones:

EXAMENES ANEXOS	SI/ NO	Apto / No AP	EXAMENES ANEXOS	SI/ NO	EXAMENES ANEXOS	SI/ NO
REQUIERE PARA EXAMENES EN ALTURAS	NO	NA	OSTEOMUSCULAR	SI	NEUROLOGICO	NO
REQUIERE PARA MANIPULAR ALIMENTOS	NO	NA	RESPIRATORIO	NO	DERMATOLOGICO	NO
REQUIERE PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS	NO	NA	CARDIOVASCULAR	NO	MANIPULAR CARGAS	NO

RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

SEGUN IMC		MANEJO POR EPS / ARL		RECOMENDACIONES			SVC / (Incluir en)				
Dieta		Control periodico PP o EPS		Control Periodico Ocupacional	X	Pausas Activas	X	Visual		Quimico	
Ejercicio Regular		Se Prescribe Tratamiento		Higiene Postural	X	Pausas Ergono.		Auditivo		Biologico	
Dieta y Ejercicio Regular		Remi. a EPS manejo medico		Utilizacion de EPP	X			Respiratorio		Auto Cuida. y Bienestar	
Valoracion Nutricion por EPS		Continuar Manejo Medico		Utiliza. de Ayudas Ergono.				Ergonomico			
Descartar Altera. Metabolicas		Remision ARL para manejo		Medidas Anti Varices				Cardiovascular			
Dieta, Ejecicios y Med.				Evalua. Puesto de Trabajo				Psicolaboral			

RECOMENDACIONES: gafas descanso visual

Autorizo al (a) doctor (a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(a) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), apartir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomara la IPS. Para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este(s) examen(es) están contempladas y están verificadas. Autorizo a la presente IPS para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Manuel J. Barrios Muñoz
Médico Cirujano
C.R. 21 25
Salud Ocupacional

Médico MANUEL JOAQUIN BARRIOS MUÑOZ
R.M: 9599

Paciente: MIRYAM YANETH BARBOSA SUAREZ
CC 40441785

Resultados de Laboratorios Clinicos

Fecha Historia: 15/05/2020 09:59:

Fecha Impresion: 15/05/2020 12:04:44 p.m.

Paciente: CC 40441785 MIRYAM YANETH BARBOSA SUAREZ			
Fecha Nacimiento: 31/12/1976	Edad: 43 Años	Sexo: Femenino	
Entidad Salud: PARTICULAR		Depto - Ciudad: META - VILLAVICENCI	

COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]	Resultado	Valor Referencia	Observaciones:
Colesterol de Alta Densidad (HDL)	59.8	Mujer: Riesgo Menor, Mayor de 65mg/dl	

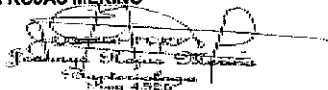
COLESTEROL TOTAL	Resultado	Valor Referencia	Observaciones:
Colesterol Total	170.8	100 - 220	

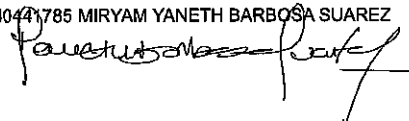
GLICEMIA	Resultado	Valor Referencia	Observaciones:
Glicemia	70.6	60 - 110	

TRIGLICERIDOS	Resultado	Valor Referencia	Observaciones:
Trigliceridos	152.1	60 - 150	

Medico: JEANNYS JUDITH ROJAS MERINO
R.M: 8-125

Paciente: CC 40441785 MIRYAM YANETH BARBOSA SUAREZ


Jeannys Judith Rojas Merino
C.O.P. 4182



De acuerdo al Decreto 2345 de 2007 se certifica que por parte del trabajador, que todos los datos consignados en la historia ocupacional y médica son verídicos. Se autoriza informar a la empresa, las conclusiones generales del estado de salud de la población examinada, información que será consignada en el diagnóstico de salud de la empresa a la cual pertenece, y se utilizará para el cumplimiento de los subprogramas (art 15) de medicina preventiva y del trabajo, según art. 10 de la resolución 1015 de 1989, o la norma que la notifique, adicione o sustituya.

INFORMACION GENERAL DEL TRABAJADOR

FECHA EXAMEN: 19/07/2019 CIUDAD: META - VILLAVICENCIO

Empresa: PARTICULARES

Proyecto: PARTICULAR

Documento Identidad: CC 40441785

Nombre: MIRYAM YANETH BARBOSA SUAREZ

Edad: 42 Años

Cargo: ASESOR EMPRESARIAL

Evaluación Médica de: INGRESO



CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

EXAMENES PRACTICADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO part. 2

CONCEPTO DE APTITUD

EXAMEN DE INGRESO

EXAMEN PERIODICO

EXAMEN DE RETIRO

Cumple con los requisitos necesarios para el perfil del cargo.	X	Satisfactorio		Satisfactorio	
Presenta condiciones de salud que no disminuye su capacidad laboral		Signos y Síntomas de enfermedad general que deben ser valorados por su EPS		Condiciones de salud que deben ser valoradas por su EPS	
Presenta condiciones de salud que pueden comprometer su productividad		Se debe reasignar funciones, reubicar, analizar puesto de trabajo		Continuar manejo por ARL	
Presenta condiciones de salud que deben ser tratadas antes de ingresar		Secuela de accidente de trabajo		Signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por su ARL	
No cumple con los requisitos del perfil del cargo		Signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por su ARL		Valoración médica laboral para evaluación y calificación	
Proceso no terminado		Proceso no terminado		Proceso no terminado	

Observaciones:

EXAMENES ANEXOS

SI/NO

Apto / No AP

EXAMENES ANEXOS

SI/NO

EXAMENES ANEXOS

SI/NO

REQUIERE PARA EXAMENES EN ALTURAS	NO	NA	OSTEOMUSCULAR	SI	NEUROLOGICO	NO
REQUIERE PARA MANIPULAR ALIMENTOS	NO	NA	RESPIRATORIO	NO	DERMATOLOGICO	NO
REQUIERE PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS	NO	NA	CARDIOVASCULAR	NO	MANIPULAR CARGAS	NO

RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

SEGUN IMC

MANEJO POR EPS / ARL

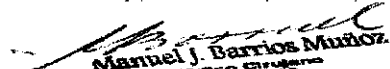
RECOMENDACIONES

SVC / (Incluir en)

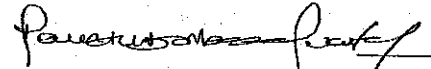
	Control periódico PP o EPS	Control Periódico Ocupacional	X	Pausas Activas	X	Visual	Químico
Ejercicio Regular	Se Prescribe Tratamiento	Higiene Postural	X	Pausas Ergono.	X	Auditivo	Biológico
Dieta y Ejercicio Regular	Remi. a EPS manejo medico	Utilización de EPP	X			Respiratorio	Auto Cuida. y Bienestar
Valoración Nutrición por EPS	Continuar Manejo Medico	Utiliza. de Ayudas Ergono.				Ergonomico	
Descartar Altera. Metabólicas	Remisión ARL para manejo	Medidas Anti Varices				Cardiovascular	
Dieta, Ejercicios y Med.		Evalua. Puesto de Trabajo				Psicolaboral	

RECOMENDACIONES:

Autorizo al (a la) doctor (a) abajo mencionado(a), a realizar en mi el examen médico y/o paracológico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(a) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paracológico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paracológico(s) ocupacional(es), apartir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomara la IPS. Para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este(s) examen(es) están contempladas y están verídicas. Autorizo a la presente IPS para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.


Manuel J. Barrios Muñoz
 Médico Cirujano
 EPS. 24 30
 Salud Ocupacional

Médico MANUEL JOAQUIN BARRIOS MUÑOZ
 R.M.: 9599



Paciente: MIRYAM YANETH BARBOSA SUAREZ
CC 40441785



Hace constar:

Que el Sr(a) MIRYAM YANETH BARBOSA SUAREZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 40441785 realizó el día 26/05/2020 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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

Compromiso SST:

Yo MIRYAM YANETH BARBOSA SUAREZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 40441785 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 MIRYAM YANETH BARBOSA SUAREZ, con Cédula Ciudadanía No. 40441785 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034, tiene un registro como Independiente desde el 30/05/2020 y fecha fin de contrato 31/12/2020 con riesgo 1 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): 202001015215126.

Dada en Bogotá, a los 29 días del mes de mayo de 2020

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

**VILLAVICENCIO,
META,
COLOMBIA,
A quién interese**

14/05/2020

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor MIRYAM YANETH BARBOSA SUAREZ** con **Cédula de Ciudadanía** n#mero **40441785**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

N#mero	0570097070132226
Saldo a la fecha	0.05 Pesos
Fecha de apertura	02/08/2019

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA



SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-5

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

Ciudad de Expedición:			Sucursal:			Ced. Sucursal:			Nro. Póliza:			Anejo:		
VILLAVICENCIO			VILLAVICENCIO			30			30-46-101005618			0		
Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:			Vigencia Hasta:			A las:		
Día: Mes: Año:			Día: Mes: Año:			Horas: Min: Seg:			Día: Mes: Año:			Horas: Min: Seg:		
21 05 2020			21 05 2020			00:00			30 04 2021			00:00		
Tipo Movimiento:												EMISIÓN ORIGINAL		

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social: BARBOSA SUAREZ MIRYAM YANETH						Identificación: 40441785					
Dirección: SANTA ANA ORIENTAL						Ciudad: VILLAVICENCIO - META					
						Teléfono: 3138899322					

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA						Identificación: 899999034-1					
Dirección: KM 1 VÍA ACACIAS						Ciudad: VILLAVICENCIO - META					
						Teléfono: 6825264					

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECCIÓN 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 CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. COL.PCCNTR.1578346 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN EL PROGRAMA DE EXTENSIONISMO TECNOLÓGICO SENNOVA, PARA IMPLEMENTAR DESDE EL CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META, LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA INTERVENCIÓN A LAS EMPRESAS PARA MEJORAR LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL, LA PRODUCTIVIDAD, COMPETITIVIDAD Y/O RENTABILIDAD.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS			
AMPAROS:		Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO		21/05/2020	30/04/2021
			Suma Asegurada / Actual:
			\$ 3,793,833.30

OBSERVACIONES:

Valor Prima Neto:	Gastos Expedición:	IVA:	Total a Pagar:	Valor Asegurado Total:	Fecha Límite de Pago:
\$ 20,023.12	\$ 7,000.00	\$ 5,134.39	\$ 32,157.51	\$ 3,793,833.30	21/05/2020

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
OMEGA AGENCIA DE SEGURO	18520	100.00			

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

Para efecto de notificaciones la dirección de Seguros del Estado S.A. es CARRERA 38 NO. 33 - 45/49 - Teléfono: 6623707 - VILLAVICENCIO

Mmsm7

Manuel Sarmiento



FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas
Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdelestado.com

Oficina Principal: Cra. 11 No. 90-20 Bogotá D.C. Teléfono: 2186977

Verifique su póliza escaneando el código QR.
Aplica únicamente para la emisión original.



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

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

Hacemos constar, que la póliza No. 30-46-101005618, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

Lo anterior de conformidad con lo establecido en el decreto 1082 de 2015, el cual regula las garantías ante entidades estatales.

Dado en VILLAVICENCIO, a los 21 días del mes de Mayo de 2020

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

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



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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que:

RECIBO DE PAGO N°: 30461010056180

FECHA				
21/05/2020				
RECIBIMOS DE:	BARBOSA SUAREZ MIRYAM YANETH		C.C. 40441785	
LA SUMA DE:	TREINTA Y DOS MIL CIENTO CINCUENTA Y SIETE CON CINCUENTA Y UN CENTAVOS PESOS M/CTE			
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 30-46-101005618			
SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
VILLAVICENCIO - CU. ESTATAL - 101005618 - 0 - 0	\$ 20,023.12	\$ 7,000.00	\$ 5,134.39	\$ 32,157.51
FORMA DE PAGO				
INTERMEDIARIO: OMEGA AGENCIA DE SEGUR - 18520			EFFECTIVO:	\$ 32,157.51
			CHEQUE:	\$ 0.00
			TARJETA:	\$ 0.00
			BD:	\$ 0.00
			OTROS:	\$ 0.00
			TOTAL:	\$ 32,157.51
			CAJERO: RAPIESTADO	

ORIGINAL



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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que:

RECIBO DE PAGO N°: 30461010056180

FECHA				
21/05/2020				
RECIBIMOS DE:	BARBOSA SUAREZ MIRYAM YANETH		C.C. 40441785	
LA SUMA DE:	TREINTA Y DOS MIL CIENTO CINCUENTA Y SIETE CON CINCUENTA Y UN CENTAVOS PESOS M/CTE			
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 30-46-101005618			
SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
VILLAVICENCIO - CU. ESTATAL - 101005618 - 0 - 0	\$ 20,023.12	\$ 7,000.00	\$ 5,134.39	\$ 32,157.51
FORMA DE PAGO				
INTERMEDIARIO: OMEGA AGENCIA DE SEGUR - 18520			EFFECTIVO:	\$ 32,157.51
			CHEQUE:	\$ 0.00
			TARJETA:	\$ 0.00
			BD:	\$ 0.00
			OTROS:	\$ 0.00
			TOTAL:	\$ 32,157.51
			CAJERO: RAPIESTADO	

COPIA

**PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.30-46-101005618**

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 SUJECCIÓN 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 TÍTULO 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 CONSTARÁN 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, DEBERÁN 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 ÚLTIMO 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, PREVALECEÁN 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 COASEGUROSADORES, EN PROPORCIÓN A LAS CUANTÍAS DE SU RESPECTIVA PARTICIPACIÓN.