

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                            |                                                              |                                                                                               |                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <br>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL ATLÁNTICO</b> |                                                              | <b>Código Regional</b>                                                                        | <b>8</b>                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                            |                                                              | <b>Código Centro</b>                                                                          | <b>920710</b>                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                            |                                                              | <b>Fecha Elaboración</b>                                                                      | <b>Abril de 2020</b>                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>CENTRO NACIONAL COLOMBO ALEMAN-ATLANTICO - SERVIOS PRESTADOS A</b>                                                      |                                                              | <b>Versión</b>                                                                                | <b>MARZO 2020 - 3,20</b>                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                            |                                                              | <b>ID de Proceso</b>                                                                          | <b>08445-032616</b>                     |
| <b>DATOS DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                            |                                                              |                                                                                               |                                         |
| <b>Nombres y apellidos contratista:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                            | MARIA ISABEL POLO DE LA HOZ                                  | <b>C.C.</b>                                                                                   | 22.712.258                              |
| <b>Correo electrónico contratista:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                            | mpolod@misena.edu.co                                         | <b>IP/N° de contacto</b>                                                                      | 0                                       |
| <b>Régimen del IVA:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> NO RESPONSABLE                      | <b>Pertenece al régimen simple de tributación?</b>                                            | <input type="checkbox"/> NO             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Es declarante de renta?             | <input type="checkbox"/> NO                                                                   | <input type="checkbox"/> Es Pensionado? |
| <b>Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> NO                                  | <b>Inducción SST</b>                                                                          | <input type="checkbox"/> SI             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Presta Servicios Excluidos de IVA ? | <input type="checkbox"/> SI                                                                   |                                         |
| <b>Banco al cual consignar:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                            | DAVIVIENDA                                                   | <b>Tipo de cta</b>                                                                            | AHORROS                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                            | <b>N° Cuenta</b>                                             | 0550026300665325                                                                              |                                         |
| <b>Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> NO                                  | <b>Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los \$ 117.503.000</b> | <input type="checkbox"/> NO             |
| <b>DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                            |                                                              |                                                                                               |                                         |
| <b>N° del contrato:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 1369884/2020                                                                                                               | <b>N° Compromiso SIIF</b>                                    | 38020                                                                                         |                                         |
| <b>Valor Total del Contrato</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | \$ 15.079.632                                                                                                              | <b>N° Pago</b>                                               | 3                                                                                             |                                         |
| <b>Saldo Anterior del Contrato</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | \$ 9.834.543                                                                                                               | <b>Periodo objeto de pago</b>                                | Del                                                                                           | 01/04/2020                              |
| <b>Nuevo Saldo del Contrato</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | \$ 6.556.362                                                                                                               | <b>Comisiones</b>                                            | AI                                                                                            | 30/04/2020                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                            | <b>Valor Bruto Pago</b>                                      | \$ 3.278.181,00                                                                               |                                         |
| <b>RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                            |                                                              |                                                                                               |                                         |
| Ingresos por honorarios                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | \$ 3.278.181                                                                                                               | Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°                    | 0,00%                                                                                         |                                         |
| Ingresos por comisiones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | \$ 0                                                                                                                       | Retención en la Fuente del Periodo                           | \$ 0                                                                                          |                                         |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | \$ 0                                                                                                                       | Menos, Retefuente Otros Ingresos                             | \$ 0                                                                                          |                                         |
| <b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>\$ 3.278.181</b>                                                                                                        | <b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>                        | <b>\$ 0</b>                                                                                   |                                         |
| <b>BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>\$ 1.932.347</b>                                                                                                        |                                                              |                                                                                               |                                         |
| <b>LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                            |                                                              |                                                                                               |                                         |
| <b>N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>Abril</b>                                                                                                               | <b>Marzo</b>                                                 | Valor Base retención en la fuente                                                             | 1.932.347,00                            |
| <b>Ingreso Base de Cotización - IBC</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | \$ 1.311.272                                                                                                               | \$ 1.311.272                                                 | Valor Base retención en la fuente ICA                                                         | 2.904.281,00                            |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | \$ 164.000                                                                                                                 | \$ 164.000                                                   | Valor base IVA                                                                                | 0,00                                    |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | \$ 209.900                                                                                                                 | \$ 209.900                                                   | IVA (Si es RESPONSABLE)                                                                       | 0,00                                    |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | \$ -                                                                                                                       | \$ 0                                                         | Menos Retención en la Fuente                                                                  | 0,00                                    |
| ARL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | \$ 6.900                                                                                                                   | \$ 6.900                                                     | Menos Retención IVA                                                                           | 0,00                                    |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | \$ -                                                                                                                       |                                                              | Reteica - 8299                                                                                | 29.043,00                               |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | \$ -                                                                                                                       |                                                              |                                                                                               | 0,00                                    |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | \$ -                                                                                                                       |                                                              |                                                                                               | 0,00                                    |
| Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | \$ -                                                                                                                       |                                                              | Otras Retenciones                                                                             | 0,00                                    |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | \$ -                                                                                                                       |                                                              | Otras Retenciones                                                                             | 0,00                                    |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | \$ -                                                                                                                       |                                                              | Otras Retenciones                                                                             | 0,00                                    |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | \$ -                                                                                                                       |                                                              | Otras Retenciones                                                                             | 0,00                                    |
| Dependientes hasta \$ 1.139.424                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | \$ 327.818                                                                                                                 |                                                              | Descuentos de Libranza                                                                        | 0,00                                    |
| Salud hasta \$ 569.712                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | \$ -                                                                                                                       |                                                              | Descuentos de embargo (Si tiene)                                                              | 0,00                                    |
| Renta Exenta 25% \$ 8.545.680                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | \$ 644.116                                                                                                                 |                                                              | <b>VALOR A PAGAR</b>                                                                          | <b>\$ 3.249.138,00</b>                  |
| Retención en la Fuente Contingente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | \$ -                                                                                                                       |                                                              |                                                                                               |                                         |
| <b>SON: TRES MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL CIENTO TREINTA Y OCHO PESOS M/CTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                            |                                                              |                                                                                               |                                         |
| <b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                            |                                                              |                                                                                               |                                         |
| Organizar formación complementaria en Emprendimiento a grupos en los Programas Técnicos en Soldadura y Refrigeración.<br>Organizar formación complementaria en Emprendimiento y en Atención al Cliente a grupos de la comunidad.<br>Organizar y orientar formación complementaria según lineamientos de Contingencia por COVID-19<br>Orientar formación complementaria en Emprendimiento a los grupos: TSP 52 (1904735) - TSP 53 (1904738)<br>Orientar formación complementaria en Emprendimiento a los grupos: MERVC 26 (1962803) - MERVC 30 - MERVC 25 (1962798)<br>Orientar formación complementaria en Emprendimiento a los grupos: Colegio Esther Ovadia de Melamed (2076544), (2076879)<br>Orientar formación complementaria en Atención al Cliente a los grupos: Colegio Esther Ovadia de Melamed (2076545), (2076878)<br>Seleccionar estrategias de enseñanza - aprendizaje - evaluación según el programa de formación profesional y el enfoque metodológico.<br>Diligenciar Formato establecido por la Coordinación Académica para presentar informe mensual de la ejecución del contrato. |                                                                                                                            |                                                              |                                                                                               |                                         |
| <b>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                            |                                                              |                                                                                               |                                         |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                            |                                                              | <b>MARIA ISABEL POLO DE LA HOZ</b><br><b>EL CONTRATISTA</b>                                   |                                         |
| <b>CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                            |                                                              |                                                                                               |                                         |
| En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                            |                                                              | Autorizo el presente pago.<br>El Supervisor,                                                  |                                         |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                            |                                                              | <b>ROBERTO MORALES HEILBRON</b><br><b>INSTRUCTOR G20</b>                                      |                                         |
| <b>Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:</b><br><b>EL ORDENADOR DEL PAGO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                            |                                                              |                                                                                               |                                         |
| <b>VICTOR FABIAN ARBELAEZ TORREJANO</b><br><b>PROFESIONAL G02</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                            |                                                              |                                                                                               |                                         |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE     |         |                             |                 |                    |                              |                        |            |                       |           |
|-----------------------------------|---------|-----------------------------|-----------------|--------------------|------------------------------|------------------------|------------|-----------------------|-----------|
| Identificación                    | dv      | Razon Social                | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion                    | Ciudad-Departamento    | Teléfono   | Exonerado SENA e ICBF |           |
| CC 22712258                       |         | POLO DE LA HOZ MARIA ISABEL | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | CL 38 21 74 BLQ G20 APTO 205 | BARRANQUILLA-ATLANTICO | 3655169    | SI                    |           |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |                             |                 |                    |                              |                        |            |                       |           |
| Periodo                           |         | Clave                       |                 | Fecha              |                              | Pago                   |            | Valor                 |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago                        | Planilla        | Tipo               | Planilla                     | Limite                 | Pago       | Banco                 | Dias Mora |
| 2020-03                           | 2020-03 | 9403271849                  | 9403271849      | I                  |                              | 2020/04/16             | 2020/02/28 | BANCO BOGOTA          | 0         |
|                                   |         |                             |                 |                    |                              |                        |            | \$380,300             |           |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES                     |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|------------------------------------------------------|----------------|----------|------------|------|-------------|-----------|--------|------|-------------|-----------|--------|------|-----|--------|--------|------|-------------|---------|------|---------|--------|--|--|--|--------------|--|--|
| EMPLEADO                                             |                |          |            |      | PENSION     |           |        |      |             | SALUD     |        |      |     |        | CCF    |      |             |         |      | RIESGOS |        |  |  |  | PARAFISCALES |  |  |
| No.                                                  | Identificación | Nombres  | Codigo     | Dias | IBC         | Aporte    | Codigo | Dias | IBC         | Aporte    | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC         | Aporte  | Dias | IBC     | Aporte |  |  |  |              |  |  |
| Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)                   |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)          |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
| Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO ( 1 Afiliados) |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
| 1                                                    | CC             | 22712258 | POLO MARIA | 30   | \$1,310,000 | \$209,600 | EPS010 | 30   | \$1,310,000 | \$163,800 |        | 0    |     | \$0    | 14-23  | 30   | \$1,310,000 | \$6,900 | 0    | \$0     | \$0    |  |  |  |              |  |  |
| Total Afiliados( 1)                                  |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|                                                      |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|                                                      |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|                                                      |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|                                                      |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|                                                      |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|                                                      |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|                                                      |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|                                                      |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|                                                      |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|                                                      |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|                                                      |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|                                                      |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|                                                      |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|                                                      |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|                                                      |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|                                                      |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|                                                      |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|                                                      |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|                                                      |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|                                                      |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|                                                      |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|                                                      |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|                                                      |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|                                                      |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|                                                      |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|                                                      |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|                                                      |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|                                                      |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|                                                      |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|                                                      |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|                                                      |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|                                                      |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|                                                      |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|                                                      |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|                                                      |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|                                                      |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|                                                      |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|                                                      |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|                                                      |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|                                                      |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|                                                      |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|                                                      |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|                                                      |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|                                                      |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|                                                      |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|                                                      |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|                                                      |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|                                                      |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|                                                      |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|                                                      |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|                                                      |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|                                                      |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|                                                      |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|                                                      |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|                                                      |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|                                                      |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|                                                      |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|                                                      |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |
|                                                      |                |          |            |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |         |      |         |        |  |  |  |              |  |  |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE     |         |                             |                 |                    |                              |                        |                |                        |               |
|-----------------------------------|---------|-----------------------------|-----------------|--------------------|------------------------------|------------------------|----------------|------------------------|---------------|
| Identificación                    | dv      | Razon Social                | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion                    | Ciudad-Departamento    | Teléfono       | Exonerado SENA e ICBF  |               |
| CC 22712258                       |         | POLO DE LA HOZ MARIA ISABEL | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | CL 38 21 74 BLQ G20 APTO 205 | BARRANQUILLA-ATLANTICO | 3655169        | SI                     |               |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |                             |                 |                    |                              |                        |                |                        |               |
| Periodo                           |         | Clave                       |                 | Tipo               |                              | Fecha                  |                | Pago                   |               |
| Pensión                           | Salud   | Pago                        | Planilla        | Planilla           | Límite                       | Pago                   | Banco          | Dias Mora              | Valor         |
| 2020-03                           | 2020-03 | 9403271849                  | 9403271849      | I                  | 2020/04/16                   | 2020/02/28             | BANCO BOGOTA   | 0                      | \$380,300     |
| RESUMEN DE PAGO                   |         |                             |                 |                    |                              |                        |                |                        |               |
| RIESGO                            |         | CODIGO                      | NIT             | DV                 | AFILIADOS                    | VALOR LIQUIDADO        | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1)          |         |                             |                 |                    | 1                            | \$209,600              | \$0            | \$0                    | \$209,600     |
| PORVENIR                          |         | 230301                      | 800,224,808     | 8                  | 1                            | \$209,600              | \$0            | \$0                    | \$209,600     |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1)          |         |                             |                 |                    | 1                            | \$6,900                | \$0            | \$0                    | \$6,900       |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS      |         | 14-23                       | 860,011,153     | 6                  | 1                            | \$6,900                | \$0            | \$0                    | \$6,900       |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1)          |         |                             |                 |                    | 1                            | \$163,800              | \$0            | \$0                    | \$163,800     |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD)          |         | EPS010                      | 800,088,702     | 2                  | 1                            | \$163,800              | \$0            | \$0                    | \$163,800     |
| TOTAL                             |         |                             |                 |                    | 1                            | \$380,300              | \$0            | \$0                    | \$380,300     |



## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

**EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A** en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

### CERTIFICA

Que **MARIA ISABEL POLO DE LA HOZ** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **22712258** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

|                                 |                                    |
|---------------------------------|------------------------------------|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 22712258                        |
| NOMBRES Y APELLIDOS             | MARIA ISABEL POLO DE LA HOZ        |
| TIPO DE AFILIADO                | SEGUNDO COTIZANTE                  |
| PARENTESCO                      | CONYUGE                            |
| ESTADO DE AFILIACIÓN            | TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL |
| CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN   | COBERTURA INTEGRAL                 |
| FECHA DE INGRESO A EPS SURA     | 01/12/2015                         |
| FECHA RETIRO EPS SURA           | ACTIVO(A)                          |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA   | 174                                |
| SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO    | 52                                 |

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: 29/01/2020

**ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN  
DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS**

**EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.**

Medellín, Antioquia, Colombia. Líneas de Atención Barranquilla 319 7901, Bogotá 489 7941, Cali 380 8941, Medellín 448 6115

Línea Nacional 018000 519 519

[www.epssura.com](http://www.epssura.com)

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS  
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del  
**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**  
NIT 800.224.808-8

**CERTIFICA QUE:**

**MARIA ISABEL POLO DE LA HOZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **22.712.258**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Enero del 2020.

Cordialmente,



Vicepresidente de Clientes y Operaciones



***Tenga en cuenta:***

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

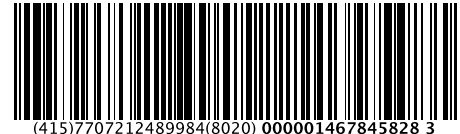
2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14678458283



(415)7707212489984(8020) 000001467845828 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

2 2 7 1 2 2 5 8

6. DV

9

12. Dirección seccional

Impuestos de Barranquilla

14. Buzón electrónico

2

**IDENTIFICACION**

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación:

2 2 7 1 2 2 5 8

27. Fecha expedición:

2 0 0 1 0 1 2 2

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

1 6 9

29. Departamento:

Atlántico

0 8

30. Ciudad/Municipio:

Palmar de Varela

5 2 0

31. Primer apellido

POLO

32. Segundo apellido

DE LA HOZ

33. Primer nombre

MARIA

34. Otros nombres

ISABEL

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

**UBICACION**

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Atlántico

0 8

40. Ciudad/Municipio:

Barranquilla

0 0 1

41. Dirección principal

CL 37 21 85 BL G 20 AP 205

42. Correo electrónico:

marisapolo@gmail.com

43. Código postal

8 0 2 3 0 7 8

44. Teléfono 1:

45. Teléfono 2:

**CLASIFICACION**

**Actividad económica**

**Actividad principal**

46. Código:

8 5 4 1

47. Fecha inicio actividad:

2 0 2 0 0 1 2 0

**Actividad secundaria**

48. Código:

8 5 5 1

49. Fecha inicio actividad:

2 0 1 3 0 2 0 7

50. Código:

1 2

**Otras actividades**

8 5 4 2

**Ocupación**

51. Código

3 4 1 4

52. Número establecimientos

**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: | 2 | 2 | 4 | 9 |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

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 ☒

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 2 0 0 1 2 0

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 POLO DE LA HOZ MARIA ISABEL

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

|                                                                                                                                                     |                                    |  |                                                                                                                   |  |  |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p>Nit 900098006-1<br/>CRA. 58 # 70-129 CONS. 309<br/>3537447-</p> | <b>CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL</b> |  | <b>FECHA Y CIUDAD DE REALIZACION DEL EXAMEN</b>                                                                   |  |  |  |
|                                                                                                                                                     | PRO                                |  | 23 ENE 2020                                                                                                       |  |  |                                                                                     |
|                                                                                                                                                     | Fecha 20 Enero 2018                |  | BARRANQUILLA                                                                                                      |  |  |                                                                                     |
|                                                                                                                                                     | Versión 5                          |  | PRE-INGRESO <input type="checkbox"/> PERIODICO <input checked="" type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> |  |  |                                                                                     |
| TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL (MARQUE CON UNA X)                                                                                                |                                    |  |                                                                                                                   |  |  |                                                                                     |

|                                                                               |            |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------|
| DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARA O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE |            |
| SENA                                                                          | INSTRUCTOR |
| NOMBRE DE LA EMPRESA                                                          | CARGO      |

|                                                                                                                                               |                  |              |      |                             |          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------|------|-----------------------------|----------|
| <b>DATOS DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE</b> (Documento identificación C.C. cedula de ciudadanía, C.E. cedula extranjería, T.I. tarjeta identidad) |                  |              |      |                             |          |
| POLO                                                                                                                                          | DE LA HOZ        | MARIA ISABEL | EDAD | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION |          |
|                                                                                                                                               |                  |              | 38   | CC                          | 22712258 |
| PRIMER APELLIDO                                                                                                                               | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRES      | AÑOS | TIPO                        | NUMERO   |

**CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL : PUEDE LABORAR EN EL CARGO DE INSTRUCTOR**

**RESTRICCIONES : NO**

**RECOMENDACIONES : ESTILO DE VIDA SALUDABLE - EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO, CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA, USO DE LENTES MEDICADOS CON FILTRO.**

|                                                                     |                                                                            |                                     |                                        |   |   |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------|---|---|
| <b>Evitar estas condiciones o funciones</b>                         |                                                                            | <b>Agentes o factores de riesgo</b> |                                        | T | P |
| Levantamiento y transporte manual de carga <input type="checkbox"/> | Posturas forzadas <input type="checkbox"/>                                 | Ergonómico <input type="checkbox"/> | Físico <input type="checkbox"/>        |   |   |
| Empuje de carga <input type="checkbox"/>                            | Subir o bajar escaleras más del 50% de la jornada <input type="checkbox"/> | Mecánico <input type="checkbox"/>   | Psicolaboral <input type="checkbox"/>  |   |   |
| Movimientos repetitivos <input type="checkbox"/>                    | Otra <input type="checkbox"/>                                              | Eléctrico <input type="checkbox"/>  | Orden público <input type="checkbox"/> |   |   |
| Exposicion a vibración <input type="checkbox"/>                     |                                                                            | Químico <input type="checkbox"/>    | Biológico <input type="checkbox"/>     |   |   |

**Otra Condición** (escribir letra imprenta clara):

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Valorar por su EPS:</b> Otorrinolaringología <input type="checkbox"/><br>Neurocirugía <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/><br>Oftalmología <input type="checkbox"/> Optometría <input type="checkbox"/><br>Cirugía <input type="checkbox"/> Nutricionista <input type="checkbox"/><br>Medicina interna <input type="checkbox"/> Dermatología <input type="checkbox"/><br>Medicina General <input type="checkbox"/> | <b>Ingresar sistema vigilancia epidemiológica:</b><br>SVE Osteomuscular <input type="checkbox"/> SVE Conservación auditiva <input type="checkbox"/> SVE Conservación visual <input type="checkbox"/><br>SVE Prevención riesgo cardiovascular:<br>Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Dislipidemia <input type="checkbox"/> Sobrepeso y Obesidad <input type="checkbox"/><br>SVE Conservación Respiratoria <input type="checkbox"/> | <b>Específicas:</b><br>Actividad física diaria <input type="checkbox"/><br>Dieta Balanceada <input type="checkbox"/><br>Estilo vida Saludable <input type="checkbox"/><br>Pausas Activas <input type="checkbox"/><br>Uso EPP <input type="checkbox"/> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Exámenes Realizados:** EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR INGRESO , AUDIOMETRIA, VISIOMETRIA, ELECTROCARDIOGRAMA , VALORACION MENTAL Y SOCIAL

**Laboratorios Realizados:** PERRFIL LIPIDICO

Sospecha de: Secuela accidente de trabajo SI ☒ NO ☐ Enfermedad profesional SI ☐ NO ☒ Enfermedad común agravada por el trabajo SI ☐ NO ☒  
 Si al examen de egreso encuentra una presunta enfermedad profesional o secuela de eventos profesionales (no diagnosticados) ocurridos durante el tiempo en que la persona laboró en la empresa, el empleador elaborará y presentará el correspondiente reporte(furet) a las respectivas entidades (ARP-EPS).

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la resolución 2346 de 2007 y la resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicos que allí reposan son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para los fines legales pertinentes.

  
 Ruben Vega Vega  
 Médico Especialista en  
 Medicina del Trabajo  
 R.M 2115 CC19.145.647  
 Lic. SO 05029

FIRMA Y SELLO MEDICO ESP. SS.OO.

RM. 2115

Lic. SS.OO.: 05029

# LABORATORIO CLINICO NEWTON

NIT: 22.473.667-1



Fecha: 23/01/2020 15:43

SEDE: Principal

Página: 1

**Paciente:** MARIA ISABEL POLO DE LA HOZ  
**Edad:** 38 A **Sexo:** M **Identificación:** 22712258  
**Teléfonos:**  
**Empresa:** SALUD OCUPACIONAL - Somp Ocupacional

**Recepción:** 22050 **Sala:** N/A  
**Fecha rcp:** 22/01/2020 8:46:10  
**Médico :** No Asignado

|  | Resultado | Valores de referencia |
|--|-----------|-----------------------|
|--|-----------|-----------------------|

## Quimica

|                                                      |            |                 |
|------------------------------------------------------|------------|-----------------|
| 1 Colesterol total sérico                            | 186 mg/dl  | 100 a 200 mg/dl |
| 2 Colesterol H.D.L.<br>Alto riesgo menor de 35 mg/dl | 46.5 mg/dl | 35 a 55 mg/dl   |
| 3 Trigliceridos sérico                               | 120 mg/dl  | 60 a 165 mg/dl  |

LABORATORIO CLINICO  
NEWTON

Bacteriologo

|                                                                         |                                                                  |                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div>Agudeza de lejos</div> <div>20 ft</div> <div>Fotópica alta</div>   | <div>Dc Iz</div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> | <div>20 20 20 20 20 20 20 20 20</div> <div>85 70 50 40 30 25 20 15 10</div> <div></div> <div></div> <div></div> | <div>Relieves Lejos</div> <div> 1600"</div> <div> 800"</div> <div> 400"</div> <div> 200"</div> <div> 100"</div> <div> 50"</div> <div><input type="radio"/> Fallado</div>                                                                                        | <div>Forias Lejos</div> <div>4 = Tendencia exoforia<br/>5 = Ortoforia<br/>6 = Tendencia endoforia<br/>Otros = Tendencia hiperforia</div> <div><input type="radio"/> Fallado</div> <div><input type="radio"/> Fuera del cuadro</div> <div><div>1 <input type="radio"/></div><div>2 <input type="radio"/></div><div>3 <input type="radio"/></div><div>4 <input type="radio"/></div><div>5 <input checked="" type="radio"/></div><div>6 <input type="radio"/></div><div>7 <input type="radio"/></div><div>8 <input type="radio"/></div><div>9 <input type="radio"/></div></div> |
| <div>Agudeza intermedia</div> <div>24 in</div> <div>Fotópica alta</div> | <div>Dc Iz</div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> | <div>20 20 20 20 20 20 20 20 20</div> <div>85 70 50 40 30 25 20 15 10</div> <div></div> <div></div> <div></div> | <div>Fusión Lejos</div> <div><input type="radio"/> Fallado</div> <div></div>                                                                                                                                                                                    | <div>Colores Lejos</div> <div><div>8 1 4 5 6 3 2 7 9 0 1 8</div><div><input type="radio"/> Fallado Bino <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/></div><div><input type="radio"/> Fallado Derecha <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/></div><div><input type="radio"/> Fallado Izquierda <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/></div></div>                                                                                                                                                  |
| <div>Agudeza de cerca</div> <div>14 in</div> <div>Fotópica alta</div>   | <div>Dc Iz</div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> | <div>20 20 20 20 20 20 20 20 20</div> <div>85 70 50 40 30 25 20 15 10</div> <div></div> <div></div> <div></div> | <div>Amsler Lejos</div> <div>Dc Iz</div> <div><div>Fallado <input type="radio"/> Nítida <input type="radio"/> deformada <input type="radio"/></div><div> Fallado <input type="radio"/> Nítida <input type="radio"/> deformada <input type="radio"/></div></div> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <div>Hipermetropía</div> <div>18</div> <div>Fotópica alta</div>         | <div>Dc Iz</div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> | <div>20 20 20 20 20 20 20 20 20</div> <div>85 70 50 40 30 25 20 15 10</div> <div></div> <div></div> <div></div> | <div>Astigmatismo derecho Lejos</div> <div></div> <div><input type="radio"/> Fallado <input checked="" type="radio"/> Idéntico</div>                                                                                                                            | <div>Astigmatismo izquierdo Lejos</div> <div></div> <div><input checked="" type="radio"/> Idéntico <input type="radio"/> Fallado</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <div>Baja visión Lejos</div> <div>Fotópica alta</div>                   | <div>Dc Iz</div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> | <div>20 20 20 20 20 20 20 20 20</div> <div>85 70 50 40 30 25 20 15 10</div> <div></div> <div></div> <div></div> | <div>Campo periférico</div> <div>Derecha Izquierda</div> <div></div> <div><input type="radio"/> Fallado</div>                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <div>Contrastes Lejos</div> <div>Fotópica alta</div>                    | <div>Dc Iz</div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> | <div>20 20 20 20</div> <div>40 30 25 20</div> <div><div>30% </div><div>10% </div></div>                         |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

2020-01-23-09:27 2.0mm/mV 2.5mm/s CAEMG

ID: 0080P350  
ECG: 058

NOMB:

0092258

SEX: MASC

EDAD: ADUL

38

V67

V62

2.0mm/mV

IT1

2.0mm/mV

aVR

V62

V63

2.0mm/mV

aVL

2.0mm/mV

aVF

V64

V66

2.0mm/mV

V1

2.0mm/mV

V2

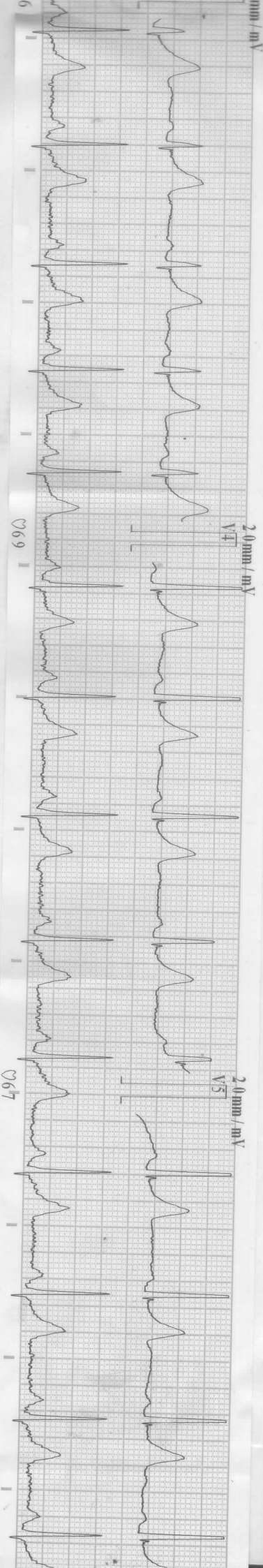
V65

V64

2.0mm/mV

IT

mm/mV

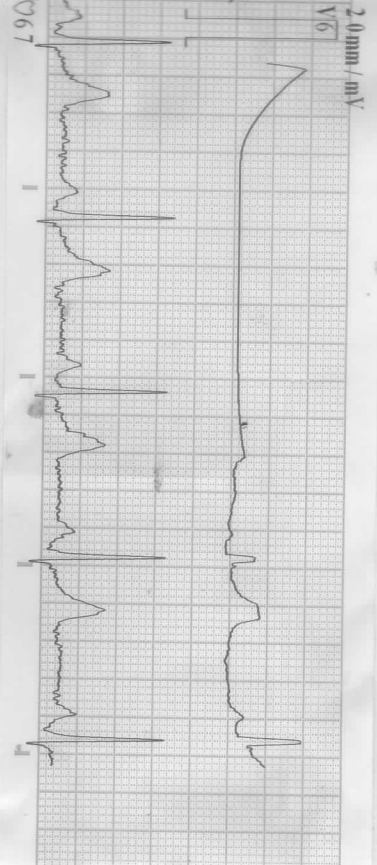


V1

V4

V5

2.0 mm/mV



V6

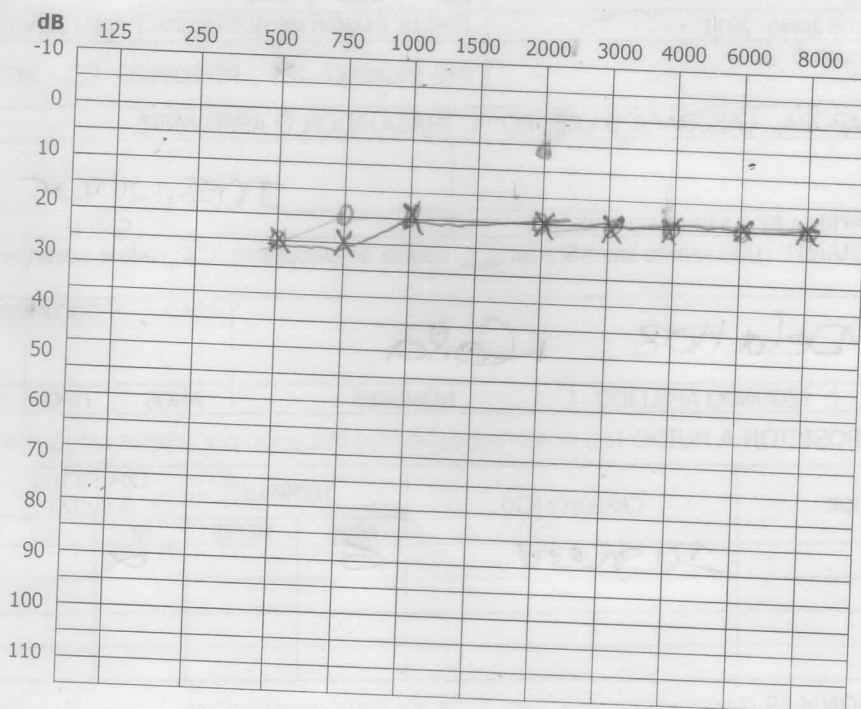
V7

|                                                                                                                                                                                                                                           |                                       |             |                                                                                                                                                                            |          |                                             |                                |    |      |       |    |      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------------------|--------------------------------|----|------|-------|----|------|
|  <p><b>SOMP</b> Ltda.<br/>Salud Ocupacional medico preventiva</p> <p>Nit 900098006-1<br/>CRA. 58 # 70-129 CONS. 309<br/>3537447-3164537397-3167588503</p> | <b>CONCEPTO</b><br><b>AUDIOMETRÍA</b> |             | <b>FECHA Y CIUDAD DE REALIZACION DEL EXAMEN</b>                                                                                                                            |          |                                             |                                |    |      |       |    |      |
|                                                                                                                                                                                                                                           | PRO<br>Fecha Junio 2011<br>Versión 0  |             | 23<br>DD                                                                                                                                                                   | 01<br>MM | 20<br>AÑO                                   | Biquilla<br>CIUDAD             |    |      |       |    |      |
|                                                                                                                                                                                                                                           |                                       |             | TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL (MARQUE CON UNA X)<br>PRE-INGRESO <input checked="" type="checkbox"/> PERIODICO <input type="checkbox"/> RETIRO <input type="checkbox"/> |          |                                             |                                |    |      |       |    |      |
|                                                                                                                                                                                                                                           |                                       |             |                                                                                                                                                                            |          |                                             |                                |    |      |       |    |      |
| <b>DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARA O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE</b>                                                                                                                                                      |                                       |             |                                                                                                                                                                            |          |                                             |                                |    |      |       |    |      |
| NOMBRE DE LA EMPRESA Y/O EMPRESA DE SUMINISTRO PERSONAL<br>Sema                                                                                                                                                                           |                                       |             | CARGO<br>Inspector                                                                                                                                                         |          |                                             |                                |    |      |       |    |      |
| <b>DATOS DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE (Documento identificacion C.C. cedula de ciudadanía, C.E. cedula extranjería, T.I. tarjeta identidad)</b>                                                                                             |                                       |             |                                                                                                                                                                            |          |                                             |                                |    |      |       |    |      |
| PRIMERO APELLIDO<br>polo                                                                                                                                                                                                                  |                                       |             | SEGUNDO APELLIDO<br>Delator                                                                                                                                                |          | NOMBRES<br>Delator                          |                                |    |      |       |    |      |
|                                                                                                                                                                                                                                           |                                       |             | EDAD                                                                                                                                                                       |          | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION                 |                                |    |      |       |    |      |
|                                                                                                                                                                                                                                           |                                       |             |                                                                                                                                                                            |          |                                             |                                |    |      |       |    |      |
| HISTORIA OCUPACIONAL CON EXPOSICIÓN A RUIDO (En orden retrospectivo iniciando por ultimo cargo u/o Oficio)                                                                                                                                |                                       |             |                                                                                                                                                                            |          |                                             |                                |    |      |       |    |      |
| FECHA DE INGRESO                                                                                                                                                                                                                          | EMPRESA ANTERIOR                      | CARGO/OFCIO | TIEMPO                                                                                                                                                                     |          | EXPOSICIÓN A RUIDO                          | USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION |    |      |       |    |      |
|                                                                                                                                                                                                                                           |                                       |             | AÑOS                                                                                                                                                                       | MESES    | SI NO                                       | SI NO                          |    |      |       |    |      |
|                                                                                                                                                                                                                                           | Sema                                  | Inspector   | 5                                                                                                                                                                          |          | X                                           | X                              |    |      |       |    |      |
|                                                                                                                                                                                                                                           |                                       |             |                                                                                                                                                                            |          |                                             |                                |    |      |       |    |      |
|                                                                                                                                                                                                                                           |                                       |             |                                                                                                                                                                            |          |                                             |                                |    |      |       |    |      |
|                                                                                                                                                                                                                                           |                                       |             |                                                                                                                                                                            |          |                                             |                                |    |      |       |    |      |
| <b>ANTECEDENTES AUDITIVOS PERSONALES (Marque con una X en la casilla que corresponda)</b>                                                                                                                                                 |                                       |             |                                                                                                                                                                            |          |                                             |                                |    |      |       |    |      |
| SINTOMAS                                                                                                                                                                                                                                  | SI                                    | NO          | OÍDO                                                                                                                                                                       |          | SINTOMAS                                    | SI                             | NO | OÍDO |       |    |      |
|                                                                                                                                                                                                                                           |                                       |             | D                                                                                                                                                                          | I        |                                             |                                |    | D    | I     |    |      |
| Otalgia                                                                                                                                                                                                                                   |                                       |             |                                                                                                                                                                            |          | Dificultad Para Entender en Medios Ruidosos |                                |    |      |       |    |      |
| Secreción por oídos                                                                                                                                                                                                                       |                                       |             |                                                                                                                                                                            |          | Intervenciones Quirúrgicas                  |                                |    |      |       |    |      |
| Otitis                                                                                                                                                                                                                                    |                                       |             |                                                                                                                                                                            |          | Ototóxicos                                  |                                |    |      |       |    |      |
| Perdida súbita de la Audición                                                                                                                                                                                                             |                                       |             |                                                                                                                                                                            |          | Otros                                       |                                |    |      |       |    |      |
| Vértigo o Pérdida del equilibrio                                                                                                                                                                                                          |                                       |             |                                                                                                                                                                            |          |                                             |                                |    |      |       |    |      |
| <b>ACTIVIDAD EXTRA LABORAL CON EXPOSICIÓN A RUIDO (Marque con una X según corresponda)</b>                                                                                                                                                |                                       |             |                                                                                                                                                                            |          |                                             |                                |    |      |       |    |      |
| HABITOS                                                                                                                                                                                                                                   | SI                                    | NO          | HABITOS                                                                                                                                                                    | SI       | NO                                          | HABITOS                        | SI | NO   | OTROS | SI | NO   |
| Música con audífonos                                                                                                                                                                                                                      | X                                     |             | Prestó servicio militar                                                                                                                                                    |          | X                                           | Conduce motocicleta            |    | X    |       |    |      |
| Música a alto volumen                                                                                                                                                                                                                     | X                                     |             | Discotecas - Bares                                                                                                                                                         |          | X                                           | Juega tejo                     |    | X    |       |    |      |
| Tiro al blanco                                                                                                                                                                                                                            |                                       | X           | Manos Libres                                                                                                                                                               |          |                                             | Otros                          |    |      |       |    |      |
| <b>CONDICIONES DE TOMA DE LA AUDIOMETRÍA (Marque y diligencie según corresponda)</b>                                                                                                                                                      |                                       |             |                                                                                                                                                                            |          |                                             |                                |    |      |       |    |      |
| Descanso Auditivo                                                                                                                                                                                                                         | Horas                                 |             | Realizó Test                                                                                                                                                               | SI       | NO                                          | Usó cabina Sono amortiguada    | SI | NO   |       |    |      |
| Modelo: GRASON STADLER GSI-17                                                                                                                                                                                                             |                                       |             |                                                                                                                                                                            |          |                                             | Fecha de la Ultima Calibración |    |      | 10    | 07 | 2017 |
| Serial No. ARO82953                                                                                                                                                                                                                       |                                       |             |                                                                                                                                                                            |          |                                             |                                |    |      |       |    |      |

OTOSCOPIA (Registre los hallazgos)

OÍDO DERECHO:

OÍDO IZQUIERDO:



| Convenciones:    | Oído Derecho       |       | Oído Izquierdo     |       |
|------------------|--------------------|-------|--------------------|-------|
|                  | Rojo en la Gráfica |       | Azul en la Gráfica |       |
|                  | Sin E              | Con E | Sin E              | Con E |
| Conducción aérea | O                  | Δ     | x                  | π     |
| Conducción ósea  | <                  | [     | >                  | ]     |
| Inaudible        | ↓                  |       | ↓                  |       |

DIAGNÓSTICO AUDIOLÓGICO (Marque con una X según corresponda)

| LARSEN MODIFICADO |                                     | Oído derecho | Oído Izquierdo | Bilateral | ANSI                       | Oído Derecho | Oído Izquierdo |
|-------------------|-------------------------------------|--------------|----------------|-----------|----------------------------|--------------|----------------|
| LARSEN            | Audición Normal                     |              |                |           | Normal (0-25 dB)           |              |                |
|                   | Hipoacusia neurosensorial Grado I   |              |                |           | Leve (26-40 dB)            |              |                |
|                   | Hipoacusia neurosensorial Grado II  |              |                |           | Moderada (41-55 dB)        |              |                |
|                   | Hipoacusia neurosensorial Grado III |              |                |           | Moderada severa (56-70 dB) |              |                |
|                   | Hipoacusia Conductiva               |              |                |           | Severa (71-90 dB)          |              |                |
|                   | Hipoacusia Mixta                    |              |                |           | Profunda (>91 dB)          |              |                |

RECOMENDACIONES (Marque con una X según corresponda)

|                                 |  |  |
|---------------------------------|--|--|
| Control auditivo en un año      |  |  |
| Control Auditivo en 6 meses     |  |  |
| Uso de protección auditiva      |  |  |
| Control con Otorrinolaringólogo |  |  |

OBSERVACIONES (Describa clara y brevemente)

|               |  |                   |              |                        |                 |
|---------------|--|-------------------|--------------|------------------------|-----------------|
| Evaluado por: |  | Interpretado Por: |              | Aspirante o Trabajador |                 |
| Firma         |  | Firma             |              | Firma                  |                 |
| Nombre        |  | Nombre            | Renato greda | Nombre                 | Ma. Isabel Polo |
| Registro No   |  | Registro No       | 8180-2017    | C.C.                   | 22.7.12.258     |



### Hace constar:

Que el Sr(a) MARIA ISABEL POLO DE LA HOZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 22712258 realizó el día 17/02/2020 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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

---

### Compromiso SST:

Yo MARIA ISABEL POLO DE LA HOZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 22712258 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

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

---

Firma

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



POSITIVA  
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A  
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora MARIA ISABEL POLO DE LA HOZ, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 22.712.258, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 12/02/2020 y fecha fin de contrato 30/06/2020 con riesgo 1.

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](http://www.positivaenlinea.gov.co) y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20200101471726.

Esta certificación se expide a los 14 días del mes de Abril de 2020.

Cordialmente

Luisa Marina Uribe Restrepo  
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.



## CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,  
BOGOTA, D.C.,  
COLOMBIA,**

**14/04/2020**

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora MARIA ISABEL POLO DE LA HOZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **22712258**

Posee en el banco Davivienda:

### **CUENTA DE AHORROS DAMAS**

Número

**0550026300665325**

Fecha de apertura

**15/07/2009**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

**POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO**  
**ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082**  
**VERSIÓN CLAUSULADO 20-10-2016-1317-P-05-PPSUS2R0000000045**

|                            |                                       |                            |   |                            |                                       |  |                                       |              |
|----------------------------|---------------------------------------|----------------------------|---|----------------------------|---------------------------------------|--|---------------------------------------|--------------|
| <b>Nº. PÓLIZA</b>          | BO-100027745                          | <b>Nº. ANEXO</b>           | 0 | <b>Nº. CERTIFICADO</b>     | 28245057                              |  | <b>Nº. RIESGO</b>                     |              |
| <b>TIPO DE DOCUMENTO</b>   |                                       |                            |   | <b>FECHA DE EXPEDICIÓN</b> | 12/02/2020                            |  | <b>SUC. EXPEDIDORA</b>                | BARRANQUILLA |
| <b>VIGENCIA DESDE</b>      |                                       | <b>VIGENCIA HASTA</b>      |   | <b>DÍAS</b>                | <b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE</b> |  | <b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA</b> |              |
| 00:00 Horas Del 12/02/2020 |                                       | 24:00 Horas Del 31/10/2020 |   |                            | N/A                                   |  | N/A                                   |              |
| <b>TOMADOR</b>             | POLO DE LA HOZ. MARIA ISABEL          |                            |   |                            |                                       |  | <b>Nº. DOC. IDENTIDAD</b>             | 22712258     |
| <b>DIRECCIÓN</b>           | CL 37 21 85                           |                            |   |                            |                                       |  | <b>TELÉFONO</b>                       | 3023078      |
| <b>ASEGURADO</b>           | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA |                            |   |                            |                                       |  | <b>Nº. DOC. IDENTIDAD</b>             | 8999990341   |
| <b>DIRECCIÓN</b>           | REGIONAL ATLANTICO                    |                            |   |                            |                                       |  | <b>TELÉFONO</b>                       | 3344861      |
| <b>BENEFICIARIO</b>        | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA |                            |   |                            |                                       |  | <b>Nº. DOC. IDENTIDAD</b>             | 8999990341   |
| <b>DIRECCIÓN</b>           | REGIONAL ATLANTICO                    |                            |   |                            |                                       |  | <b>TELÉFONO</b>                       | 3344861      |

## OBJETO DE CONTRATO

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 001.PCCNTR.1369884 , CUYO OBJETO ES PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL TITULADA Y COMPLEMENTARAI EN EL AREA DE EMPRENDIMIENTO DE ACUERDO A LA PROGRAMACION ACADEMICA DEL SENA CENTRO NACIONAL COLOMBO AL EMAN.

| NOMBRE DEL AMPARO | VIGENCIA DESDE              | VIGENCIA HASTA              | SUMA ASEGURADA | VALOR PRIMA |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------|-------------|
| CUMPLIMIENTO      | 00:00: Horas Del 12/02/2020 | 24:00: Horas Del 31/10/2020 | 1.507.963,20   | 20.000      |
|                   |                             |                             |                |             |
|                   |                             |                             |                |             |
|                   |                             |                             |                |             |
|                   |                             |                             |                |             |
|                   |                             |                             |                |             |
|                   |                             |                             |                |             |
| TOTAL ASEGURADO   |                             |                             |                |             |

| INTERMEDIARIOS       | TIPO     | % PARTICIPACIÓN |
|----------------------|----------|-----------------|
| MARIA EUGENIA TRIANA | AGENCIAS | 100.00          |
|                      |          |                 |

| DISTRIBUCIÓN COASEGURO |                |              |               |                 |
|------------------------|----------------|--------------|---------------|-----------------|
| COMPAÑÍA               | TIPO COASEGURO | PÓLIZA LÍDER | CERTIF. LÍDER | % PARTICIPACIÓN |
|                        |                |              |               |                 |
|                        |                |              |               |                 |

|                         |                                             |
|-------------------------|---------------------------------------------|
| <b>CONVENIO DE PAGO</b> | DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 12/02/2020 |
|-------------------------|---------------------------------------------|

|               |    |        |
|---------------|----|--------|
| PRIMA BRUTA   | \$ | 20.000 |
| DESCUENTOS    | \$ | 0      |
| EXTRA PRIMA   |    |        |
| PRIMA NETA    | \$ | 20.000 |
| GASTOS EXP.   | \$ | 5.000  |
| IVA           | \$ | 4.750  |
| TOTAL A PAGAR | \$ | 29.750 |

## CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, SUMINISTRAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE Y REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR LO MENOS ANUALMENTE (CIRCULAR EXTERNA 026 DE 2008 SUPERFINANCIERA).

EL TOMADOR, Y/O ASURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA

DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.

EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARATULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA. MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTIICIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASÍ COMO LAS GARANTÍAS, EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO. LAS ACEPTO Y DECIDO TOMAR LA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.

TOMADOR

**Líneas de Atención al Cliente:**

- Nacional: 01 8000 111 935
- Bogotá: 327 4712 - 327 4713

## **GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES (DECRETO 1082 DE 2015)**

### **1. RIESGOS AMPAROS**

LA ASEGURADORA OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA HASTA EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARATULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA SERÁN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA NO PODRÁ RECLAMAR O TOMAR EL VALOR DE UN AMPARO PARA CUBRIR O INDEMNIZAR EL VALOR DE OTROS. ESTOS NO SON ACUMULABLES Y SON EXCLUYENTES ENTRE SI, SEGÚN LAS DEFINICIONES Y ALCANCE QUE A CONTINUACIÓN SE ESTIPULAN:

#### **1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA**

LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUBRE 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.**

ESTE AMPARO CUBRE LOS PERJUICIOS SUFRIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL CON OCASIÓN DE:

- (I)** LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO;
- (II)** EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO; Y
- (III)** LA APROPIACIÓN INDEBIDA DE LOS RECURSOS RECIBIDOS EN CALIDAD DE ANTICIPO.

#### **1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO**

ESTE AMPARO CUBRE LOS PERJUICIOS SUFRIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL POR LA NO DEVOLUCIÓN TOTAL O PARCIAL DEL DINERO ENTREGADO AL CONTRATISTA A TÍTULO DE PAGO ANTICIPADO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR.

#### **1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO**

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL DE LOS PERJUICIOS 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.

#### **1.5 AMPARO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES**

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

LA ENTIDAD ESTATAL NO DEBE EXIGIR UNA GARANTÍA PARA CUBRIR ESTE RIESGO EN LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL CON PERSONAL CONTRATADO BAJO UN RÉGIMEN JURÍDICO DISTINTO AL COLOMBIANO.

#### **1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE OBRA.**

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

#### **1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO.**

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

#### **1.8 AMPARO DE CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES**

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

#### **1.9 RESPONSABILIDAD FISCAL**

EN VIRTUD DE LO SEÑALADO EN EL ARTICULO 44 DE LA LEY 610 DE 2000, LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CUBRIRÁ LOS PERJUICIOS CAUSADOS A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA COMO CONSECUENCIA DE LA CONDUCTA DOLOSA O CULPOSA, O DE LA RESPONSABILIDAD 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.

## 2. EXCLUSIONES

LOS AMPAROS PREVISTOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO OPERARAN EN LOS CASOS SIGUIENTES:

**2.1** CAUSA EXTRAÑA, ESTO ES LA FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO, EL HECHO DE UN TERCERO O LA CULPA EXCLUSIVA DE LA VICTIMA).

**2.2** DAÑOS CAUSADOS POR EL CONTRATISTA A LOS BIENES DE LA ENTIDAD NO DESTINADOS AL CONTRATO.

**2.3** USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO AL QUE ESTE OBLIGADA LA ENTIDAD ESTATAL.

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

## 3. SUMA ASEGURADA

LA SUMA ASEGURADA DETERMINADA PARA CADA AMPARO EN LA CARATULA DE ESTA PÓLIZA, DELIMITA LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO.

## 4. VIGENCIA

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA, SE HARÁ CONSTAR EN LA CARATULA O EN SUS ANEXOS. EN LOS CONTRATOS DE QUE TRATA EL ARTÍCULO 2.2.1.2.3.1.3 DEL DECRETO 1082 DE 2015, EL GARANTE TIENE LA FACULTAD LEGAL DE DECIDIR NO GARANTIZAR LA ETAPA SIGUIENTE, CASO EN EL CUAL DEBE INFORMAR SU DECISIÓN POR ESCRITO A LA ENTIDAD ESTATAL GARANTIZADA SEIS (6) MESES ANTES DEL VENCIMIENTO DEL PLAZO DE LA GARANTÍA. ESTE AVISO NO AFECTA LA GARANTÍA DE LA ETAPA CONTRACTUAL O PERÍODO CONTRACTUAL EN EJECUCIÓN. SI EL GARANTE NO DA EL AVISO CON LA ANTICIPACIÓN MENCIONADA Y EL CONTRATISTA NO OBTIENE UNA NUEVA GARANTÍA, QUEDA OBLIGADO A GARANTIZAR LA ETAPA DEL CONTRATO O EL PERÍODO CONTRACTUAL SUBSIGUIENTE.

## 5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA

DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 1077 EN CONCORDANCIA CON EL ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DEBERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y ACREDITAR LA CUANTÍA DE LA PERDIDA PREVIO AGOTAMIENTO DEL DERECHO DE DEFENSA DEL CONTRATISTA Y DEL GARANTE, DE LA SIGUIENTE FORMA:

**5.1** EN CASO DE CADUCIDAD, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011, POR MEDIO DEL ACTO ADMINISTRATIVO EN EL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL DECLARE LA CADUCIDAD DEL CONTRATO Y ORDENE EL PAGO AL CONTRATISTA Y AL GARANTE, BIEN SEA DE LA CLÁUSULA PENAL O DE LOS PERJUICIOS QUE HA CUANTIFICADO. EL ACTO ADMINISTRATIVO DE CADUCIDAD CONSTITUYE EL SINIESTRO.

**5.2** EN CASO DE APLICACIÓN DE MULTAS, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011, POR MEDIO DEL ACTO ADMINISTRATIVO EN EL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL IMPONE MULTAS, DEBE ORDENAR EL PAGO AL CONTRATISTA Y AL GARANTE. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE CONSTITUYE EL SINIESTRO.

**5.3** EN LOS DEMÁS CASOS DE INCUMPLIMIENTO, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011, POR MEDIO DEL ACTO ADMINISTRATIVO EN EL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL DECLARE EL INCUMPLIMIENTO, PUEDE HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL, SI ESTÁ PACTADA EN EL CONTRATO, Y ORDENAR SU PAGO AL CONTRATISTA Y AL GARANTE. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ES LA RECLAMACIÓN PARA LA COMPAÑÍA DE SEGUROS.

## **6. PROCEDIMIENTO PARA LA IMPOSICIÓN DE MULTAS, SANCIONES Y DECLARATORIAS DE INCUMPLIMIENTO.**

LAS ENTIDADES SOMETIDAS AL ESTATUTO GENERAL DE CONTRATACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA PODRÁN DECLARAR EL INCUMPLIMIENTO, CUANTIFICANDO LOS PERJUICIOS DEL MISMO, IMPONER LAS MULTAS Y SANCIONES PACTADAS EN EL CONTRATO, Y HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL. PARA TAL EFECTO OBSERVARAN EL SIGUIENTE PROCEDIMIENTO:

**A)** EVIDENCIADO UN POSIBLE INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA, LA ENTIDAD PÚBLICA LO CITARÁ A AUDIENCIA PARA DEBATIR LO OCURRIDO. EN LA CITACIÓN, HARÁ MENCIÓN EXPRESA Y DETALLADA DE LOS HECHOS QUE LA SOPORTAN, ACOMPAÑANDO EL INFORME DE INTERVENTORÍA O DE SUPERVISIÓN EN EL QUE SE SUSTENTE LA ACTUACIÓN Y ENUNCIARÁ LAS NORMAS O CLAUSULAS POSIBLEMENTE VIOLADAS Y LAS CONSECUENCIAS QUE PODRÍAN DERIVARSE PARA EL CONTRATISTA EN DESARROLLO DE LA ACTUACIÓN. EN LA MISMA SE ESTABLECERÁ EL LUGAR, FECHA Y HORA PARA LA REALIZACIÓN DE LA AUDIENCIA, LA QUE PODRÁ TENER LUGAR A LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE, ATENDIDA LA NATURALEZA DEL CONTRATO Y LA PERIODICIDAD ESTABLECIDA PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES. EN EL EVENTO EN QUE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CONSISTA EN PÓLIZA DE SEGUROS, EL GARANTE SERÁ CITADO DE LA MISMA MANERA;

**B)** EN DESARROLLO DE LA AUDIENCIA, EL JEFE DE LA ENTIDAD O SU DELEGADO, PRESENTARÁ LAS CIRCUNSTANCIAS DE HECHO QUE MOTIVAN LA ACTUACIÓN, ENUNCIARÁ LAS POSIBLES NORMAS O CLAUSULAS POSIBLEMENTE VIOLADAS Y LAS CONSECUENCIAS QUE PODRÍAN DERIVARSE PARA EL CONTRATISTA EN DESARROLLO DE LA ACTUACIÓN. ACTO SIGUIENDO SE CONCEDERÁ EL USO DE LA PALABRA AL REPRESENTANTE LEGAL DEL CONTRATISTA O A QUIEN LO REPRESENTA, Y AL GARANTE, PARA QUE PRESENTEN SUS DESCARGOS, EN DESARROLLO DE LO CUAL PODRÁ RENDIR LAS EXPLICACIONES DEL CASO, APORTAR PRUEBAS Y CONTROVERTIR LAS PRESENTADAS POR LA ENTIDAD;

**C)** HECHO LO PRECEDENTE, MEDIANTE RESOLUCIÓN MOTIVADA EN LA QUE SE CONSIGNE LO OCURRIDO EN DESARROLLO DE LA AUDIENCIA Y LA CUAL SE ENTENDERÁ NOTIFICADA EN DICHO

ACTO PÚBLICO, LA ENTIDAD PROCEDERÁ A DECIDIR SOBRE LA IMPOSICIÓN O NO DE LA MULTA, SANCIÓN O DECLARATORIA DE INCUMPLIMIENTO. CONTRA LA DECISIÓN ASÍ PROFERIDA SÓLO PROCEDE EL RECURSO DE REPOSICIÓN QUE SE INTERPONDRÁ, SUSTENTARÁ Y DECIDIRÁ EN LA MISMA AUDIENCIA. LA DECISIÓN SOBRE EL RECURSO SE ENTENDERÁ NOTIFICADA EN LA MISMA AUDIENCIA;

**D)** EN CUALQUIER MOMENTO DEL DESARROLLO DE LA AUDIENCIA, EL JEFE DE LA ENTIDAD O SU DELEGADO, PODRÁ SUSPENDER LA AUDIENCIA CUANDO DE OFICIO O A PETICIÓN DE PARTE, ELLO RESULTE EN SU CRITERIO NECESARIO PARA ALLEGAR O PRACTICAR PRUEBAS QUE ESTIME CONDUCENTES Y PERTINENTES, O CUANDO POR CUALQUIER OTRA RAZÓN DEBIDAMENTE SUSTENTADA, ELLO RESULTE NECESARIO PARA EL CORRECTO DESARROLLO DE LA ACTUACIÓN ADMINISTRATIVA. EN TODO CASO, AL ADOPTAR LA DECISIÓN, SE SEÑALARÁ FECHA Y HORA PARA REANUDAR LA AUDIENCIA. LA ENTIDAD PODRÁ DAR POR TERMINADO EL PROCEDIMIENTO EN CUALQUIER MOMENTO, SI POR ALGÚN MEDIO TIENE CONOCIMIENTO DE LA CESACIÓN DE SITUACIÓN DE INCUMPLIMIENTO.

## 7. COMPENSACIÓN

SI LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA AL MOMENTO DE TENER CONOCIMIENTO DEL INCUMPLIMIENTO, O CON POSTERIORIDAD A ESTE O DEL RESULTADO DE LA LIQUIDACIÓN, FUERE DEUDORA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO POR CUALQUIER CONCEPTO, SE APLICARÁ LA COMPENSACIÓN Y LA INDEMNIZACIÓN SE DISMINUIRÁ EN EL MONTO DE LAS ACRENCIAS, SEGÚN LA LEY, DE CONFORMIDAD CON LO SEÑALADO EN LOS ARTÍCULOS 1417 Y SS. DEL CÓDIGO CIVIL. IGUALMENTE DISMINUIRÁ EL VALOR DE LA INDEMNIZACIÓN, EL CORRESPONDIENTE A LOS BIENES QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA HAYA OBTENIDO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO JUDICIAL O EXTRAJUDICIALMENTE, EN EJERCICIO DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO CUYO CUMPLIMIENTO SE GARANTIZA POR LA PRESENTE PÓLIZA.

## 8. PAGO DEL SINIESTRO.

LA ASEGURADORA PAGARÁ EL VALOR DEL SINIESTRO, ASÍ:

**8.1** PARA EL CASO PREVISTO EN EL NUMERAL 5.1, DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE CON TAL FIN HAGA LA ENTIDAD CONTRATANTE PARA RECLAMAR EL PAGO, ACOMPAÑADA DE UNA COPIA AUTÉNTICA DEL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EJECUTORIADO Y DEL ACTA DE LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO O DE LA RESOLUCIÓN EJECUTORIADA QUE ACOJA LA LIQUIDACIÓN UNILATERAL.

**8.2** PARA EL CASO DEL NUMERAL 5.2, DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE HAGA LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, ACOMPAÑADA DE LA COPIA AUTÉNTICA DEL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EJECUTORIADO, JUNTO CON LA CONSTANCIA DE LA ENTIDAD ESTATAL DE LA NO EXISTENCIA DE SALDOS A FAVOR DEL CONTRATISTA RESPECTO DE LOS CUALES SE PUEDA APLICAR LA COMPENSACIÓN DE QUE TRATA LA CONDICIÓN SEXTA DE ESTE CLAUSULADO, O EN LA QUE CONSTE LA DISMINUCIÓN EN EL VALOR A INDEMNIZAR EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN.

**8.3** PARA EL CASO PRESENTADO EN EL NUMERAL 5.3, DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE CON TAL FIN HAGA LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, ACOMPAÑADA DE UNA COPIA AUTÉNTICA DEL ACTO ADMINISTRATIVO QUE CONSTITUYA LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO, JUNTO CON LA CONSTANCIA DE LA ENTIDAD ESTATAL DE LA NO EXISTENCIA DE SALDOS AL FAVOR DEL CONTRATISTA RESPECTO DE LOS CUALES SE PUEDA APLICAR LA COMPENSACIÓN DE QUE TRATA LA CONDICIÓN SEXTA DE ESTE CLAUSULADO O EN LA QUE CONSTE LA DISMINUCIÓN EN EL VALOR A INDEMNIZAR EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN.

**PARÁGRAFO.** – DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1110 DEL CÓDIGO DE COMERCIO LA ASEGURADORA PODRÁ OPTAR POR CUMPLIR SU PRESTACIÓN MEDIANTE EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, O CONTINUANDO CON LA EJECUCIÓN DE LA OBLIGACIÓN GARANTIZADA, PARA ESTE ÚLTIMO EVENTO SE REQUIERE LA ACEPTACIÓN DE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA.

LA DECLARATORIA DE CADUCIDAD NO IMPEDIRÁ QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA TOMÉ POSESIÓN DE LA OBRA O CONTINÚE INMEDIATAMENTE LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRATADO, BIEN SEA A TRAVÉS DEL GARANTE O DE OTRO CONTRATISTA.

EN EL EVENTO QUE POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO LA ASEGURADORA RESOLVIERA CONTINUAR, COMO CESIONARIO O A FAVOR DE QUIEN DETERMINE ESTA, CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA ESTUVIESE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA GARANTIZADO ACEPTA DESDE AHORA LA CESIÓN DEL CONTRATO A FAVOR DE LA ASEGURADORA. EN TAL EVENTO LA ASEGURADORA PRESENTARÁ GARANTÍAS.

## 9. CERTIFICADOS DE MODIFICACIÓN

PARA LOS CASOS EN QUE LA SUMA ASEGURADA SEA AUMENTADA O DISMINUIDA Y PARA AQUELLOS EN LOS CUALES LAS ESTIPULACIONES DEL CONTRATO ORIGINAL SEAN MODIFICADAS, LA ASEGURADORA A SOLICITUD DEL CONTRATISTA GARANTIZADO EXPEDIRÁ UN CERTIFICADO O ANEXO DE MODIFICACIÓN DEL SEGURO, EN DONDE EXPRESE SU CONOCIMIENTO AL RESPECTO DE LAS MODIFICACIONES ACORDADAS ENTRE EL CONTRATISTA GARANTIZADO Y LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA.

## 10. SUBROGACIÓN

EN VIRTUD DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1096 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EN CONCORDANCIA CON EL ARTÍCULO 203 DEL DECRETO 663 DE 1993 ESTATUTO ORGÁNICO DEL SISTEMA FINANCIERO, LA ASEGURADORA SE SUBROGA HASTA CONCURRENCIA DE SU IMPORTE, EN TODOS LOS DERECHOS QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE TENGA CONTRA EL CONTRATISTA GARANTIZADO.

## 11. NO EXPIRACIÓN POR FALTA DE PAGO DE PRIMA E IRREVOCABILIDAD

LA PRESENTE PÓLIZA NO EXPIRARA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NI POR REVOCACIÓN UNILATERAL.

## 12. NATURALEZA DEL SEGURO

LA GARANTÍA OTORGADA POR ESTA PÓLIZA O SUS CERTIFICADOS DE MODIFICACIÓN, NO ES SOLIDARIA, NI INCONDICIONAL Y SU EXIGENCIA ESTÁ SUPEDITADA A LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y SU CUANTIFICACIÓN.

## 13. NOTIFICACIONES Y RECURSOS

LA ENTIDAD CONTRATANTE DEBERÁ NOTIFICAR A LA ASEGURADORA LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS ATINENTES A LA EFECTIVIDAD DE LA PÓLIZA, PREVIO AGOTAMIENTO DEL DERECHO DE DEFENSA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO Y EL GARANTE.

## 14. COEXISTENCIA DE SEGUROS

EN CASO DE EXISTIR, AL MOMENTO DE SINIESTRO, OTRO SEGURO DE CUMPLIMIENTO CON RELACIÓN AL MISMO CONTRATO, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN A QUE HAY LUGAR, SE DISTRIBUIRÁ ENTRE LOS ASEGURADORES EN PROPORCIÓN A LAS CUANTÍAS DE SUS RESPECTIVOS SEGUROS

## 15. COASEGURO

EN CASO DE EXISTIR COASEGURO AL QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 1095 DE CÓDIGO DE COMERCIO, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN A QUE HAYA LUGAR SE DISTRIBUIRÁ ENTRE LOS ASEGURADORES EN PROPORCIÓN DE LAS CUANTÍAS DE SUS RESPECTIVOS SEGUROS, SIN QUE EXISTA SOLIDARIDAD ENTRE LAS ASEGURADORAS PARTICIPANTES, Y SIN EXCEDER DE LA SUMA ASEGURADA BAJO EL CONTRATO DE SEGURO.

## 16. PRESCRIPCIÓN

LA PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL PRESENTE CONTRATO SE REGIRÁ POR LAS NORMAS DEL CÓDIGO DE COMERCIO SOBRE CONTRATO DE SEGURO.

## 17. DOMICILIO

SIN PERJUICIO DE LAS DISPOSICIONES PROCESALES, PARA LOS EFECTOS RELACIONADOS EN EL PRESENTE CONTRATO SE FIJA COMO DOMICILIO DE LAS PARTES LA CIUDAD DE BOGOTÁ EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA EN FE DE LO ANTERIOR, SE FIRMA A LOS \_\_\_\_\_ DÍAS DEL MES DE \_\_\_\_\_ DE 20\_\_\_\_

**COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.**

**EL TOMADOR/ASEGURADO**