

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL RISARALDA		Código Regional	66
			Código Centro	912110
			Fecha Elaboración	1 septiembre de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
CENTRO ATENCION SECTOR AGROPECUARIO-RISARALDA-EMPRENDE RURAL			ID de Proceso	34941-413712
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: GEOVANY ENRIQUE MORENO SANTAMARIA		C.C. 15.959.513	IP/N° de contacto 63113	
Correo electrónico contratista: gemoreno31@misena.edu.co				
Régimen del IVA: ☐ NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación? ☐ NO		Es declarante de renta? ☐ NO
		Es Pensionado? ☐ NO		
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000 ☐ NO		Inducción SST ☐ SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ? ☐ SI	
Banco al cual consignar: BANCO CAJA SOCIAL		Tipo de cta AHORROS	N° Cuenta 24072261387	
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato? ☐ NO		Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los \$ 117.503.000 ☐ NO		
Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas: N/A				
Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: N/A				
Se acogió para el mes objeto de cobro, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: N/A				
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO				
N° del contrato: 1731821/2020	N° Compromiso SIIF 57420			
Valor Total del Contrato \$ 13.287.000	N° Pago 1	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago \$ 2.781.000,00
Saldo Anterior del Contrato \$ 13.287.000		Del 05/08/2020	Al 31/08/2020	
Nuevo Saldo del Contrato \$ 10.506.000		Comisiones \$ 0,00		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 2.781.000	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°		0,00%	
Ingresos por comisiones \$ 0	Retención en la Fuente del Periodo		\$ 0	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0				
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 2.781.000	Menos, Rete Fuente Otros Ingresos		\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 1.847.925	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Agosto	Julio	AFILIACION	
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.112.400			Valor Base retención en la fuente 1.847.925,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 139.100			Valor Base retención en la fuente ICA 2.463.900,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 178.000			Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional \$ -			IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%	
ARL II \$ 11.700			Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ -			Menos Retención IVA 0,00 15%	
Aportes voluntarios a cuentas AFC \$ -			Reteica - 8299 4.928,00 0,200%	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000 \$ -			Otras Retenciones 0,00 0,00%	
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700 \$ -			Otras Retenciones 0,00 0,00%	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -			Otras Retenciones 0,00 0,00%	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -			Otras Retenciones 0,00 0,00%	
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -			Otras Retenciones 0,00 0,00%	
Dependientes hasta \$ 1.139.424 \$ -			Descuentos de Libranza 0,00	
Salud hasta \$ 569.712 \$ -			Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680 \$ 615.975			VALOR A PAGAR \$ 2.776.072,00	
Retención en la Fuente Contingente \$ -				
SON: DOS MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y SEIS MIL SETENTA Y DOS PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
SE GESTIONARON GRUPOS PARA NEGOCIOS RURALES EN LOS MUNICIPIOS DE DOSQUEBRADAS Y SANTA ROSA SE GESTIONO UN FORTALECIMIENTO A NEGOCIO RURAL EN EL MUNICIPIO DE PEREIRA SE SOLICITO FICHAS DE MATRICULA PARA LOS GRUPOS SER 2020 SE REALIZO ACERCAMIENTO CON LOS APRENDICES DE LOS NEGOCIOS RURALES Y FORTALECIMIENTO SE VERIFICO Y REGISTRO APRENDICES EN LA PLATAFORMA SOFIA PLUS SE DIO INICIO A LA ELABORACION DEL PROYECTO FORMATIVO PARA CADA GRUPO SE REALIZO GUIAS DE APRENDIZAJE SE ELABORO INSTRUMENTOS DE EVALUACION CUENTA DE AHORROS 24072261387 DEL BANCO CAJA SOCIAL PEREIRA				
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:				
1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.				
GEOVANY ENRIQUE MORENO SANTAMARIA EL CONTRATISTA				
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:				
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas; 2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro; 3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.				
Autorizo el presente pago. El Supervisor,				
NATALIA MARULANDA MENDEZ INSTRUCTOR G15				
Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:				
EL ORDENADOR DEL PAGO				
GERMAN ANDRES SANCHEZ SANCHEZ SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)				

Certificado de Afiliación

El Señor GEOVANY ENRIQUE MORENO SANTAMARIA , identificado con Cédula Ciudadanía 15.959.513, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS044.

Información del Afiliado:

Nombre:	GEOVANY ENRIQUE MORENO SANTAMARIA	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Número de identificación:	15959513	Fecha de retiro:	
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	01/08/2017	Razón de estado:	Al día - empleador pago al día
Estado actual:	VIGENTES	Nombre de Régimen	CONTRIBUTIVO
Tipo de Afiliado:	COTIZANTE	Municipio residencia:	Santa Rosa de Cabal
Dirección actual de residencia:	calle 44 b 12 17	Depto. Residencia:	RISARALDA
Teléfono actual de residencia:	3127670		

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
15959513	MORENO SANTAMARIA GEOVANY ENRIQUE	23/07/2020	

Información de los beneficiarios:

Tipo de Afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco
------------------	----------------	----	--------	------------------	--------	--------------	------------

Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6510777 y en el resto del país 018000120777.

Se firma y expide en Bogotá a los 24 días del mes de Julio de 2020, a solicitud del interesado.

****INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION****

**SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.
DECRETO 806 ART. 55**

CORDIALMENTE



Jairo Enrique Lancheros

Gerente de Operaciones

Elaboro:

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **GEOVANY ENRIQUE MORENO SANTAMARIA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **15959513**, se encuentra afiliado/a desde **13/03/1990** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 31 de agosto de 2020.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA



Hace constar:

Que el Sr(a) GEOVANY ENRIQUE MORENO SANTAMARIA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 15959513 realizó el día 28/08/2020 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 GEOVANY ENRIQUE MORENO SANTAMARIA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 15959513 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



Detekta Laboratorio Clínico NIT: 30299646 -0
Cra. 9 No. 22 - 34 Pereira - Colombia Cel: 310 4500808 Tel: 3356274 Fax: 3357800
lab.detekta@gmail.com

Fecha de Recepcion 23-jul.-2020 5:30 pm
Fecha de Impresion 23-jul.-2020 6:29 pm

7230046

7230046

Nº de Orden **7230046** Edad: 49 Años
Paciente **MORENO SANTAMARIA GEOVANY ENRIQUE** Telefono:
Documento Id CC 15959513
Entidad ERIKA JOHANA FLOREZ GRAJALES

Prueba	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

COPROANALISIS
COPROLOGICO NORMAL

CARACTERISTICAS GENERALES

PH: 8.0

EXAMEN MACROSCOPICO :

COLOR: CARMELITA OSCURA

CONSISTENCIA: BLANDA

EXAMEN MICROSCOPICO :

FLORA BACTERIANA: NORMAL

REACCION LEUCOCITARIA: NO SE OBSERVA

ALMIDONES DIGERIDOS +

ALMIDONES SIN DIGERIR +

CELULOSA +

RESTOS VEGETALES +

LEVADURAS ++

EXAMEN PARASITOLOGICO :

NEGATIVO PARA PARASITOS INTESTINALES EN LA MUESTRA EXAMINADA

Firma Responsable

Dra. Angella Maria Ovalle
T.P. 38299646

Detekta Laboratorio Clinico Nit: 30299646 -0

Cra. 9 No. 22 - 34 Pereira - Colombia Cel: 310 4500808 Tel: 3356274 Fax: 3357800

lab.detekta@gmail.com

7150049
7150049

 N° de Orden **7150049**
 Paciente **MORENO SANTAMARIA GEOVANY ENRIQUE**
 Documento Id CC 15959513
 Entidad ERIKA JOHANA FLOREZ GRAJALES

Edad: 49 Años

Telefono:

Prueba	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

COPROANALISIS

COPROLOGICO NORMAL

PH: 8.0

COLOR: CARMELITA OSCURA

CONSISTENCIA: BLANDA

%

FLORA BACTERIANA: NORMAL

REACCION LEUCOCITARIA: NO SE OBSERVA

ALMIDONES DIGERIDOS +

ALMIDONES SIN DIGERIR +

CELULOSA +

RESTOS VEGETALES +

LEVADURAS +

QUISTES (PROTOZOARIOS) DE: BLASTOCYSTIS hominis: PRESENTE

Firma Responsable


 SANDRA PATRICIA DUQUE MUÑOZ
 BACTERIÓLOGA
 UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
 T.P. 00832

QUIMICA

99.9	mg/dL	65	110
------	-------	----	-----

Nota: Si el paciente ha tenido un ayuno mínimo de 8 horas y su resultado es mayor a 126 mg/dl, se recomienda realizar glicemia pre y post (2 Horas post carga o post desayuno)

VALOR DE REFERENCIA EMBARAZADAS: Hasta 126 mg/dl

Nota: Con valores superiores a 126 mg/dl, se recomienda realizar una prueba de Tamizaje (1 hora post 50 grs de glucosa)

PERFIL LIPIDICO

184.4	mg/dL	0	200
113.4	mg/dL	0	200
47.8	mg/dL		

VALORES DE REFERENCIA:

Hombres:

Sin Riesgo : 35 - 55 mg/dl

Riesgo Moderado : < 35 mg/dl

Mujeres:

Sin Riesgo : 45 - 65 mg/dl

Riesgo Moderado: < 45 mg/dl

113.9	mg/dL	0.0	130.0
22.7	mg/dL		
3.86		0.00	5.00

Firma Responsable


 SANDRA PATRICIA DUQUE MUÑOZ
 BACTERIÓLOGA
 UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
 T.P. 00832

BACTERIOLOGIA/MICROBIOLOG

NEGATIVO PARA HONGOS

Detekta Laboratorio Clinico Nit: 30299646 -0

Cra. 9 No. 22 - 34 Pereira - Colombia Cel: 310 4500808 Tel: 3356274 Fax: 3357800

lab.detekta@gmail.com

7150049**7150049**

Nº de Orden **7150049**
Paciente **MORENO SANTAMARIA GEOVANY ENRIQUE**
Documento Id CC 15959513
Entidad ERIKA JOHANA FLOREZ GRAJALES

Edad: 49 Años

Telefono:

Prueba	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

REACCION LEUCOCITARIA ESCASA
SE OBSERVAN BACILOS GRAM NEGATIVOS
Y BACILOS GRAM POSITIVOS.

Firma Responsable



SANDRA PATRICIA DUQUE MUÑOZ
BACTERIÓLOGA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
T.P. 00832



Dra. Erika Johana Flórez Grajales

Médica especialista en seguridad y salud en el trabajo

UNIVERSIDAD DE MANIZALES

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA



CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN MEDICO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FECHA:	15/07/2020	EDAD:	49 AÑOS DE EDAD
TIPO DE DOCUMENTO:	CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE DOCUMENTO:	15.959.513
NOMBRES:	GEOVANY ENRIQUE	APELLIDOS:	MORENO SANTAMARIA
EMPRESA CONTRATANTE:	INDEOENDIENTE	CARGO:	INSTRUCTOR
TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL: (Ingreso, egreso, post incapacidad, reintegro, cambio de ocupación, periódico, programado, otro) INGRESO			

CONCEPTO DE APTITUD: Aplica para Ingreso, post incapacidad, reintegro, cambio de ocupación:

- Sin limitaciones para el cargo:
- Con limitaciones para el cargo:
- Aplazado:
- No apto:

X

Concepto de aptitud apoyado en el perfil para el cargo:

SI ☒ NO ☐

OBSERVACIONES Y ACLARACIONES: (Restricciones, recomendaciones o motivo de aplazamiento)

PACIENTE APTO PARA EL CARGO ASIGNADO, SE RECOMIENDA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, TENER ADECUADA HIGIENE POSTURAL, ACATAR NORMAS DE BIOSEGURIDAD Y UTILZIAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL.

EL CONCEPTO DE APTITUD SE EMITIO A PARTIR DE:

Examen médico general	X	Neuro-conducción		LABORATORIOS	NO
Tamizaje de audiometría	X	Evaluación osteomuscular	X	Hemograma	
Tamizaje de espirometría		Evaluación dermatológica		Perfil lipídico	
Tamizaje de visimetría	X	Evaluación trabajo en alturas		Glicemia	
Examen optométrico		Evaluación manipulación de alimentos		Otros: cual	
Electrocardiograma		Evaluación cardiopulmonar	X		

INCLUIR AL SVE (SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA) O PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y PROMOCION			
1. VISUAL	2. PSICOLABORAL	3. ERGONOMICO	4. BIOLOGICO

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por la doctora, en CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10) igualmente la autorizo expresamente, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclinicos a mi realizados, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social).

Dra. Erika Johana Flórez Grajales
RM: 1093220846 LPST: 2605 - 18
MÉDICA ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FIRMA DEL EMPLEADO

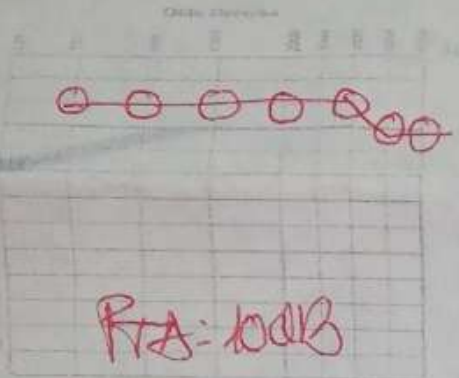
MEDITRAB – Medicina del trabajo; Dra. Erika Johana Flórez Grajales.
Edificio miraflores, calle 11 # 11- 03 primer piso
Correo electrónico: medic.deltrabajo@gmail.com, CEL: 3134882769

Atención integral a la discapacidad comunicativa y del lenguaje mediante la promoción de la salud la prevención de la enfermedad y la discapacidad

CERTIFICADO AUDITIVO

Paciente: Geovany Enrique Moreno cc: 15959513 Edad: 49 años
Motivación por: Instructor Sena Alimentos Realizado por: Angel Hurtado G.
Fecha de Examen: 15- Julio - 2020 Equipo: AS608 Infravoz

EVALUACION AUDIOLOGICA



UCL	
FLN	
FLN	
FLN	
FLN	
FLN	
FLN	
FLN	
FLN	

OTOSCOPIA

O.D. O.I.

Normal Normal

ESTIMADO DE PERDIDA

0dB 30dB



DIAPASIONES

VELOCIDAD

WISER

ROLLOVER

O.D. O.I.

S.T.A. Unilateral Capitation Voz	
S.R.T. Unilateral Repetition Falsos	
S.D. Percentage Discrimination	
S.T.A. Nivel de Comodidad	
S.T.A. Nivel de Incomodidad	

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Audiometría Tamiz por vía aérea con resultados dentro de Parámetros de normalidad para ambos oídos en su Zona Conversacional. Se observan baja actividad leve frecuencias Agudas oído izquierdo.

Angel María Hurtado G.
Fonoaudiólogo
U. del Valle IP 1402131



Aquí hacemos que tu mundo se vea mejor.

Santa Rosa de Cabal, 27 JULIO de 2020

CERTIFICADO

Por medio de la presente se certifica que el paciente **GEOVANY ENRIQUE MORENO SANTAMARIA** con numero de documento CC 15959513 se encuentra en adecuada condición visual, ocular y motora.

AV SC

OD 20/20

OI 20/20

Test de color: normal

Profundidad: normal

Certificado que se expide por la parte interesada a los 27 días del mes de JULIO de 2020.

Atentamente,

Dr. Ricardo Amador M.
Oftalmólogo U.A.A.
Reg. C.M.O. 2204

INFORME DE EVALUACION DE LA VOZ

1. IDENTIFICACION PERSONAL									
Nombres y Apellidos completos			Geovany Enrique Moreno						
Número de Identificación			15959513						
2. ANAMNESIS									
Paciente de masculino de 49 años de edad, quien solicita valoración de voz por fonoaudiología para ingreso laboral, No reporta antecedentes familiares, médicos o de salud relacionados con patologías de la voz. Su profesión y oficio es instructor del Sena desde hace 10 años, situación general de salud estable no reporta antecedentes.									
3. EVALUACIÓN									
INTENSIDAD					TONO				
Producción vocal	Normal	Débil	Fuerte	Tensión Muscular peri laríngea	Normal		Agudo		
Voz susurrada			✓	NO					
Voz conversacional	✓			NO	Grave	✓	Bitonal		
Voz proyectada	✓			NO					
Incapacidades por Disfonías	Si		No	✓	No. incapacidades por disfonía			0	
4. HABILIDADES FONATORIAS									
Tiempo Máximo de Fonación	A seg	23	I seg	19	U seg	20	Promedio	20,66666666	
Eficiencia de cierre glótico	Numeración	Normal							
5. OTRAS FUNCIONES LARINGEAS									
FUNCIONES	Normal	Débil	Fuerte	Insonora	Ineficaz				
TOS	✓								
RISA	✓								
	Ocasional	Frecuente		Imposible	Ausente				
CARRASPEO	✓								
6 CONCLUSIONES									
pacientes sin alteraciones o patologías de la voz, en condiciones estables, muestra conservadas sus habilidades fonatorias, de la comunicación y del habla. Se recomienda examen de control anual de la voz									


Angel Maria Hurtado G.
 Fonoaudiólogo
 U. del Valle TP 1402737

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

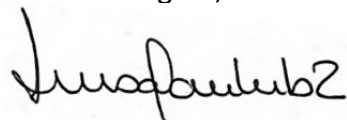
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que GEOVANY ENRIQUE MORENO SANTAMARIA, con Cédula Ciudadanía No. 15959513 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 05/08/2020, para el contrato registrado con fecha desde 05/08/2020 y fecha hasta 12/12/2020, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 2.

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202001018267166.

Dada en Bogotá, a los 28 días del mes de agosto de 2020



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

GEOVANY ENRIQUE MORENO
SANTAMARIA

Identificado con CC 15959513

Actualmente tiene(n) Cuentamiga, radicado(a) en la oficina AVENIDA QUINTA, con las siguientes características:

Número:	24072261387
Fecha de apertura:	29 de Marzo de 2017
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, el 31 del mes Agosto de 2020.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

**PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015**

Ciudad de Expedición: PEREIRA			Sucursal: PEREIRA			Cod. Sucursal: 55		Nro. Póliza: 55-46-101004731		Anexo: 0	
Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:		Vigencia Hasta:		A las:	
Día: 04	Mes: 08	Año: 2020	Día: 05	Mes: 08	Año: 2020	Horas: 00:00	Día: 12	Mes: 04	Año: 2021	Horas: 00:00	Tipo Movimiento: EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social: MORENO SANTAMARIA GEOVANY ENRIQUE		Identificación: 15959513
Dirección: CALLE 44B 12-17 BARRIO LOS CRISTALES		Ciudad: SANTA ROSA DE CABAL - RISARALDA
		Teléfono: 3122923843

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA		Identificación: 899999034-1
Dirección: CARRERA 8 NO 26-79		Ciudad: PEREIRA - RISARALDA
		Teléfono: 3138900

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU0108, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:
EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.1731821 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR TÉCNICO Y APOYO A LA GESTIÓN DEL EMPRENDIMIENTO Y/O LA EMPLEABILIDAD RURAL EN EL MARCO DE LOS LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA SENA EMPRENDE RURAL SER.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS			
AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	05/08/2020	12/04/2021	\$ 1,328,700.00

OBSERVACIONES:

Valor Prima Neta:	Gastos Expedición:	IVA:	Total a Pagar:	Valor Asegurado Total:	Fecha Límite de Pago:
\$ 20,000.00	\$ 7,000.00	\$ 5,130.00	\$ 32,130.00	\$ 1,328,700.00	04/08/2020

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
MAGDA LORENA MARTINEZ ECHEVERRY	200020	100.00			

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

Para efecto de notificaciones la dirección de Seguros del Estado S.A. es CARRERA 7 NO 19-28 PISO 12 - Teléfono: 5124482 - PEREIRA

Mmsm7

GEOVANY MORENO SANTAMARIA
FIRMA TOMADOR



FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

Verifique su póliza escaneando el código QR.
Antes de firmar, asegurese de que la información es correcta.



SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

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

Hacemos constar, que la póliza No. 55-46-101004731, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

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

Dado en PEREIRA, a los 4 días del mes de Agosto de 2020

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

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

www.segurosdelestado.com

**PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.55-46-101004731**

1. AMPAROS.

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

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

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

EL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LA SANCIÓN DERIVADA DEL INCUMPLIMIENTO DE LA OFERTA, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1.1.1 LA NO AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUANDO EL PLAZO PARA LA ADJUDICACIÓN O PARA SUSCRIBIR EL CONTRATO ES PRORROGADO, SIEMPRE QUE TAL PRÓRROGA SEA INFERIOR A TRES (3) MESES.

1.1.2 EL RETIRO DE LA OFERTA DESPUÉS DE VENCIDO EL PLAZO FIJADO PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS OFERTAS.

1.1.3 LA NO SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO SIN JUSTA CAUSA POR PARTE DEL ADJUDICATARIO.

1.1.4 LA FALTA DE OTORGAMIENTO POR PARTE DEL PROPONENTE SELECCIONADO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

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

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

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

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

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

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

OBLIGACIONES SURGIDAS DEL CONTRATO AMPARADO POR LA GARANTÍA.

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

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

ESTA GARANTÍA NO SE APLICARÁ PARA LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN EN SU TOTALIDAD FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL POR PERSONAL CONTRATADO BAJO UN RÉGIMEN JURÍDICO DISTINTO AL NACIONAL.

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

EL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE GENEREN COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, PRESENTADOS EN LA OBRA ENTREGADA Y RECIBIDA A SATISFACCIÓN DE DICHA ENTIDAD ESTATAL O SUS REPRESENTANTES, CUYA CAUSA SEA IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO.

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

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

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

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

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

2. EXCLUSIONES.

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

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

2.2 DAÑOS CAUSADOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO, A LOS BIENES DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, NO DESTINADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.

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

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

3. SUMA ASEGURADA.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1079 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO NO ESTARÁ OBLIGADO A RESPONDER SI NO HASTA CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA EN CASO DE SINIESTRO, DETERMINADA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA PARA CADA AMPARO.

4. VIGENCIA.

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

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

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

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

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

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

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

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

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

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

6. COMPENSACIÓN.

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

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

8. PLAZO PARA EL PAGO.

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

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

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

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

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

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

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

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

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

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

13. COASEGURO

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