

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL SANTANDER		Código Regional	68
			Código Centro	954110
			Fecha Elaboración	Septiembre de 2020
	CENTRO AGROTURISTICO - SANTANDER - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORM		Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
			ID de Proceso	07764-164693
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		HENRY DELGADO VARGAS hevargas@sena.edu.co	C.C.	91.078.284
Correo electrónico contratista:		hevargas@sena.edu.co		
Régimen del IVA:		☐ NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	☐ NO
		Es declarante de renta?	☐ NO	Es Pensionado?
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000		☐ NO	Inducción SST	☐ SI
		Presta Servicios Excluidos de IVA ?	☐ NO	
Banco al cual consignar:		BANCOLOMBIA	Tipo de cta	AHORROS
		Nº Cuenta	03214861942	
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				
Nº del contrato:	1684858/2020	Nº Compromiso SIIF	104220	
Valor Total del Contrato	\$ 14.633.320	Nº Pago	1	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 14.633.320	Periodo objeto de pago	Del 03/08/2020	Al 31/08/2020
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 11.256.400	Comisiones	\$ 0,00	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 3.376.920	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, Rete Fuente Otros Ingresos	\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 3.376.920	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 1.990.596			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	Agosto	Julio	Valor Base retención en la fuente	1.990.596,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.350.768	\$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	2.991.820,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 168.900	\$ 0	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 216.200	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00
ARL V	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	\$ 0	Reteica - 8299	0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -	\$ 0	Otras Retenciones	0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000	\$ -	\$ 0	Otras Retenciones	0,00
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700	\$ -	\$ 0	Otras Retenciones	0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ 0	Otras Retenciones	0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ 0	Otras Retenciones	0,00
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ 0	Descuentos de Libranza	0,00
Dependientes hasta \$ 1.139.424	\$ 337.692	\$ 0	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Salud hasta \$ 569.712	\$ -	\$ 0	VALOR A PAGAR	\$ 3.376.920,00
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 663.532	\$ 0		
Retención en la Fuente Contingente \$ -	\$ -	\$ 0		
SON: TRES MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS VEINTE PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Nº FICHA: 2165951 PROGRAMA: ACTUALIZACION EN LEGISLACION TURISTICA . COMPETENCIA: Recomendar los ajustes a los procedimientos teniendo en cuenta la normatividad vigente y las políticas organizacionales. ACTIVIDAD 1: Identifica la importancia de la normatividad normatividad vigente relacionada a procesos de regulación y legalización existentes en el país para los prestadores de servicios turís FECHA DE EJECUCIÓN: Del 3 al 31 de agosto 2020. HORAS: 40 horas, Nº FICHA: 2170325 PROGRAMA: ACTUALIZACION EN LEGISLACION TURISTI COMPETENCIA: Recomendar los ajustes a los procedimientos teniendo en cuenta la normatividad vigente y las políticas organizacionales. ACTIVIDAD 1: Orienta desde su campo de acción sobre los beneficios de la utilización de prestadores turísticos legalmente constituidos FECHA DE EJECUCIÓN: Del 10 al 31 de agosto 2020. HORAS: 40 horas Nº FICHA: 2176732 PROGRAMA: ACTUALIZACION EN LEGISLACION TURISTI COMPETENCIA: Recomendar los ajustes a los procedimientos teniendo en cuenta la normatividad vigente y las políticas organizacionales. ACTIVIDAD 1: Selecciona la documentación requerida para desarrollo FECHA DE EJECUCIÓN: Del 17 al 31 de agosto 2020. HORAS: 40 horas				
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:				
1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.			HENRY DELGADO VARGAS EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:			Autorizo el presente pago. 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.			KAREN ANDREA GARCIA CARREÑO INSTRUCTOR G11	
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				
NELLY QUIROGA SARMIENTO SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)				

Fax:



compensar | miplanilla.com

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Julio 2020
Periodo cotización pensión	Julio 2020
Periodo cotización caja	Julio 2020
Número de administradoras	2
Total Pagado	\$250.300
Total interes mora	\$0

[illegible]

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San Gil, 31 de agosto de 2020

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (SENA)

Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

[Haga clic aquí para escribir texto.](#)

NUIP - NIP	1099427282	RENATA DELGADO MUÑOZ	HIJO
NUIP - NP	1099430517	SAMANTHA DELGADO MUÑOZ	HIJO

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente con mi firma declaro: que **NINGUNA PERSONA** ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,

HENRY DELGADO VRAGAS
C.C. 91078284

REPÚBLICA DE COLOMBIA



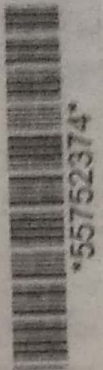
ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

55752374

NUIP 1099427282

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial



SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina							
Registraduría	☐	Notaría	☒	Número	011	Consulado	☐
Corregimiento	☐	Inspección de Policía	☐	Código	Q Y D		
País - Departamento - Municipio - Corregimiento s/o Inspección de Policía							
COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA							

Datos del inscrito							
Primer Apellido				Segundo Apellido			
DELGADO *****				MUÑOZ *****			
Nombre(s)							
RENATA *****							
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)		Grupo sanguíneo		Factor RH	
Año	2015	Mes	NOV	Día	19	Femenino	A Positivo
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento s/o Inspección)							
COLOMBIA - SANTANDER - FLORIDABLANCA							

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	52559931-7

Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos	
MUÑOZ PINILLA MAYRA NATALIA	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 63.529.692	COLOMBIANA

Datos del padre	
Apellidos y nombres completos	
DELGADO VARGAS HENRY	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91.078.284	COLOMBIANO

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
DELGADO VARGAS HENRY	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91.078.284	Henry Delgado Vargas

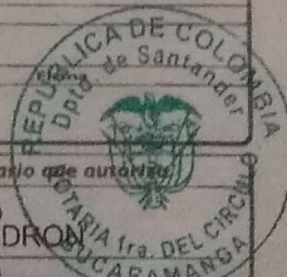
Datos primer testigo	
Apellidos y nombres completos	

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo	
Apellidos y nombres completos	

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2015 Mes NOV Día 28	LILIANA ORTEGA GUALDRON
	Nombre y firma



IMPRESO POR COLREGISTRO/BOGOTÁ Y SERVIDOR DE REGISTRO DEL ESTADO



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP

1099430517

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

59777535

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 01 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código Q Y D

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Datos del inscrito

Primer Apellido

DELGADO *****

Segundo Apellido

MUÑOZ *****

Nombre(s)

SAMANTHA *****

Fecha de nacimiento

Año 2 0 1 9 Mes M A R Día 2 2 Sexo (en letras) Femenino Grupo sanguíneo A Factor RH Positivo

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA - SANTANDER - FLORIDABLANCA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

15101517-2

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

MUÑOZ PINILLA MAYRA NATALIA

Documento de identificación (Clase y número)

CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 63.529.692

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

DELGADO VARGAS HENRY

Documento de identificación (Clase y número)

CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91.078.284

Nacionalidad

COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

DELGADO VARGAS HENRY

Documento de identificación (Clase y número)

CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91.078.284

Firma

Henry Delgado Vargas

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

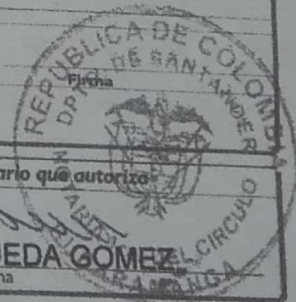
Fecha de inscripción

Año 2 0 1 9 Mes M A R Día 2 7

Nombre y firma del funcionario que autoriza

DIEGO ALFONSO RUEDA GOMEZ

Nombre y firma



- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

San Gil, AGOSTO 21 de 2020

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

La Ciudad

Asunto: Información solicitada por el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013

Dando cumplimiento a lo establecido con el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013, y como persona actualmente residente en Colombia que durante el año calendario actual les estará cobrando rentas de trabajo (salarios, u honorarios, o comisiones, o servicios personales, o emolumentos eclesiásticos, etc.), suministro a ustedes la siguiente información para efectos de que ustedes mismos definan el valor de la retención en la fuente que se ha de aplicar a los valores a mi favor por concepto de rentas de trabajo :

- a. Durante el año gravable 2019, el 80% o más de mis ingresos brutos SI provinieron la prestación de servicios de manera personal o el desarrollo de una actividad económica bajo cuenta y riesgo un empleador o contratante.
- b. Durante el año gravable 2019, el 80% o más de mis ingresos brutos NO provinieron de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o de la prestación de servicios técnicos que no requieren la utilización de materiales o insumos especializados, o de maquinaria o equipo especializado.
- c. Por el año gravable 2019, soy una persona natural que NO quedé obligado a presentar declaración anual del impuesto de renta al gobierno colombiano”
- d. Por el año gravable 2019, soy una persona natural NO obtuvo ingresos brutos totales superiores a 1.400 UVT (\$47.978.000)
- e. Por el año gravable 2019, NO desarrollé una de las actividades señaladas en el [artículo 340 del Estatuto Tributario](#) y si la desarrollé no representó más del veinte por ciento (20%) de mis ingresos brutos.
- f. Por el año gravable 2019, NO presté servicios técnicos que requirieron de materiales o insumos especializados, o maquinaria o equipo especializado, cuyo costo representa más del veinticinco por ciento (25%) del total de los ingresos percibidos por concepto de tales servicios técnicos.

En constancia de lo anterior, firmo en San Gil, a los veintiún (21) días del mes de AGOSTO de 2020.

Henry Delgado Vargas

Nombre contratista

Cedula 91078284



Compromiso Presupuestal de Gasto –
Comprobante.

Usuario Solicitante: MHssepulve SONIA MARIA SEPULVEDA PLATA
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: 36-02-00-068-954110 CENTRO AGROTURISTICO - SANTANDER
Fecha y Hora Sistema: 2020-07-21-6:38 p. m.

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO									
Con base en el CDP No: 1620 de fecha 2020-01-14. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle									
Numero:	104220	Fecha Registro:	2020-07-21	Unidad / Subunidad ejecutora:	36-02-00-068-954110 CENTRO AGROTURISTICO - SANTANDER				
Vigencia Presupuestal	Actual	Estado:	Generado		Tipo de Moneda:	COP-Pesos	Tasa de Cambio:	0,00	
Valor Inicial:	14.633.320,00	Valor Total Operaciones:			Valor Actual:	14.633.320,00	Saldo x Obligar:	14.633.320,00	
TERCERO ORIGINAL									
Identificación: Cédula de Ciudadanía	91078284	Razon Social:	HENRY DELGADO VARGAS				Medio de Pago:	Abono en cuenta	
CUENTA BANCARIA									
Numero:	24058998614	Banco:	BCSC S A			Tipo:	Ahorro	Estado:	Activa
ORDENADOR DEL GASTO									
Identificacion:	30204695	Nombre:	NELLY QUIROGA SARMIENTO		Cargo:	SUBDIRECTOR CENTRO AGROTURISTICO -SANTANDER			
CAJA MENOR					DOCUMENTO SOPORTE				
Identificacion:		Fecha de Registro:		Numero:	CO1.PCCNTR.1684858	Tipo:	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS - PROFESIONALES	Fecha:	2020-07-21
ITEM PARA AFECTACION DE GASTO									
DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
954145 CENTRO AGROTURISTICO - SANTANDER - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION.	C-3603-1300-14-0-3603025-02 ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL DEL SENA NACIONAL	Nación	11	CSF		14.633.320,00			
Total:						14.633.320,00		14.633.320,00	14.633.320,00

Objeto: Prestar los servicios personales como instructor para impartir formación titulada y/o complementaria en el área de turismo de aventura, en los diferentes programas que atiende el Centro Agroturistico Regional Santander.

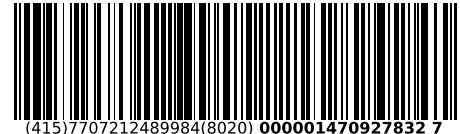
PLAN DE PAGOS							
DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		POSICION DEL CATALOGO DE PAC		FECHA	VALOR A PAGAR	SALDO POR OBLIGAR	LINEA DE PAGO
36-02-00-068-954110	CENTRO AGROTURISTICO -SANTANDER	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2020-07-31	3.633.320,00	3.633.320,00	NINGUNO
36-02-00-068-954110	CENTRO AGROTURISTICO -SANTANDER	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2020-08-31	3.000.000,00	3.000.000,00	NINGUNO
36-02-00-068-954110	CENTRO AGROTURISTICO -SANTANDER	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2020-09-30	3.000.000,00	3.000.000,00	NINGUNO
36-02-00-068-954110	CENTRO AGROTURISTICO -SANTANDER	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2020-10-31	3.000.000,00	3.000.000,00	NINGUNO
36-02-00-068-954110	CENTRO AGROTURISTICO -SANTANDER	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2020-11-30	2.000.000,00	2.000.000,00	NINGUNO


FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

2. Concepto Actualización

4. Número de formulario

14709278327



(415)7707212489984(8020) 000001470927832 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

9 1 0 7 8 2 8 4

6. DV

1

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Bucaramanga

14. Buzón electrónico

4

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

26. Número de Identificación

9 1 0 7 8 2 8 4

27. Fecha expedición

1 9 9 9, 0 2, 0 5

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Santander

6 8

30. Ciudad/Municipio

San Gil

6 7 9

31. Primer apellido

DELGADO

32. Segundo apellido

VARGAS

33. Primer nombre

HENRY

34. Otros nombres

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Santander

6 8

40. Ciudad/Municipio

San Gil

6 7 9

41. Dirección principal

CR 13 29 10

42. Correo electrónico

henrydelgadovargas@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 2 1 4 8 6 1 9 4 2

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

7 9 9 0

47. Fecha inicio actividad

2 0 0 4, 0 2, 0 4

Actividad secundaria

48. Código

8 5 4 2

49. Fecha inicio actividad

2 0 1 1, 0 3, 2 2

Otras actividades

50. Código

8 5 4 1

Ocupación

51. Código

5 1 1 3

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 4 9

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código

Exportadores

55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3

57. Modo

58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2020 - 09 - 09 / 11 : 08: 07

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 DELGADO VARGAS HENRY

985. Cargo CONTRIBUYENTE



NIT. 13835844-0

CALLE 11 # 10-26 - SAN GIL SANTANDER
CEL. 3138208063 - TEL. 7243269 - E-MAIL. lablivacha@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 3,020

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
15	07	2020	SAN GIL (SANTANDER, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR			
DÍA	MES	AÑO	Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
				SENA			
				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TL, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
DELGADO VARGAS HENRY				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	40 AÑOS 0 MESES 3 DÍAS	CC	91078284
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargos							
INSTRUCTOR DE DEPORTES DE AVENTURA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA							
Observaciones: ÉNFASIS CARDIOVASCULAR							
N/A		NO SE EVALUARÁN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO				✓		PERFIL LIPÍDICO	
AUDIOMETRÍA				✓		CUADRO HEMÁTICO	
OPTOMETRÍA				✓		PARCIAL DE ORINA	
GLICEMIA				✓		-----	
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO				USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICIÓN CLÍNICA				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		CONTROL DE PESO	
						HACER DEPORTE	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
EN SUS RIESGOS LABORALES ENFATIZAR EN LA ADOPCIÓN DE ADECUADAS PASTURAS ERGONÓMICAS.							
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Nombre: PINZON ROJAS EDGAR ORLANDO				Nombre: DELGADO VARGAS HENRY			
R. M.: LICENCIA 6723 SSS L.S.O.: LICENCIA 6723 SSS				CC: 91078284			
L664R1X3020							



Código de Seguridad



OPTICA
IMPERIALL

Por que sus ojos merecen lo mejor.

Calle 11 No10-34
San Gil Santander
Teléfono: 3102466680

FECHA: 15/07/2020

NOMBRE COMPLETO: Henry Delgado Vargas.

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 41-018284 EDAD: 40 años.

NÚMERO DE CELULAR: 3214861942

ULTIMO CONTROL 3 años.

MC: Pac no usuario de Rx Ophca. No refiere sintomatología

1 AGUDEZA VISUAL: SC X CC

RX EN USO:

ESTADO:

VL OD 20/20

VP OD -1.00

OD

OI 20/20

OI -1.00

OI

2 OFTALMOSCOPIA:

OD Red 013 ALV 2:3

OI Red 013 ALV 2:3

3 MOTOR:

CVT: VL:

VP:

PPC: 14 años.

DUCCIONES: Mov suaves 4 cup VERSIONES: Normales HIRSCHBERG: Centrado.

4 ESTADO REFRACTIVO (RX FINAL)

OD +0.50 sph

AV 20/20

ADD

AV -1.00

OI +0.25 sph

AV 20/20

5. EXAMEN EXTERNO:

OD Sano

OI Inflamación nasal de conjuntiva

6 DIAGNÓSTICO: ① Hsta Hipermetropía no hiperemia + Bolbos.

7. CONDUCTA ① No se da Rx Ophca.
② Continuar uso de lagrimas artificiales
③ cita 1 mes

ANGIE JULIETH ACUÑA CORTES

OPTOMETRA - U. SANTO TOMAS

Dr. Angie Julieth Acuña Cortes
Optómetra - USTA
C.C. 1101695603

Pinzón Vargas - Salud Ocupacional

Fonocardiología

CALLE 11 No 10-26
CONSULTORIO 206 SANGIL

SERVICIO DE FONOAUDIOLOGIA
ESTUDIO AUDIOLOGICO

Nombre Henry Delgado Vargas

Edad 40

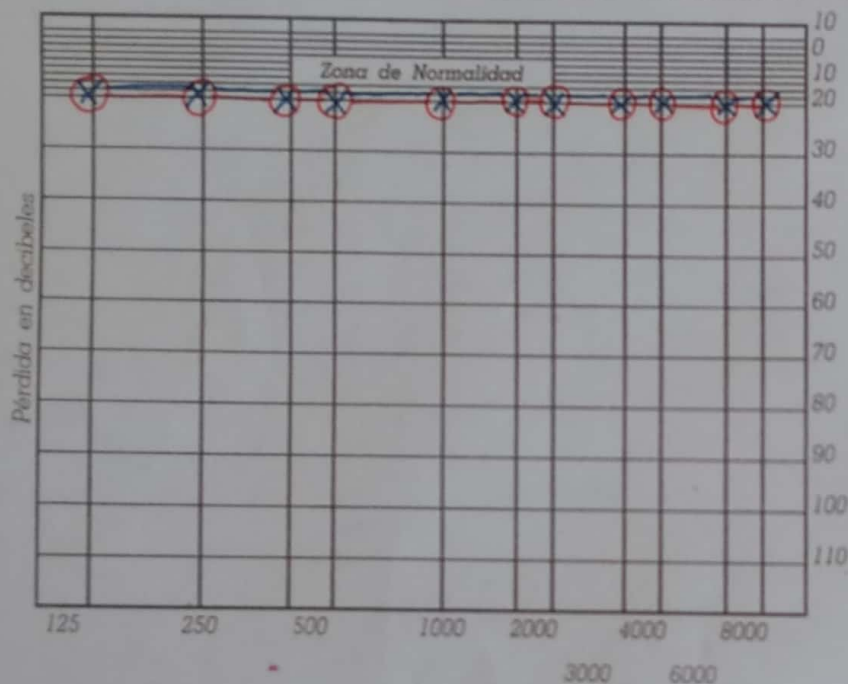
Fecha 15 Julio 2020

Remitido por SENA

Equipo BELTONE 112

Historia No. 91078284

ESCALA: Americana () Internacional ()

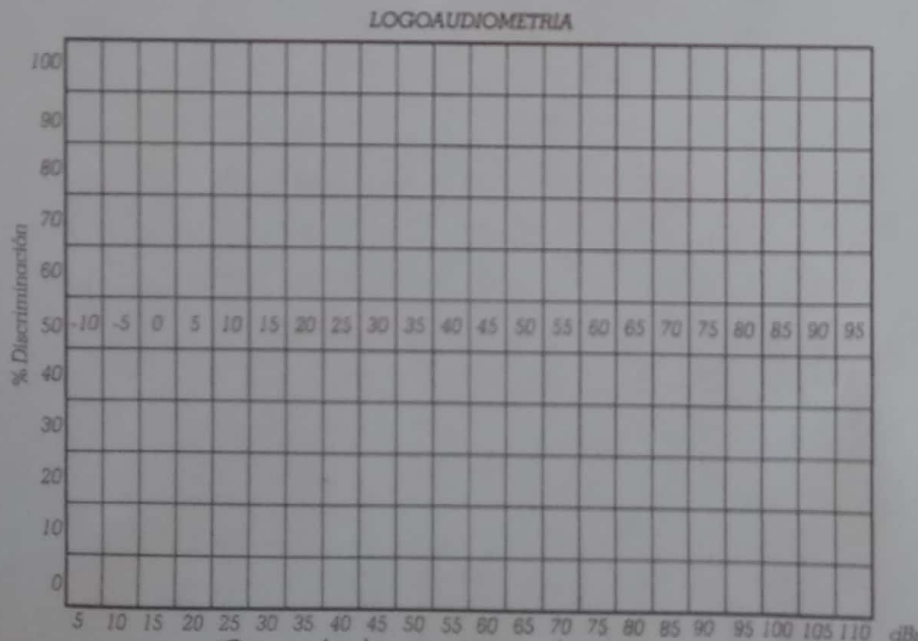


O. D.	Aérea	Osea
Sin Lateral y sin ensordecim.		
Con Lateral y sin ensordecim.		
Con ensordecim. sin lateraliza		
Con ensordecim. y con lateraliza		

O. I.	Aérea	Osea
Sin Lateral y sin ensordecim.		
Con Lateral y sin ensordecim.		
Con ensordecim. sin lateraliza		
Con ensordecim. y con lateraliza		

Promedio Pérdida - O. D. _____

Promedio Pérdida O. I. _____



	O. D.	O. I.
Umbral Voz		
Umbral Palabra		
50% Discriminación		
100% Discriminación		

Mano P. Juárez Pineda
FONOAUDIOLOGA UDES
REG. 1014/06

Fonocardiólogo (a)

Observaciones: Sensibilidad Auditiva Normal OD y OI.

LABORATORIO CLÍNICO LIGIA VARGAS CH. Bacterióloga UIS

Calle 11 N° 10-26 Consultorio 209 Tel. 7243269 Celular 3153128749 SAN GIL

INFORME DE QUÍMICA SANGUÍNEA

Datos Paciente

Nombre

HENRY DELGADO VARGAS, C. 91078284

Sexo

Hombre

Fecha Nacimiento

12/07/1980

Análisis realizado por

JOHANNA LIZETH ACOSTA W. REG. PROFESIONAL 6866

Otros datos

SENA

6049

Tipo de Muestra

SER

Fecha

15/07/2020

Técnica	Valor	Unidades	Rango Referencia	Observaciones
COLESTEROL HDL	33,3	mg/dL	40-50	Bajo
GLUCOSA	114	mg/dL	70-100	Alto
TRIGLICERIDOS	171	mg/dL	0-150	Alto
COLESTEROL TOTAL	214	mg/dL	100-200	Alto

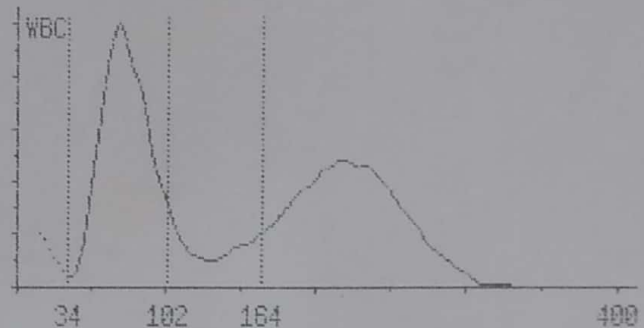
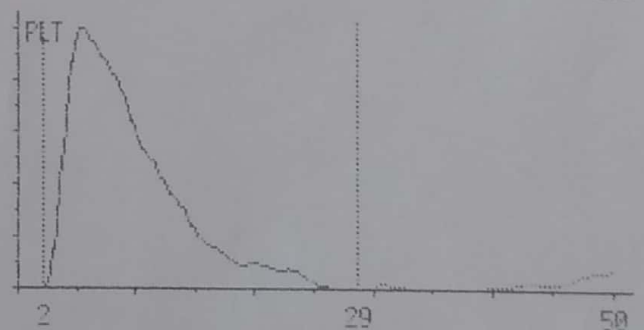
Johanna Lizeth Acosta W.
C. 37.899.214
Bacterióloga - UDES

LABORATORIO CLINICO LIGIA VARGAS CH.
Calle 11 #10 26 Cons.209 Tel.7243269

SANGIL

HENOGRAMA CUARTA GENERACION

ID paciente:	91078284		
Nombre:	HENRY DELGADO V.		
Modo:	Masculino		
Años/Sexo:	40 años / Masculino		
Fecha de reporte:	15.07.2020	ID muestra:	6049
Hora prueba:	15.07.2020 09:27AM		
Prueba	Resultado	Doctor:	SENA
WBC	7.32	$10^3/\mu\text{l}$	[5.00 - 10.00]
LYM	3.25	$10^3/\mu\text{l}$	[1.30 - 4.00]
MID	0.42	$10^3/\mu\text{l}$	[0.15 - 0.70]
GRA	3.64	$10^3/\mu\text{l}$	[2.50 - 7.50]
LY%	44.4	%	[25.0 - 40.0]
MP%	5.8	%	[3.0 - 7.0]
GR%	49.8	%	[50.0 - 75.0]
RBC	5.62	$10^6/\mu\text{l}$	[4.50 - 5.50]
HGB	16.7	g/dl	[14.0 - 17.4]
HCT	50.77	%	[45.00 - 52.00]
MCV	90	fl	[80 - 97]
MCH	29.6	pg	[26.5 - 33.5]
MCHC	32.8	g/dl	[30.0 - 35.0]
RDWc	13.7	%	
PLT	232	$10^3/\mu\text{l}$	[150 - 400]
PCT	0.21	%	[0.10 - 0.50]
MPV	9.2	fl	[6.5 - 15.0]
PDWc	37.4	%	



Diagnostic messages

WBC RBC PLT
Erythrocytosis

OBSERVACIONES AL MICROSCOPIO: Normocromía y Normocitosis

Recuento diferencial: Eosinófilos: 3% PMN: 48% Linfocitos: 44% Monocitos: 5%

Johanna Lizeth Acosta W.
C.C. 37199214
Bacteriología - UDES

Laboratorio Clinico L I G I A V A R G A S C H.

Calle 11 No.10- 26 Consultorio 209 - San Gil
Telefono 7243269
EXAMEN DE ORINA

Datos Paciente: Fecha: 15/07/2020
Nombre: HENRY DELGADO VARGAS Identificacion:
Analisis realizado por: Dra. LIGIA VARGAS CH. - REGISTRO PROFESIONAL 0147

R E S U L T A D O S

Densidad:	1.020	PH:	6,0
Color:	Amarillo	Aspecto:	Transparente
Glucosa:	No hay	Albumina:	No hay
Urobilina:	No hay	Cetonas:	No hay
Sangre oculta:	No hay	Bilirrubina:	No hay
Estearasa de leucocitos	No hay	Nitritos:	No hay

EXAMEN MICROSCOPICO DEL SEDIMENTO

Hematies:	0 - 2 p.c.	Leucocitos:	1 - 3 p.c.
Celulas:	2 - 4 p.c.	Levaduras:	No hay
Moco:	++	Bacterias:	Escasas
Cristales:	Uratos Amorfos +		
Cilindros:	No hay		

Johanna Lizbeth W.
C.C. 0147214
Bacteriologa - UDES

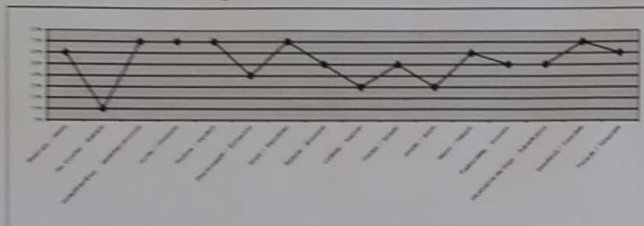
INFORME PRUEBA DE PERSONALIDAD
16 PF - CATTEL -



Nombre: HENRY DELGADO VARGAS
Edad: 40 AÑOS
Genero: M
Distorsión: 0

I.P.S.

15 JULIO DE 2020



FACTOR PSICOLOGICO	(%)	INTERPRETACION DEL FACTOR
A Reservado / Abierto	60%	Es una persona que no tiene preferencias entre permanecer y trabajar sola, o ser participativa socialmente
B Rto. Concreto / Abstracto	10%	Dificultad en el manejo de problemas a nivel abstracto, se inclina en hacerlo a nivel concreto. De juicio intelectual
C Inestabilidad Emoc. / Estabilidad emocional	70%	Es una persona emocionalmente estable, madura y realista. No deja que sus necesidades emocionales afecten la realidad de las situaciones
E Sumiso / Dominante	70%	Es una persona dominante, le gusta controlar las situaciones y las personas
F Prudente / Impulsivo	70%	Es una persona impulsiva. Demasiado franca. Responde con rapidez a los eventos que sean de su interés
G Despreocupado / Escrupuloso	40%	Presenta un nivel intermedio en su nivel de responsabilidad y en aceptar las normas sociales
H Timido / Espontáneo	70%	Es una persona sociable y espontánea. Dispuesta a intentar nuevas cosas, de numerosas respuestas emocionales
I Racional / Emocional	50%	La persona actúa como igual facilidad entre las respuestas de pensamiento y sentimiento
J Confiado / Suspaz	30%	Es una persona confiada, comprensiva, permisiva y tolerante. Cede ante los cambios, no parece preocupada por corregir a los demás. Se sobrepone con facilidad a las
M Práctico / Soñador	50%	Persona que esta guiada por realidades objetivas o en ocasiones puede ser imaginativa y abstraerse en su pensamientos
N Sencillo / Astuto	30%	Es sencilla, natural y poco sofisticada. Se le satisface y se muestra contenta con lo que acontece, es sincera e
O Seguro / Inseguro	60%	Es una persona que puede mostrarse segura, tranquila, flexible y serena. Tiende a no culparse por sus acciones erradas, trata de actuar libremente sin temores, aunque en algunas ocasiones puede mostrar lo contrario
Q Tradicionalista / Innovador	50%	Tiende a presentar interés por las nuevas ideas. Por lo general tiene actitudes de innovación y reacción ante lo establecido. Es poco convencionalista
Q Dependencia Del Grupo / Autosuficiencia	50%	Tiende a ser autosuficiente e ingeniosa, llena de recursos, prefiere sus propias decisiones. Usualmente busca resolver los problemas por sí misma
Q Desinhibido / Controlado	70%	Tiene signos de perfeccionista, con alta congruencia en el autoconcepto percibido y el deseado. Alto nivel de
Q Tranquilo / Tensionado	60%	Presenta intermedio entre el estado de tensión y de tranquilidad ante sí mismo y ante la situaciones

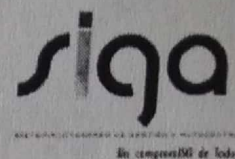
Los resultados que se describen son tendencias hacia posibles maneras de ser o tipos de personalidad, más no es una verdad absoluta, ya que son contextualizadas de acuerdo al medio en el cual se aplicó. Además, los resultados tienen vigencia de un año ya que las personas están en constante cambio, razón por la cual es pertinente realizar la prueba anualmente

Se concluye que el señor HENRY DELGADO VARGAS en su valoración mental y social puntúa dentro del promedio, lo que le permite desarrollar sus actividades a nivel familiar, social, académico y laboral.

Daniela González Rodríguez
Psicóloga - UNAB
T.P. 189273



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



Hace constar:

Que el Sr(a) HENRY DELGADO VARGAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 91078284 realizó el día 03/09/2020 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 HENRY DELGADO VARGAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 91078284 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.

Henry Delgado Vargas
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 el señor HENRY DELGADO VARGAS, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 91.078.284, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 22/07/2020 y fecha fin de contrato 12/12/2020 con riesgo 2.

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 2020010196537.

Esta certificación se expide a los 01 días del mes de Septiembre de 2020.

Cordialmente

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Certificado Bancario

Martes, 1 de Septiembre de 2020

Señor(a)
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que HENRY DELGADO VARGAS identificado(a) con CC 91078284, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORRO A LA MANO	03214861942	2019/07/02	ACTIVA

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

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

Juan Camilo Moreno
Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el
momento
de
todos



Bancolombia

	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA FORMATO ACTA DE INICIO
---	---

ACTA DE INICIO

CONTRATO No:	CO1.PCCNTR.1684858
TIPO DE CONTRATO:	Contrato de Prestación de Servicios
OBJETO:	Prestar los servicios personales como instructor para impartir formación titulada y/o complementaria en el área de turismo de aventura, en los diferentes programas que atiende el Centro Agroturístico Regional Santander.
VALOR:	Se fija como valor total para el contrato la suma de Catorce millones seiscientos treinta y tres mil trescientos veinte pesos m/cte. (\$14.633.320) correspondiente a Quinientos veinte (520) horas. Esta suma será pagada por el SENA al contratista de la siguiente manera: las Horas contratadas a un precio unitario de Veintiocho mil ciento cuarenta y un pesos m/cte (\$28.141), el SENA pagará al (la) CONTRATISTA los honorarios de acuerdo con el número de horas de formación impartidas máximo de 120 horas por mes, basado en el control del aplicativo SOFIA PLUS.
CONTRATISTA:	HENRY DELGADO VARGAS
NUMERO DE IDENTIFICACION:	91.078.284 de San Gil
SUPERVISOR DESIGNADO:	KAREN ANDREA GARCÍA CARREÑO
PLAZO:	Quinientos veinte (520) horas
LUGAR DE EJECUCION:	La jurisdicción del Centro Agroturístico, en las provincias Guánenta y Comunera.

En la ciudad de San Gil, el 03 de Agosto del 2020, entre los suscritos NELLY QUIROGA SARMIENTO, identificada con la cédula de ciudadanía N° 30.204.695 de Barbosa, en calidad de Subdirectora (E) del Centro Agroturístico, KAREN ANDREA GARCÍA CARREÑO identificada con la cédula de ciudadanía N° 1.100.949.152 de San Gil, obrando como SUPERVISOR del contrato, y por la otra parte HENRY DELGADO VARGAS, identificado con cédula de ciudadanía No. 91.078.284 de San Gil, en calidad de CONTRATISTA, hemos convenido suscribir el acta de inicio del contrato No. CO1.PCCNTR.1684858, bajo los términos que anteceden y los siguientes:

Número y fecha del registro presupuestal: 104220 del 21 de julio del 2020

Fecha de aprobación de las garantías: 23 de julio del 2020

Fecha de inicio: 03 de agosto del 2020

Para constancia de lo anterior, se firma la presente acta bajo la responsabilidad expresa de los que intervienen en ella.


NELLY QUIROGA SARMIENTO
EL SENA


HENRY DELGADO VARGAS
EL CONTRATISTA


KAREN ANDREA GARCÍA CARREÑO
SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

Ciudad de Expedición:			Sucursal:			Cod. Sucursal:		Nro. Póliza:		Anexo:	
BUCARAMANGA			BUCARAMANGA			96		96-46-101004811		0	
Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:		Vigencia Hasta:		A las:	
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Tipo Movimiento:
22	07	2020	22	07	2020	00:00	13	04	2021	00:00	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social: DELGADO VARGAS HENRY		Identificación: 91078284
Dirección: CARRERA 13 NRO. 29-10 PISO 2, SAN GIL		Teléfono: 3214861942
Ciudad: SAN GIL - SANTANDER		

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA		Identificación: 899999034-1
Dirección: CALLE 22 NRO 9-82		Teléfono: 7248113
Ciudad: SAN GIL - SANTANDER		

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA: EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.1684858 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA EN EL ÁREA DE TURISMO DE AVENTURA, EN LOS DIFERENTES PROGRAMAS QUE ATIENDE EL CENTRO AGROTURISTICO REGIONAL SANTANDER.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS			
AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	22/07/2020	13/04/2021	\$ 1,463,332.00
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	\$ 1,463,332.00	22/07/2020

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
CALDERON APARICIO ANGELA MARIA	91973	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 CALLE 44 NO 36-08 - Teléfono: 6578486 - BUCARAMANGA

Mmsm7



Henry Delgado Vargas

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

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

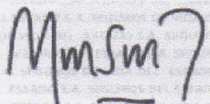
Verifique su póliza escaneando el código QR.
Aplica únicamente para la emisión original.

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

Hacemos constar, que la póliza No. 96-46-101004811, 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 BUCARAMANGA, a los 22 días del mes de Julio 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.segurosdeleestado.com

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que:

RECIBO DE PAGO N°: 96461010048110

FECHA				
22/07/2020				
RECIBIMOS DE:	DELGADO VARGAS HENRY		C.C. 91078284	
LA SUMA DE:	TREINTA Y DOS MIL CIENTO TREINTA PESOS M/CTE			
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 96-46-101004811			
SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
BUCARAMANGA - CU. ESTATAL - 101004811 - 0 - 0	\$ 20,000.00	\$ 7,000.00	\$ 5,130.00	\$ 32,130.00
FORMA DE PAGO				
INTERMEDIARIO: CALDERON APARICIO ANGELA MARIA - 91973			EFFECTIVO:	\$ 32,130.00
			CHEQUE:	\$ 0.00
			TARJETA:	\$ 0.00
			BD:	\$ 0.00
			OTROS:	\$ 0.00
			TOTAL:	\$ 32,130.00
			CAJERO: RAPIESTADO	

ORIGINAL

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que:

RECIBO DE PAGO N°: 96461010048110

FECHA				
22/07/2020				
RECIBIMOS DE:	DELGADO VARGAS HENRY		C.C. 91078284	
LA SUMA DE:	TREINTA Y DOS MIL CIENTO TREINTA PESOS M/CTE			
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 96-46-101004811			
SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
BUCARAMANGA - CU. ESTATAL - 101004811 - 0 - 0	\$ 20,000.00	\$ 7,000.00	\$ 5,130.00	\$ 32,130.00
FORMA DE PAGO				
INTERMEDIARIO: CALDERON APARICIO ANGELA MARIA - 91973			EFFECTIVO:	\$ 32,130.00
			CHEQUE:	\$ 0.00
			TARJETA:	\$ 0.00
			BD:	\$ 0.00
			OTROS:	\$ 0.00
			TOTAL:	\$ 32,130.00
			CAJERO: RAPIESTADO	

COPIA

**PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.96-46-101004811**

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 TRANSURSO DEL TIEMPO.

3. SUMA ASEGURADA.

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

4. VIGENCIA.

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

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

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

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

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

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

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

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

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

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

6. COMPENSACIÓN.

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

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

8. PLAZO PARA EL PAGO.

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

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

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

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

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

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

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

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

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

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