

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL SANTANDER CENTRO AGROTURISTICO - SANTANDER - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORM		Código Regional	68
			Código Centro	954110
			Fecha Elaboración	30 noviembre de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
			ID de Proceso	23479-207409

DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:	ARGENIS DEL ROCIO TORRES MANTILLA artorresm@sena.edu.co		C.C.	37.896.795
Correo electrónico contratista:			IP/N° de contacto	3123623015
Régimen del IVA:	☐ NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	☐ NO	Es declarante de renta?
		☐ SI	☐ NO	Es Pensionado?
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000	☐ NO	Inducción SST	☐ SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ?
		☐ NO	☐ NO	☐ NO
Banco al cual consignar:	BANCO CAJA SOCIAL	Tipo de cta	AHORROS	N° Cuenta
				24028798147
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:	1968176/2020	N° Compromiso SIIF	159020	
Valor Total del Contrato	\$ 5.179.871	N ° Pago	1	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 5.179.871	Periodo objeto de pago	Del	30/11/2020
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 2.021.413	Comisiones	\$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 3.158.458	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	\$ 3.158.458	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.098.694			

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Noviembre	Octubre	Valor Base retención en la fuente	2.098.694,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.263.383	\$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	2.798.258,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 158.000	\$ 0	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 202.200	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00
ARL II	\$ 13.200	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	\$ -	Reteica - 8299	0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Dependientes hasta \$ 1.139.424	\$ -	\$ -	Descuentos de Libranza	0,00
Salud hasta \$ 569.712	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 699.565	\$ -	VALOR A PAGAR	\$ 3.158.458,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -		

SON: TRES MILLONES CIENTO CINCUENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
Impartir formación profesional integral a las fichas: 2067697-1, 2194838, 2198146, 2244958, 2062344 Reportar mensualmente Pago de seguridad social Emplear formatos de la plataforma compromiso en la ejecución de la formación DEL MES DE OCTUBRE ES UN RECIBO DE PAGO DE LA PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL NÚMERO: 8609823038 TOTAL DE HORAS DE NOVIEMBRE: 130	

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.	ARGENIS DEL ROCIO TORRES MANTILLA 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.	JOHON FREDY SANABRIA MUNOZ INSTRUCTOR

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)



RAZON SOCIAL :	ARGENIS DEL ROCIO TORRES MANTILLA
IDENTIFICACION:	CC-37896795
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	2
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	ARGENIS DEL ROCIO TORRES MANTILLA
FECHA GENERACION REPORTE:	2020-10-19
FECHA LIMITE DE PAGO:	2020-11-25
FECHA DE PAGO:	2020-10-19
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERIODO PENSION:	2020-10
PERIODO SALUD:	2020-10
NUMERO PLANILLA:	8609823038
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8605365682
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS044	901097473	MEDIMAS EPS	1	\$ 1.044.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 130.500	\$ 130.500
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	\$ 1.044.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 167.100	\$ 167.100
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 1.044.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 10.900	\$ 10.900
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 308.500	\$ 308.500

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	23/12/2020
----------------------------------	------------

San Gil, Noviembre 30 de 2020

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

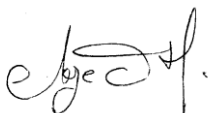
La Ciudad

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 SI 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 veinte tres (30) días del mes Noviembre de 2020.



Nombre contratista
Cédula 37896795

**Compromiso Presupuestal de Gasto – Comprobante.**

Usuario Solicitante:

MHssepulve

SONIA MARIA SEPULVEDA PLATA

Unidad ó Subunidad

36-02-00-068-

CENTRO AGROTURISTICO - SANTANDER

Ejecutora Solicitante:

Fecha y Hora Sistema:

2020-11-06 8:50 a. 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:	159020	Fecha Registro:	2020-11-06	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:	5.179.871,00	Valor Total Operaciones:			0,00		Valor Actual:	5.179.871,00	Saldo x Obligar:	5.179.871,00

TERCERO ORIGINAL

Identificación: Cedula de Ciudadanía	37896795	Razon Social:	ARGENIS DEL ROCIO TORRES MANTILLA	Medio de Pago:	Abono en cuenta
--------------------------------------	----------	---------------	-----------------------------------	----------------	-----------------

CUENTA BANCARIA

Numero:	24028798147	Banco:	BCSC S A	Tipo:	Ahorro	Estado:	Activa
---------	-------------	--------	----------	-------	--------	---------	--------

ORDENADOR DEL GASTO

Identificación:	30204695	Nombre:	NELLY QUIROGA SARMIENTO	Cargo:	SUBDIRECTOR CENTRO AGROTURISTICO -SANTANDER
-----------------	----------	---------	-------------------------	--------	---

CAJA MENOR**VIATICOS****DOCUMENTO SOPORTE**

Identificación:		Fecha de Registro:		Genera Viáticos:	No	Num. Solicitud de comisión:		Numero:	CO1.PCCNTR.1968176	Tipo:	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES	Fecha:	2020-11-06
-----------------	--	--------------------	--	------------------	----	-----------------------------	--	---------	--------------------	-------	---	--------	------------

ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSORE CURSO	SITUAC.	FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
954145 CENTRO AGROTURISTICO -	C-3603-1300-14-0-3603025-02 ADQUISICIÓN DE BIENES Y	Nación	11	CSF		5.179.871,00	0,00		
Total:						5.179.871,00	0,00	5.179.871,00	5.179.871,00

Objeto:	Prestar los servicios personales como instructor para impartir formación titulada y/o complementaria en el área Agrícola en los diferentes programas que atiende el Centro Agroturístico Regional Santander. S/G RAD 9-2020-013396 DE
---------	---

PLAN DE PAGOS

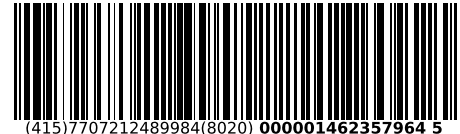
DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		POSICION DEL CATALOGO DE PAC		FECHA	VALOR A PAGAR	SALDO POR OBLIGAR	LINEA DE PAGO
36-02-00-068-954110	CENTRO AGROTURISTICO -SANTANDER	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2020-12-31	5.179.871,00	5.179.871,00	NINGUNO

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

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

4. Número de formulario

14623579645



(415)7707212489984(8020) 000001462357964 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

3 7 8 9 6 7 9 5

6. DV

6

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Bucaramanga

14. Buzón electrónico

4

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

3 7 8 9 6 7 9 5

27. Fecha expedición

1 9 9 5, 0 5, 3 1

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Santander

6 8

30. Ciudad/Municipio

San Gil

6 7 9

31. Primer apellido

TORRES

32. Segundo apellido

MANTILLA

33. Primer nombre

ARGENIS

34. Otros nombres

DEL ROCIO

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

CL 15 7 22

42. Correo electrónico

argenistorresmantilla@yahoo.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 2 3 6 2 3 0 1 5

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 5 4 2

47. Fecha inicio actividad

2 0 0 2, 0 2, 0 2

Actividad secundaria

48. Código

7 1 1 0

49. Fecha inicio actividad

2 0 0 6, 1 2, 1 1

Otras actividades

1

2

7 4 9 0

Ocupación

51. Código

2 3 1 1

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 4 9

49 - No responsable de IVA

COPIA DOCUMENTO

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

2019 - 06 - 17

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo



MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6020435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com



RESULTADO DEL LABORATORIO CLÍNICO

DATOS PERSONALES

Lugar del Examen: **BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA)** Fecha: **03/10/2019**

CC: **37896795** Nombre: **TORRES MANTILLA ARGENIS DEL ROCIO** Fecha de Nacimiento: **28/01/1976** Edad: **43 AÑOS**

Genero: **FEMENINO** Estado Civil: **SOLTERO(A)** Dirección: **SAN GIL** Teléfono: Celular: **3123623015**

Nombre de la Empresa: **PARTICULARES** Empresa en Misión: **PARTICULAR**

Nombre del Acudiente: Teléfono del Acudiente: Parentesco:

RESULTADO DE GLICEMIA

ANALITO	RESULTADO	VALOR REFERENCIA
GLICEMIA	98	70 - 110 mg/dl

Bacteriólogo

Paciente

Firma:

Firma:

Argenis T.M.

Nombre: **SALAZAR NIÑO JOSE YOHANY**
RM: **PENDIENTE**

Nombre: **TORRES MANTILLA ARGENIS DEL ROCIO**
CC: **37896795**


**MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.**

SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT: 900374091-1
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6329455 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com


RESULTADO DEL LABORATORIO CLÍNICO
DATOS PERSONALES

Lugar del Examen: **BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA)** Fecha: **03/10/2019**

CC: **37896795** Nombre: **TORRES MANTILLA ARGENIS DEL ROCIO** Fecha de Nacimiento: **28/01/1976** Edad: **43 AÑOS**

Genero: **FEMENINO** Estado Civil: **SOLTERO(A)** Dirección: **SAN GIL** Teléfono: Celular: **3123623015**

Nombre de la Empresa: **PARTICULARES** Empresa en Misión: **PARTICULAR**

Nombre del Acudiente: Teléfono del Acudiente: Parentesco:

RESULTADO DE PERFIL LIPIDICO

ANALITO	RESULTADO	VALOR REFERENCIA
COLESTEROL TOTAL	182	< 200 mg/dl
COLESTEROL HDL	43	> 60 mg/dl
TRIGLICERIDOS	139	< 150 mg/dl
COLESTEROL LDL	112	< 100 mg/dl
COLESTEROL VLDL	27	< 80 mg/dl

Bacteriólogo
Paciente

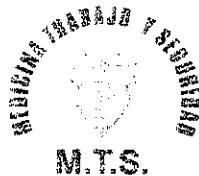
Firma:

Firma:

Argenis TM

Nombre: **SALAZAR NIÑO JOSE YOHANY**
RM: **PENDIENTE**

Nombre: **TORRES MANTILLA ARGENIS DEL ROCIO**
CC: **37896795**



MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 8620435 - 316 4293732 Email: misips@hotmail.com



EXAMEN DE OPTOMETRÍA

DATOS PERSONALES

Fecha: 03/10/2019 Municipio: BUCAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) CC: 37896795 Nombre: TORRES MANTILLA ARGENIS DEL ROC Edad: 43 AÑOS
Genero: FEMENINO Profesión o Cargo: INSTRUCTOR Empresa: PARTICULAR
Eps: _____ Tipo Evaluación Médica: EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMI F. Último Examen: HACE 8 MESES
Lugar del Último Examen: EL SOCORRO Motivo Consulta: INGRESO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN			AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN			AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA		20/ 20	1.0M	N/A	NO APLICA			N/A	0.5M
O.I:	NO APLICA		20/ 20	1.0M	N/A	NO APLICA			N/A	0.5M
A.O:	NO APLICA		20/ 20	1.0M	N/A	VP			N/A	0.5M

RETINOSCOPIA

O.D: N	N	AV VL 20/ 20	AV VP 20/ 0.5	ADD	+1.00
O.I: N	N	AV VL 20/ 20	AV VP 20/ 0.5	ADD	+1.00

TEST

VISION AL COLOR ISHIHARA: **NORMAL 14 LAMINAS CORRECTAS**

ESTEREOPSIS TITMUS: **NORMAL 40 SEGUNDOS DE ARCO**

EXÁMEN EXTERNO

OBSERVACION: **LEVE HIPEREMIA EN ZONAS EXPUESTAS AO**

EXAMEN MOTOR

OBSERVACION: **VL ORTHO VP X**

OF TALMOSCOPIA

O.D: **FOAN**

O.I: **FOAN**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H524	PRESBICIA	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

DISPOSICION

CONTROL EN 1 AÑO

CORRECCIÓN OPTICA PARA VP

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

EXAMEN NO APLICA PARA FORMULA DE GAFAS.

OPTOMETRA

PACIENTE

Firma: Zuly Sanchez

Nombre: SANCHEZ TRUJILLO ZULY FERNANDA

R. M.: 1369

L.S.O.:

Firma: Argenis T.M.

Nombre: TORRES MANTILLA ARGENIS DEL ROCIO

CC: 37896795



IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT.900374091-1

VALORACION FONODIOLÓGICA

I. DATOS PERSONALES

Fecha:	3-10-2019.
Edad:	43 años.
Empresa:	Particular.

Nombres y Apellidos:	Identificación:
Torres Manilla, Argenis	37896395
Tipo de Examen:	
Valoración de voz ingreso	

II. EVALUACION

HABLA

ORGANOS FONOARTICULADORES:

Labios ☒ Lengua ☒ Dientes ☒ Paladar Duro: ☒ Paladar Blando ☒ Uvula ☒ Maxilares ☒

ARTICULACION: Adecuada ☒ Inadecuada: ☐

PROCESOS MOTORES BASICOS

RESPIRACION:

Modo: Nasal: ☒ Bucal: ☐ Mixto: ☐ *live obstrucción nasob.*
Tipo: Cavicular: ☐ Abdominal: ☐ Costodiafragmatico: ☐ *13 segundos*
Frecuencia: Hombre (16-18) ☐ Mujer (18-20) *18*

RESONANCIA:

Normal: ☒ Hipernasalidad: ☐ Hiponasalidad: ☐

FONACION:

Intensidad: Normal ☒ Aumentada: ☐ Disminuida: ☐
Tono: Normal: ☒ Bajo: ☐ Alto: ☐ Monotono: ☐
Timbre: Normal: ☒ Disfonico: ☐ Nasalizado: ☐
Coordinacion Fonorespiratoria: Adecuada ☒ Inadecuada: ☐
Tiempo de Fonacion: *20"*

PROSODIA

Ritmo: Normal ☒ Bradilalico: ☐ Taquilalico: ☐
Entonacion y Acentuacion: Adecuada ☒ Inadecuada: ☐

AUDICION: Normal ☒ Alterada: ☐
OTOSCOPIA: OD ☒ OI ☒

Diagnostico: *Rendimiento de voz satisfactorio*

FONODIOLÓGO

Argenis TM
PACIENTE



MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES

Fecha: 03/10/2019 Ciudad: BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Atención N°: 55775
Tipo Examen: EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Eps: _____
CC: 37896795 Nombre: TORRES MANTILLA ARGENIS DEL ROCIO Edad: 43 AÑOS Genero: FEMENINO
Fecha Nacimiento: 28/01/1976 Empresa: PARTICULAR Ocupacion: INSTRUCTOR

ANTECEDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Protección	Tolerancia	Años	Meses
SENA	INSTRUCTOR	INSERCIÓN	NO APLICA	8	0

EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÓGONO	NO REFIERE
MOTO	NO REFIERE	WALKMAN	NO REFIERE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	NO REFIERE
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo (Horas): 12 Hora(s) Realizó re test: NO Uso Cabina Sonoamortiguada: SI
Marca y Referencia audiómetro utilizado: MAICO MA 42 F. Última Calibración: 2018-11-30

○ : Vía aérea del OD

✗ : Vía aérea del OI

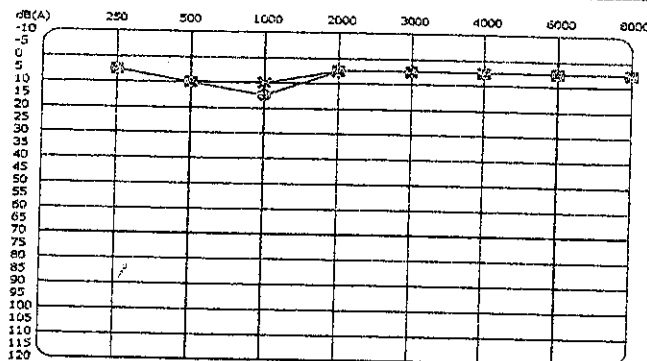
< : Vía ósea del OD (sin enmascarar: OI)

> : Vía ósea del OI (sin enmascarar: OD)

OTOSCOPIA

Oído derecho: CAE DESPEJADO MT INT

Oído izquierdo: CAE DESPEJADO MT INT



dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD	5	10	15	5	5	5	5	5
VAOI	5	10	10	5	5	5	5	5

SEVERIDAD - CAOHC

Oído derecho: Normal(0 - 25 dB)

Oído izquierdo: Normal(0 - 25 dB)

Código	Nombre del Diagnóstico	Oído	Origen	Tipo
AA233	AUDICION NORMAL BILATERAL	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION

CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO

OBSERVACION

Observaciones

AUDICIÓN DENTRO DEL RANGO NORMAL

FONOAUDIÓLOGO

Firma:

Nombre: TELLEZ GARCIA FRANCE MARCELA

R. M.: 000980

L.S.O.:

TRABAJADOR

Firma:

Nombre: TORRES MANTILLA ARGENIS DEL ROCIO

CC:

37896795

**MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD****IPS S.A.S.**

SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL

NIT. 900374091-1

Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas

Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com

**RESULTADO DEL LABORATORIO CLÍNICO****DATOS PERSONALES**

Lugar del Examen: **BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA)** Fecha: **03/10/2019**

CC: **37896795** Nombre: **TORRES MANTILLA ARGENIS DEL ROCIO** Fecha de Nacimiento: **28/01/1976** Edad: **43 AÑOS**

Genero: **FEMENINO** Estado Civil: **SOLTERO(A)** Dirección: **SAN GIL** Teléfono: **Celular: 3123623015**

Nombre de la Empresa: **PARTICULARES** Empresa en Misión: **PARTICULAR**

Nombre del Acudiente: **_____** Teléfono del Acudiente: **_____** Parentesco: **_____**

RESULTADO DE CUADRO HEMÁTICO

CUADRO HEMATICO TIPO IV	VALOR	VALOR REFERENCIA
RECuento GLOBULOS BLANCOS	6.40	5 - 11 $10^9/L$
HEMATOCRITO	42.58	34 - 54 %
HEMOGLOBINA	14.3	11.5 - 17.3 g/dl
RECuento GLOBULOS ROJOS	4.67	3.8 - 5.8 $10^{12}/L$
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	91	84 - 98 fl
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	30.7	27.5 - 32.4 pg
PLAQUETAS	194	156 - 342 $10^9/L$
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	9.8	8.3 - 12 fl
GRANULOCITOS %	64.2	43.6 - 73.4 %
LINFOCITOS %	29.8	19.1 - 48 %

MIXTAS %

6.0

4.5 - 12.1 %

Bacteriólogo

Paciente

Firma:



Firma:

Argenis TM

Nombre:

SALAZAR NIÑO JOSE YOHANY

Nombre:

TORRES MANTILLA ARGENIS DEL ROCIO

RM:

PENDIENTE

CC:

37896795

**MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD**

IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1

Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com

**RESULTADO DEL LABORATORIO CLÍNICO****DATOS PERSONALES**

Lugar del Examen: **BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA)** Fecha: **03/10/2019**

CC: **37896795** Nombre: **TORRES MANTILLA ARGENIS DEL ROCIO** Fecha de Nacimiento: **28/01/1976** Edad: **43 AÑOS**

Genero: **FEMENINO** Estado Civil: **SOLTERO(A)** Dirección: **SAN GIL** Teléfono: **3123623015**

Nombre de la Empresa: **PARTICULARES** Empresa en Misión: **PARTICULAR**

Nombre del Acudiente: **_____** Teléfono del Acudiente: **_____** Parentesco: **_____**

RESULTADO DE PARCIAL DE ORINA

ANALITO	RESULTADO	VALOR REFERENCIA
ANALISIS FISICO		
COLOR	AMARILLO	
ASPECTO	LIG.TURBIO	
DENSIDAD	1025	
Ph	6.0	
ANALISIS QUIMICO		
LEUCOCITOS	NEGATIVO	Leu / uL
NITRITOS	NEGATIVO	Positivo/Negativo
PROTEINAS	NEGATIVO	mg/dl
GLUCOSA	NEGATIVO	mg/dl

CETONAS	NEGATIVO	mg/dl
UROBILINOGENOS	NEGATIVO	mg/dl
BILIRRUBINAS	NEGATIVO	mg/dl
ERITROCITOS	NEGATIVO	mg/dl
HEMOGLOBINA	NEGATIVO	mg/dl
ANALISIS MICROSCOPICO		
CELULAS EPITELIALES ALTAS		XCampo
CELULAS EPITELIALES BAJAS	4-6	XCampo
LEUCOCITOS	2-4	XCampo
HEMATIES		XCampo
BACTERIAS	+	XCampo
MOCO	+	XCampo
LEVADURA		XCampo
PIOCITOS		XCampo
ESPERMATOZOIDES		XCampo
CRISTALES URATOS AMORFOS		XCampo
CRISTALES FOSFATOS AMORFOS		XCampo
CRISTALES OXALATO DE CALCIO		XCampo
CRISTALES FOSFATOS TRIPLE		XCampo
CRISTALES ACIDO URICO		XCampo
OBSERVACION		

Bacteriólogo**Paciente**

Firma:



Firma:

Argenis TM

Nombre:

SALAZAR NIÑO JOSE YOHANY

Nombre:

TORRES MANTILLA ARGENIS DEL ROCIO

RM:

PENDIENTE

CC:

37896795

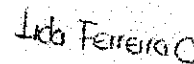
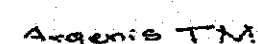


MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 54.727

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
3	10	2019	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA)			
DÍA	MES	AÑO	Ciudad			
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR						
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE						
PARTICULARES			PARTICULAR			
Nombre de la empresa			Empresa usuaria			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)						
TORRES MANTILLA ARGENIS DEL ROCIO			Genero	Edad	Documento de identificación	
			FEMENINO	43 AÑOS	CC	37896795
Apellidos y Nombres				Tipo	Número	
Cargos						
INSTRUCTOR						
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL			APTO PARA EL CARGO			
Observaciones: NO APLICA						
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)			N/A			
RESTRICCIONES LABORALES			RECOMENDACIONES			
SIN RESTRICCIONES LABORALES			NO APLICA			
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:						
EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL			CUADRO HEMÁTICO			
OPTOMETRÍA			PERFIL LIPIDICO			
AUDIOMETRÍA			PRUEBA PSICOLÓGICA			
GLICEMIA			EVALUACION FONOAUDIOLOGICO			
PARCIAL DE ORINA						
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
		SVE VISUAL : USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISION DE CERCA		HACER DEPORTE		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES						
CUMPLIR CON LAS NORMAS, REGLAMENTOS, REQUISITOS E INSTRUCCIONES QUE SE HA ESTABLECIDO POR LA EMPRESA SEGÚN SU SISTEMA DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.						
SE REALIZÓ ÉNFASIS CARDIOVASCULAR Y DERMATOLÓGICO.						
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			
Firma: 			Firma: 			
Nombre: FERREIRA CARO LIDA			Nombre: TORRES MANTILLA ARGENIS DEL ROCIO			
R. M.: 251536			CC: 37896795			
L.S.O.: 06197						



MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD

IPS S.A.S.

SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL

NIT. 900374091-1

Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Públicas

Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com



INFORME CONFIDENCIAL

EMPRESA: SENA

1. Datos Personales

Nombres y Apellidos: ARGENIS DEL ROCIO TORRES MANTILLA

Cédula Ciudadanía: 37.896.795

Edad: 43 AÑOS

Fecha de Evaluación: OCTUBRE 3 DEL 2019

Nivel de Escolaridad: UNIVERSITARIO

Sexo: FEMENINO

Dirección: CALLE 45 # 7 - 22 SAN GIL

2. Informe Psicológico

El presente informe se realiza con base en la aplicación e interpretación de la prueba psicotécnica - **16PF5:** Prueba Objetiva de Personalidad

Los resultados de las pruebas, permiten predecir cómo podría comportarse un individuo en una variedad de situaciones al momento de aplicar las pruebas. A continuación, se darán a conocer los resultados obtenidos en la prueba, haciendo énfasis en las dimensiones más destacadas.

2.1 16PF-5

ÁREA INTELECTUAL

La evaluada muestra ser de pensamiento concreto con razonamiento algo elaborado. Posee un buen funcionamiento intelectual de planificación, juicio y actitudes organizativas, se observa cierta flexibilidad, tiene sentido común y criterio práctico, y posee buena capacidad de argumentación.

ASPECTOS DE PERSONALIDAD

En lo que respecta a la manifestación de sus estados anímicos, es capaz de expresarlos en sintonía con las pautas sociales, sosteniendo su temple aun en condiciones de presión. En general se vislumbra emocionalmente estable, se enfrenta a la realidad, siendo tranquila y estable en sus



MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD

IPS S.A.S.

SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL

NIT. 900374091-1

Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas

Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com



intereses. Tiende a no permitir que las necesidades emocionales opaquen la realidad de una situación.

En el área relacional tiene sentido común y buenos recursos para las relaciones interpersonales. Muestra equilibrio entre introversión y extroversión.

3. CONCEPTO

A partir de los resultados obtenidos en la prueba aplicada se concluye lo siguiente: La evaluada se vislumbra emocionalmente estable, tiende a ser confiada, segura, cooperadora y tradicional. Con respecto a la motivación, esta pronto a alinearse con los objetivos de un grupo u organización. Se percibe una adecuada regulación y control de los impulsos.



MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD

IPS S.A.S.

SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL

NIT. 900374091-1

Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas

Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com



CUADRO RESUMEN COMPETENCIAS COMPORTAMENTALES

	EL POLO BAJO DEFINE UNA PERSONA	DECATIPO										EL POLO ALTO DEFINE UNA PERSONA
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	
A	FRIA, IMPERSONAL, DISTANTE,						X					CALIDA, AFABLE, GENEROSA
B	DE PENSAMIENTO CONCRETO				X							DE PENSAMIENTO ABSTRACTO
C	REACTIVA EMOCIONALMENTE CAMBIANTE					X						EMOCIONALMENTE ESTABLE, ADAPTADA, MADURA.
E	COOPERADORA QUE EVITA CONFLICTOS			X								DOMINANTE, ASERTIVA, COMPETITIVA
F	SERIA, REPRIMIDA, CUIDADOSA, PRUDENTE							X				ANIMOSA, ESPONTANEA, ACTIVA, ENTUSIASTA
G	DESCUIDADA, FRIVOLA, NEGLIGENTE, INCONSTANTE					X						ATENTA A LAS NORMAS FORMAL, RESPONSABLE.
H	TIMIDA, TEMEROSA, COHIBIDA, RETRAIDA				X							EMPRENDEDORA, ATREVIDA YSEGURA EN LO SOCIAL
I	OBJETIVA, NADA SENTIMENTAL, RACIONAL						X					SENSIBLE, SENTIMENTAL, EMOTIVA
L	CONFIADA ADAPTABLE CONCILIADORA		X									VIGLANTE, SUSPICAZ, EXCEPTICA.
M	PRACTICA, REALISTA, OBJETIVA				X							ABSTRAIDA, IMAGINATIVA, IDEALISTA
N	ABIERTA, GENUINA, NATURAL, SINCERA					X						PRIVADA, CALCULADORA, DISCRETA
O	SEGURA, DESPREOCUPADA, SATISFECHA			X								APRENSIVA, INSEGURA, PREOCUPADA
Q1	TRADICIONAL, CONSERVADORA,			X								ABIERTA AL CAMBIO, EXPERIMENTAL, ANALITICA.
Q2	SE INTEGRA EN EL GRUPO, DEPENDIENTE, BUSCA APOYO							X				AUTOSUFICIENTE, INDIVIDUALISTA
Q3	FLEXIBLE, TOLERANTE CON EL DESORDEN			X								PERFECCIONISTA, ORGANIZADA, DISCIPLINADA
Q4	AUSENCIA DE TENCION, NERVIOSA, RELAJADA					X						TENSA, ENERGICA, IMPACIENTE

ELABORADO POR:

Emilce Sanchez Garcia

Nombre: EMILCE SANCHEZ GARCIA

Psicólogo Reg.121503

Especialista en Salud ocupacional Licencia 06246

FIRMA:



Hace constar:

Que el Sr(a) ARGENIS DEL ROCIO TORRES MANTILLA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 37896795 realizó el día 05/12/2020 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 ARGENIS DEL ROCIO TORRES MANTILLA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 37896795 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



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



Hace constar:

Que el Sr(a) ARGENIS DEL ROCIO TORRES MANTILLA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 37896795 realizó el día 27/11/2020 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas



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 ARGENIS DEL ROCIO TORRES MANTILLA, con Cédula Ciudadanía No. 37896795 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034, tiene un registro como Independiente desde el 06/11/2020 y fecha fin de contrato 19/12/2020 con riesgo 2 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202001021171434.

Dada en Bogotá, a los 17 días del mes de noviembre de 2020

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

HACE CONSTAR

Que el(los) cliente(s):

ARGENIS DEL_ROCIO TORRES MANTILLA

Identificado con **CC37896795**

Actualmente posee(n) el siguiente producto, radicado en la oficina 0423 SAN GIL, con las siguientes características:

CUENTA DE AHORROS CUENTA TRANSACCIONAL CLASICA

Número : 24028798147

Fecha de Apertura : 16 de diciembre de 2011

Condiciones de Manejo : 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

Realizada en la oficina 0423 SAN GIL de la ciudad de SAN GIL, el día viernes, 11 de diciembre de 2020.

Cordialmente,

Efectuado por:

L3P4A0E9 - LUIS CARLOS PEÑUELA AFANADOR



FIRMA Y SELLOS AUTORIZADOS



**FORMATO
ACTA DE INICIO**

CONTRATO No:	CO1.PCCNTR.1968176
TIPO DE CONTRATO:	Prestación de Servicios Personales
OBJETO:	Prestar los servicios personales como instructor para impartir formación titulada y/o complementaria en el área Agrícola en los diferentes programas que atiende el Centro Agroturístico Regional Santander
VALOR:	Se fija como valor total para el contrato la suma de Cinco millones ciento setenta y nueve mil ochocientos setenta y un pesos m/cte (5.179.871). Esta suma será pagada por el SENA al contratista de la siguiente manera: a) Esta suma será pagada por el SENA al contratista de la siguiente manera: a) un (01) pago por el mes de noviembre 2020 por valor de Tres millones ciento cincuenta y ocho mil cuatrocientos cincuenta y ocho pesos m/cte (\$3.158.458) b) un (01) pago por el mes de diciembre 2020 por valor de dos millones veintiún mil cuatrocientos trece pesos m/cte (\$2.021.413) .
CONTRATISTA:	ARGENIS DEL ROCIO TORRES MANTILLA
NIT:	37896795 de San Gil
REPRESENTANTE LEGAL:	ARGENIS DEL ROCIO TORRES MANTILLA
SUPERVISOR DESIGNADO:	JOHON FREDY SANABRIA MUÑOZ
PLAZO:	Un (1) meses once (11) días, sin exceder del 31 de diciembre de 2020, contado a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución.
LUGAR DE EJECUCIÓN:	La jurisdicción del Centro Agroturístico, en las provincias Guanenta y Comunera.

En la ciudad de San Gil a los seis (06) días del mes de Noviembre de 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, Regional Santander, por el SENA, y por la otra parte ARGENIS DEL ROCIO TORRES MANTILLA, identificado con cédula de ciudadanía No. 37896795 de San Gil, en calidad de representante legal de ARGENIS DEL ROCIO TORRES MANTILLA con NIT. 37896795, hemos convenido suscribir el acta de inicio del contrato No. CO1.PCCNTR.1968176 de 2020, bajo los términos que anteceden y los siguientes:

Número y fecha del registro presupuestal: 159020 del 06 de Noviembre de 2020



Fecha de aprobación de las garantías: 06 de Noviembre de 2020

Fecha de inicio: 06 de Noviembre de 2020

Fecha de Terminación: 16 de Diciembre de 2020

Proyectó: *Johon Fredy Sanabria Muñoz*

Instructor Grado 13

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

Ciudad de Expedición: BUCARAMANGA					Sucursal: BUCARAMANGA					Cod. Sucursal: 96		Nro. Póliza: 96-46-101005408		Anexo: 0	
Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:		Vigencia Hasta:			A las:		Tipo Movimiento:		
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:		Día:	Mes:	Año:	Horas:		EMISIÓN ORIGINAL		
06	11	2020	06	11	2020	00:00		16	04	2021	00:00				

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social: TORRES MANTILLA ARGENIS DEL ROCIO								Identificación: 37896795			
Dirección: CL 15 NRO. 7 - 22					Ciudad: SAN GIL - SANTANDER					Teléfono: 3123623015	

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

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

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.1968176 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA EN EL ÁREA AGRÍCOLA EN LOS DIFERENTES PROGRAMAS QUE ATIENDE EL CENTRO AGROTURÍSTICO REGIONAL SANTANDER

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS			
AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	06/11/2020	16/04/2021	\$ 517,987.10

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	\$ 517,987.10	06/11/2020

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

Manuel Sarmiento
Firma Autorizada

[Firma]
Firma Tomador



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.

NO EFECTUAR RETENCIÓN EN LA FUENTE POR NINGUN CONCEPTO * RESPONSABLE IVA

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

SEGUROS DE ESTADO S.A.

Hace constar que:

RECIBO DE PAGO N°:

96461010054080

FECHA				
06/11/2020				
RECIBIMOS DE:	TORRES MANTILLA ARGENIS DEL ROCIO		C.C. 37896795	
LA SUMA DE:	TREINTA Y DOS MIL CIENTO TREINTA PESOS M/CTE			
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 96-46-101005408			
SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
BUCARAMANGA - CU. ESTATAL - 101005408 - 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 DE ESTADO S.A.

Hace constar que:

RECIBO DE PAGO N°:

96461010054080

FECHA				
06/11/2020				
RECIBIMOS DE:	TORRES MANTILLA ARGENIS DEL ROCIO		C.C. 37896795	
LA SUMA DE:	TREINTA Y DOS MIL CIENTO TREINTA PESOS M/CTE			
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 96-46-101005408			
SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
BUCARAMANGA - CU. ESTATAL - 101005408 - 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.96-46-101005408**

1. AMPAROS.

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ SEGURO ESTADO 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, SE GUSTESTADO 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 SE GUSTESTADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DEBERÁ GARANTIZAR EL DEBIDO PROCESO DE SE GUSTESTADO 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 SE GUSTESTADO.

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 SE GUSTESTADO. 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 SE GUSTESTADO. 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 SE GUSTESTADO. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ES LA RECLAMACIÓN PARA LA COMPAÑÍA DE SEGURO.

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

6. COMPENSACIÓN.

EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN COMO MEDIO DE EXTINCIÓN DE LAS OBLIGACIONES RECONOCIDA EL ARTÍCULO 17 DE LA LEY 1150 DE 2007, SE GUSTESTADO 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 SE GUSTESTADO, SIN PERJUICIO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN EL EVENTO DE DECLARATORIA DE CADUCIDAD DECIDA CONTINUAR LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRATADO A TRAVÉS DE SE GUSTESTADO 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, SE GUSTESTADO 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 SE GUSTESTADO.

8. PLAZO PARA EL PAGO.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SE GUSTESTADO 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, SE GUSTESTADO 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 SE GUSTESTADO 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.

SE GUSTESTADO 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.