

|                                                                                                                                 |                                                                                                                                             |  |                   |                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------|---------------------|
|  <p><b>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</b></p> | DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES) |  | Código Regional   | 8                   |
|                                                                                                                                 | REGIONAL ATLÁNTICO                                                                                                                          |  | Código Centro     | 930210              |
|                                                                                                                                 | CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO -SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION                                                                |  | Fecha Elaboración | 31 de Enero de 2021 |
|                                                                                                                                 | Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1                                                           |  | Versión           | ENERO 2021 - 1,21   |
|                                                                                                                                 | Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)                                                          |  | ID de Proceso     | 13180-658400        |
|                                                                                                                                 |                                                                                                                                             |  | No. de documento  | 5097                |

| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                |                              |                                                                                        |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Nombres y apellidos contratista:                                                                                     | VILMA YAMILE CASTILLO PATINO | C.C.                                                                                   | 37.947.455  |
| Correo electrónico contratista:                                                                                      | vcastillo@sena.edu.co        | IP/N° de contacto                                                                      | 52089       |
| Régimen del IVA:                                                                                                     | NO RESPONSABLE               | Pertenece al régimen simple de tributación?                                            | NO          |
|                                                                                                                      |                              | Es declarante de renta?                                                                | SI          |
|                                                                                                                      |                              | Es Pensionado?                                                                         | NO          |
| Sus ingresos en el 2020 Superaron \$49'849.000                                                                       | NO                           | Inducción SST                                                                          | SI          |
|                                                                                                                      |                              | Presta Servicios Excluidos de IVA ?                                                    | SI          |
| Banco al cual consignar:                                                                                             | BANCOLOMBIA                  | Tipo de cta                                                                            | AHORROS     |
|                                                                                                                      |                              | N° Cuenta                                                                              | 29121954379 |
| 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 2021 supera los \$ 119'806.000 | NO          |

| DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                                                |               |                        |                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------------------|------------------------------|
| N° del contrato:                                                                                                                                                                                                                                                                           | 2164789/2021  | N° Compromiso SIIF     | 9721                         |
| Valor Total del Contrato                                                                                                                                                                                                                                                                   | \$ 28.607.594 | N ° Pago               | 1                            |
| Saldo Anterior del Contrato                                                                                                                                                                                                                                                                | \$ 28.607.594 | Periodo objeto de pago | Del 25/01/2021 Al 31/01/2021 |
| Nuevo Saldo del Contrato                                                                                                                                                                                                                                                                   | \$ 28.049.739 | Comisiones             | \$ 0,00                      |
| <b>OBJETO CONTRACTUAL:</b><br>(Descripción del servicio prestado) INSTRUCTORES-PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN EL AREA DE CONTACT CENTER Y BPO QUE PROGRAME SEGÚN RADICADO 9-2021-000848...PZO 17 DIC 2021 |               |                        |                              |

| RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO |                   |                                           |             |
|------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------------------|-------------|
| Ingresos por honorarios                              | \$ 557.855        | 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              |                                           |             |
| <b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>                    | <b>\$ 557.855</b> | Menos, Retefuente Otros Ingresos          | \$ 0        |
| <b>BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE</b>              | <b>\$ 182.302</b> | <b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>     | <b>\$ 0</b> |

| LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR                |            |                                    |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------------|--|
| N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS                                          | -----      | 9414611127                         |  |
| Ingreso Base de Cotización - IBC                                                     | \$ 908.526 | \$ 0                               |  |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud                                          | \$ 113.600 | \$ 0                               |  |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión                                        | \$ 145.400 | \$ 0                               |  |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional                                  | \$ -       | \$ 0                               |  |
| ARL                                                                                  | \$ 4.800   | \$ 0                               |  |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias                                | \$ -       |                                    |  |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC                                                    | \$ -       |                                    |  |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064                      | \$ -       |                                    |  |
| Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.630.800                                          | \$ -       |                                    |  |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes                        | \$ -       |                                    |  |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes                          | \$ -       |                                    |  |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes                          | \$ -       |                                    |  |
| Dependientes hasta \$ 1.161.856                                                      | \$ 55.786  |                                    |  |
| Salud hasta \$ 580.928                                                               | \$ -       |                                    |  |
| Renta Exenta 25% \$ 8.713.920                                                        | \$ 60.767  |                                    |  |
| Retención en la Fuente Contingente                                                   | \$ -       |                                    |  |
| <b>SON: QUINIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS M/CTE</b> |            | <b>VALOR A PAGAR \$ 554.866,00</b> |  |

| ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN EL AREA DE CONTACT CENTER Y BPO QUE PROGRAME EL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS DEL SENA REGIONAL ATLANTICO EN SUS DIFERENTES NIVELES Y MODALIDADES, ATENDIENDO LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE.<br>No. de planilla de pago de aportes: 9414611127<br>Programa Información y Servicio al Cliente- No. De ficha 2205383 |  |  |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <b>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</b><br>1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados. | <b>VILMA YAMILE CASTILLO PATINO</b><br><b>EL CONTRATISTA</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|

| CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:<br>1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;<br>2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;<br>3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes. | Autorizo el presente pago.<br>El Supervisor,<br><br><b>LINDA EVELIN PICHON RONCALLO</b><br><b>INSTRUCTOR</b> |

|                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:<br><b>EL ORDENADOR DEL PAGO</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------|
| <b>ERIKA ROJAS SANJUANELO</b><br><b>SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)</b> |
|-----------------------------------------------------------------------|

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE     |         |                              |                 |                    |                   |                        |             |                       |
|-----------------------------------|---------|------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Identificación                    | dv      | Razon Social                 | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección         | Ciudad-Departamento    | Teléfono    | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 37947455                       |         | CASTILLO PATIÑO VILMA YAMILE | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | carre 52c 94 - 17 | BARRANQUILLA-ATLANTICO | 3032684     | No                    |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |                              |                 |                    |                   |                        |             |                       |
| Periodo                           |         | Clave                        | Tipo            | Fecha              |                   | Pago                   |             |                       |
| Pensión                           | Salud   | Pago                         | Planilla        | Planilla           | Limite            | Pago                   | Banco       | Valor                 |
| 2020-12                           | 2020-12 | 871188122                    | 9414611127      | I                  | 2021/01/15        | 2021/01/25             | BANCOLOMBIA | \$368,700             |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES |                |                              |         |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |         |      |             |         |              |     |        |  |
|----------------------------------|----------------|------------------------------|---------|------|-------------|-----------|--------|------|-------------|-----------|--------|------|-----|--------|---------|------|-------------|---------|--------------|-----|--------|--|
| EMPLEADO                         |                |                              | PENSION |      |             |           | SALUD  |      |             |           | CCF    |      |     |        | RIESGOS |      |             |         | PARAFISCALES |     |        |  |
| No.                              | Identificación | Nombres                      | Codigo  | Dias | IBC         | Aporte    | Codigo | Dias | IBC         | Aporte    | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo  | Dias | IBC         | Aporte  | Dias         | IBC | Aporte |  |
| 1                                | CC 37947455    | CASTILLO PATIÑO VILMA YAMILE | 25-14   | 30   | \$1,269,680 | \$203,200 | EPS010 | 30   | \$1,269,680 | \$158,800 |        | 0    | \$0 | \$0    | 14-23   | 30   | \$1,269,680 | \$6,700 | 0            | \$0 | \$0    |  |
| Total Afiliados( 1)              |                |                              |         |      | \$1,269,680 | \$203,200 |        |      | \$1,269,680 | \$158,800 |        |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,269,680 | \$6,700 |              | \$0 | \$0    |  |

| RESUMEN DE PAGO              |        |             |    |           |                  |                |                        |                  |  |
|------------------------------|--------|-------------|----|-----------|------------------|----------------|------------------------|------------------|--|
| RIESGO                       | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO  | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR    |  |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1)     |        |             |    | 1         | \$203,200        | \$0            | \$0                    | \$203,200        |  |
| COLPENSIONES                 | 25-14  | 900,336,004 | 7  | 1         | \$203,200        | \$0            | \$0                    | \$203,200        |  |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1)     |        |             |    | 1         | \$6,700          | \$0            | \$0                    | \$6,700          |  |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23  | 860,011,153 | 6  | 1         | \$6,700          | \$0            | \$0                    | \$6,700          |  |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1)     |        |             |    | 1         | \$158,800        | \$0            | \$0                    | \$158,800        |  |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD)     | EPS010 | 800,088,702 | 2  | 1         | \$158,800        | \$0            | \$0                    | \$158,800        |  |
| <b>TOTAL</b>                 |        |             |    | <b>1</b>  | <b>\$368,700</b> | <b>\$0</b>     | <b>\$0</b>             | <b>\$368,700</b> |  |

# Comprobante

de pago en línea



Bancolombia

## APORTES EN LINEA

**Pago realizado por:** JAVIER ENRIQUE DUCON ANGARITA

**Nro. de recibo:** 9414611127

**Descripción del pago:** Pago de la Planilla de aportes con clave: 9414611127

**Identificación del contribuyente:** 181.48.198.122

**Concepto:** CC

**Razón Social:** 37947455

**Fecha y hora de la transacción:** Lunes 25 de Enero de 2021 11:41:37 AM

**Nro. de comprobante:** 0000004137

**Valor pagado:** \$ 368,700.00

**Cuenta:** \*\*\*\*\*8057

**Bancolombia S.A.**

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia Bogotá 343 0600 - Medellín 510 8400 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8885 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 897 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 89 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1 888 374 8714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presente alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correo: [correoospechoach@bancolombia.com](mailto:correoospechoach@bancolombia.com)



## **CERTIFICACION DEPENDIENTES**

Barranquilla, 31 de enero de 2021

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 empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

|             |                   |                               |             |
|-------------|-------------------|-------------------------------|-------------|
| <b>T.I.</b> | <b>1048072449</b> | <b>MANUELA DUCON CASTILLO</b> | <b>HIJO</b> |
|-------------|-------------------|-------------------------------|-------------|

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,

---

FIRMA

Nombre: VILMA YAMILE CASTILLO PATIÑO

C.C. 37.947.455 de Socorro (Santander)



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

REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41818549

NUIP 1048072449

Datos de la oficina de registro - Casa de oficina

Registrador ☐

Número ☒

Número 03

Concedido ☐

Excepción ☐

Inscripción de Faltas ☐

Código 021

País: Departamento: Municipio: Corregimiento: **COLOMBIA ATLANTICO BARRANQUILLA**

Datos del inscrito

Primer Apellido

**EUGON**

Segundo Apellido

**CASTILLO**

**MANUELA**

Fecha de nacimiento

Año

2008

Mes

NOV

Día

22

Sexo (en letras)

**FEMENINO**

Grupo Sanguíneo

Factor Rh

**COLOMBIA ATLANTICO BARRANQUILLA**

Tipo de documento antecedente o Declaración de filiación

**CERTIFICADO DE NACIDO VIVO**

Número certificado de nacido vivo

**31606913-8**

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

**CASTILLO PATIÑO VILMA YAMILE**

Documento de identificación (Clase y número)

**CC. 37.947.455**

Nacionalidad

**COLOMBIANA**

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

**EUGON ANGARITA JAVIER ENRIQUE**

Documento de identificación (Clase y número)

**CC. 91.209.922**

Nacionalidad

**COLOMBIANA**

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

**CASTILLO PATIÑO VILMA YAMILE**

Documento de identificación (Clase y número)

**CC. 37.947.455**

Firma

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

Año

2008

Mes

DIC

Día

02

NOTARIA TERCERA DEL CIRCULO DE BARRANQUILLA  
**ALFONSO LUIS AVILA PADUL**  
ALFONSO NOMBRE Y FIRMA  
NOTARIO

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el registro

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y Firma

Sb. 22, DIC vale.

ESPACIO PARA NOTARIA TERCERA DEL CIRCULO DE BARRANQUILLA

**ALFONSO LUIS AVILA PADUL**  
NOTARIO

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

|                       |      |      |                 |      |      |              |  |                 |      |                |        |                 |                  |        |  |
|-----------------------|------|------|-----------------|------|------|--------------|--|-----------------|------|----------------|--------|-----------------|------------------|--------|--|
| Ciudad de Expedición: |      |      |                 |      |      | Sucursal:    |  |                 |      | Cod. Sucursal: |        | Nro. Póliza:    |                  | Anexo: |  |
| BARRANQUILLA          |      |      |                 |      |      | BARRANQUILLA |  |                 |      | 85             |        | 85-46-101021940 |                  | 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 |        |  |
| 24                    | 01   | 2021 | 25              | 01   | 2021 | 00:00        |  | 17              | 04   | 2022           | 00:00  |                 |                  |        |  |

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

|                                                     |  |  |  |  |  |                                  |  |                          |  |                      |  |
|-----------------------------------------------------|--|--|--|--|--|----------------------------------|--|--------------------------|--|----------------------|--|
| Nombre o Razón Social: CASTILLO PATIÑO VILMA YAMILE |  |  |  |  |  |                                  |  | Identificación: 37947455 |  |                      |  |
| Dirección: KR 52 C NRO. 94 - 17 802                 |  |  |  |  |  | Ciudad: BARRANQUILLA - ATLANTICO |  |                          |  | Teléfono: 3126230709 |  |

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

|                                                              |  |  |  |  |  |                                  |  |                             |  |                   |  |
|--------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|----------------------------------|--|-----------------------------|--|-------------------|--|
| Nombre o Razón Social: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA |  |  |  |  |  |                                  |  | Identificación: 899999034-1 |  |                   |  |
| Dirección: CARRERA 43 42-40                                  |  |  |  |  |  | Ciudad: BARRANQUILLA - ATLANTICO |  |                             |  | Teléfono: 3851285 |  |

**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.2164789 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL EN EL AREA DE CONTACT CENTER Y BPO QUE PROGRAME EL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS DEL SENA REGIONAL ATLANTICO EN SUS DIFERENTES NIVELES Y MODALIDADES ATENDIENDO LAS POLITICAS INSTITUCIONALES Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE

**AMPAROS**

|                                 |  |                 |                 |                          |
|---------------------------------|--|-----------------|-----------------|--------------------------|
| RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS |  |                 |                 |                          |
| AMPAROS:                        |  | Vigencia Desde: | Vigencia Hasta: | Suma Asegurada / Actual: |
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO       |  | 25/01/2021      | 17/04/2022      | \$ 2,860,759.40          |
|                                 |  |                 |                 |                          |
|                                 |  |                 |                 |                          |
| OBSERVACIONES:                  |  |                 |                 |                          |

|                   |                    |             |                |                        |                       |
|-------------------|--------------------|-------------|----------------|------------------------|-----------------------|
| Valor Prima Neta: | Gastos Expedición: | IVA:        | Total a Pagar: | Valor Asegurado Total: | Fecha Límite de Pago: |
| \$ 20,000.00      | \$ 8,000.00        | \$ 5,320.00 | \$ 33,320.00   | \$ 2,860,759.40        | 24/01/2021            |

|                        |        |                     |                        |                  |                  |
|------------------------|--------|---------------------|------------------------|------------------|------------------|
| INTERMEDIARIO          |        |                     | DISTRIBUCIÓN COASEGURO |                  |                  |
| Nombre:                | Clave: | % DE PARTICIPACIÓN: | Nombre Compañía:       | % Participación: | Valor Asegurado: |
| CONSTRUYENDO SEGUROS L | 164232 | 100.00              |                        |                  |                  |

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

Para efecto de notificaciones la dirección de Seguros del Estado S.A. es CARRERA 58 NO. 70-136 - Teléfono: 3681078 - BARRANQUILLA





FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas  
Usted puede consultar esta póliza en [www.segurosdelestado.com](http://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.

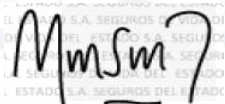
NO EFECTUAR RETENCIÓN EN LA FUENTE POR NINGUN CONCEPTO \* RESPONSABLE IVA

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

Hacemos constar, que la póliza No. 85-46-101021940, 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 BARRANQUILLA, a los 24 días del mes de Enero de 2021



MANUEL S. SARMIENTO VICEPRESIDENTE DE FIANZAS

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](http://www.segurosdeleestado.com)

**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**

Hace constar que:

RECIBO DE PAGO N°:

85461010219400

|                                                |                                                   |                   |                    |              |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------|--------------------|--------------|
| FECHA                                          |                                                   |                   |                    |              |
| 24/01/2021                                     |                                                   |                   |                    |              |
| RECIBIMOS DE:                                  | CASTILLO PATIÑO VILMA YAMILE                      |                   | C.C. 37947455      |              |
| LA SUMA DE:                                    | TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE |                   |                    |              |
| POR CONCEPTO DE:                               | PAGO DE PÓLIZA NRO.: 85-46-101021940              |                   |                    |              |
| SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA           | PRIMA                                             | GASTOS EXPEDICION | IVA                | VALOR        |
| BARRANQUILLA - CU. ESTATAL - 101021940 - 0 - 0 | \$ 20,000.00                                      | \$ 8,000.00       | \$ 5,320.00        | \$ 33,320.00 |
| FORMA DE PAGO                                  |                                                   |                   |                    |              |
| INTERMEDIARIO: CONSTRUYENDO SEGUROS L - 164232 |                                                   |                   | EFFECTIVO:         | \$ 33,320.00 |
|                                                |                                                   |                   | CHEQUE:            | \$ 0.00      |
|                                                |                                                   |                   | TARJETA:           | \$ 0.00      |
|                                                |                                                   |                   | BD:                | \$ 0.00      |
|                                                |                                                   |                   | OTROS:             | \$ 0.00      |
|                                                |                                                   |                   | TOTAL:             | \$ 33,320.00 |
|                                                |                                                   |                   | CAJERO: RAPIESTADO |              |

ORIGINAL

**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**

Hace constar que:

RECIBO DE PAGO N°:

85461010219400

|                                                |                                                   |                   |                    |              |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------|--------------------|--------------|
| FECHA                                          |                                                   |                   |                    |              |
| 24/01/2021                                     |                                                   |                   |                    |              |
| RECIBIMOS DE:                                  | CASTILLO PATIÑO VILMA YAMILE                      |                   | C.C. 37947455      |              |
| LA SUMA DE:                                    | TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE |                   |                    |              |
| POR CONCEPTO DE:                               | PAGO DE PÓLIZA NRO.: 85-46-101021940              |                   |                    |              |
| SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA           | PRIMA                                             | GASTOS EXPEDICION | IVA                | VALOR        |
| BARRANQUILLA - CU. ESTATAL - 101021940 - 0 - 0 | \$ 20,000.00                                      | \$ 8,000.00       | \$ 5,320.00        | \$ 33,320.00 |
| FORMA DE PAGO                                  |                                                   |                   |                    |              |
| INTERMEDIARIO: CONSTRUYENDO SEGUROS L - 164232 |                                                   |                   | EFFECTIVO:         | \$ 33,320.00 |
|                                                |                                                   |                   | CHEQUE:            | \$ 0.00      |
|                                                |                                                   |                   | TARJETA:           | \$ 0.00      |
|                                                |                                                   |                   | BD:                | \$ 0.00      |
|                                                |                                                   |                   | OTROS:             | \$ 0.00      |
|                                                |                                                   |                   | TOTAL:             | \$ 33,320.00 |
|                                                |                                                   |                   | CAJERO: RAPIESTADO |              |

COPIA

**PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES  
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.85-46-101021940**

**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, PRODUCIERE.

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 OCACIONEN, 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 OCACIONEN 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 (OTOSÍ, CLÁUSULA ADICIONAL, ETC.) QUE CONTENGA LAS MODIFICACIONES AL CONTRATO GARANTIZADO.

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

### 10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

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

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

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

### 12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

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

### 13. COASEGURO

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



### Hace constar:

Que el Sr(a) VILMA YAMILE CASTILLO PATINO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 37947455 realizó el día 11/02/2021 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 VILMA YAMILE CASTILLO PATINO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 37947455 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 -

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

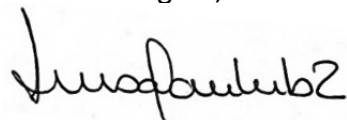
**CERTIFICA**

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que VILMA YAMILE CASTILLO PATIÑO, con Cédula Ciudadanía No. 37947455 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 29/01/2021, para el contrato registrado con fecha desde 23/01/2021 y fecha hasta 31/12/2021, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 1.

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: [www.positivaenlinea.gov.co](http://www.positivaenlinea.gov.co) y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202101012310939.

Dada en Bogotá, a los 12 días del mes de febrero de 2021



Luisa Marina Uribe Restrepo  
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.