

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------|
|  <p><b>DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)</b><br/>REGIONAL MAGDALENA</p> <p><b>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</b> CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURISTICA DEL MAGDALENA - SERVICIOS PRESTADOS A</p> <p>Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1<br/>Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)</p> | <b>Código Regional</b>   | 47                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Código Centro</b>     | 952910            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Fecha Elaboración</b> | Marzo de 2021     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Versión</b>           | ENERO 2021 - 1,21 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>ID de Proceso</b>     | 00814-819893      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>No. de documento</b>  | 50127             |

|                                                                                                                             |                                            |                                                                                               |                             |                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <b>DATOS DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                |                                            |                                                                                               |                             |                             |
| <b>Nombres y apellidos contratista:</b>                                                                                     | JUAN ALBERTO LLANOS SALAZAR                | <b>C.C.</b>                                                                                   | 80.074.186                  |                             |
| <b>Correo electrónico contratista:</b>                                                                                      | jllanossa@sena.edu.co                      | <b>IP/N° de contacto</b>                                                                      | 54009                       |                             |
| <b>Régimen del IVA:</b>                                                                                                     | <input type="checkbox"/> NO RESPONSABLE    | <b>Pertenece al régimen simple de tributación?</b>                                            | <input type="checkbox"/> NO |                             |
|                                                                                                                             | <b>Es declarante de renta?</b>             | <input type="checkbox"/> NO                                                                   | <b>Es Pensionado?</b>       | <input type="checkbox"/> NO |
| <b>Sus ingresos en el 2020 Superaron \$49'849.000</b>                                                                       | <input type="checkbox"/> NO                | <b>Inducción SST</b>                                                                          | <input type="checkbox"/> SI |                             |
|                                                                                                                             | <b>Presta Servicios Excluidos de IVA ?</b> | <input type="checkbox"/> NO                                                                   |                             |                             |
| <b>Banco al cual consignar:</b>                                                                                             | BANCO BBVA                                 | <b>Tipo de cta</b>                                                                            | AHORROS                     |                             |
|                                                                                                                             | <b>N° Cuenta</b>                           | 0719241077                                                                                    |                             |                             |
| <b>Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?</b> | <input type="checkbox"/> NO                | <b>Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2021 supera los \$ 119'806.000</b> | <input type="checkbox"/> NO |                             |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |               |                               |                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------|------------------------------|
| <b>DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |               |                               |                              |
| <b>N° del contrato:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 2348117/2021  | <b>N° Compromiso SIIF</b>     | 23521                        |
| <b>Valor Total del Contrato</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | \$ 35.490.000 | <b>N ° Pago</b>               | 1                            |
| <b>Saldo Anterior del Contrato</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | \$ 35.490.000 | <b>Periodo objeto de pago</b> | Del 16/03/2021 Al 31/03/2021 |
| <b>Nuevo Saldo del Contrato</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | \$ 33.540.000 | <b>Comisiones</b>             | \$ 0,00                      |
| <b>OBJETO CONTRACTUAL:</b><br>(Descripción del servicio prestado) Prestar servicios personales de carácter temporal para orientar la formación profesional programada por el Centro de Logística y Promoción Ecoturística Regional Magdalena en los Programas de Formación Titulada, Titulada Virtual, Complementaria y/o Complementaria Virtual, en la especialidad de GESTIÓN LOGÍSTICA. |               |                               |                              |

|                                                             |                     |                                           |             |
|-------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------|-------------|
| <b>RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO</b> |                     |                                           |             |
| Ingresos por honorarios                                     | \$ 1.950.000        | Tarifa de Retención en la Fuente ART 383° | 0,00%       |
| Ingresos por comisiones                                     | \$ 0                | Retención en la Fuente del Periodo        | \$ 0        |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes                  | \$ 0                |                                           |             |
| <b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>                           | <b>\$ 1.950.000</b> | Menos, Retefuente Otros Ingresos          | \$ 0        |
| <b>BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE</b>                     | <b>\$ 1.122.000</b> | <b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>     | <b>\$ 0</b> |

|                                                                              |              |                |                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------|----------------------------------------------------|
| <b>LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR</b> |              |                |                                                    |
| <b>N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS</b>                           | <b>Marzo</b> | <b>Febrero</b> |                                                    |
| <b>Ingreso Base de Cotización - IBC</b>                                      | \$ 908.526   | \$ 0           | Valor Base retención en la fuente 1.122.000,00     |
| <b>Aporte obligatorio a seguridad social salud</b>                           | \$ 113.600   | \$ 0           | Valor Base retención en la fuente ICA 1.691.000,00 |
| <b>Aporte obligatorio a seguridad social Pensión</b>                         | \$ 145.400   | \$ 0           | Valor base IVA 0,00                                |
| <b>Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional</b>                   | \$ -         | \$ 0           | IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00                       |
| <b>ARL</b>                                                                   | \$ 4.800     | \$ 0           | Menos Retención en la Fuente 0,00                  |
| <b>Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias</b>                 | \$ -         |                | Menos Retención IVA 0,00                           |
| <b>Aportes voluntarios a cuentas AFC</b>                                     | \$ -         |                | Reteica - 8299 11.837,00                           |
| <b>Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064</b>       | \$ -         |                | Pro-Hospital 39.000,00                             |
| <b>Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.630.800</b>                           | \$ -         |                | Otras Retenciones 0,00                             |
| <b>Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes</b>         | \$ -         |                | Otras Retenciones 0,00                             |
| <b>Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes</b>           | \$ -         |                | Otras Retenciones 0,00                             |
| <b>Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes</b>           | \$ -         |                | Descuentos de Libranza 0,00                        |
| <b>Dependientes hasta \$ 1.161.856</b>                                       | \$ 195.000   |                | Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00              |
| <b>Salud hasta \$ 580.928</b>                                                | \$ -         |                | <b>VALOR A PAGAR</b>                               |
| <b>Renta Exenta 25% \$ 8.713.920</b>                                         | \$ 374.000   |                | \$ 1.899.163,00                                    |
| <b>Retención en la Fuente Contingente</b>                                    | \$ -         |                |                                                    |

**SON: UN MILLÓN OCHOCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL CIENTO SESENTA Y TRES PESOS M/CTE**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| 1. Impartir formación integral profesional en el programa de formación titulada virtual GESTIÓN LOGÍSTICA Fichas No. 2282387 - 2282394<br>2. Ejecución y desarrollo del plan de trabajo de la formación titulada virtual GESTIÓN LOGÍSTICA Fichas No. 2282387 - 2282394<br>3. Desarrollar fase de inducción a los aprendices de la formación titulada virtual GESTIÓN LOGÍSTICA en las fichas No. 2282387 - 2282394<br>4. Registro en las plataformas institucionales e informar al coordinador académico la inasistencia en las fichas No. 2282387 - 2282394<br>5. Utilizar las plataformas institucionales como herramientas para la formación GESTIÓN LOGÍSTICA en las fichas No. 2282387 - 2282394<br>6. Realizar con el EEF proceso de alistamiento de formación titulada virtual GESTIÓN LOGÍSTICA en las fichas No. 2282387 - 2282394<br>7. Entrega de soportes para la legalización del pago de honorarios como la planilla de SI CONTRATISTA, informe mensual de ejecución contractual, y las evidencias, pago a la seguridad social según planilla No. 48642762 de ARUS del mes de febrero.<br>8. Presentar oportunamente el informe mensual de ejecución contractual con las actividades desarrolladas, presentes en el SECOP II |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <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>JUAN ALBERTO LLANOS SALAZAR</b><br><b>EL CONTRATISTA</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                   |
| 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>WILLIAM DE JESUS SALCEDO CUAO</b><br><b>INSTRUCTOR G16</b> |

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**

**EDUARDO JUNIOR ROBLES PANETTA**  
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

### Información de la Planilla Pagada

|                                          |                               |
|------------------------------------------|-------------------------------|
| Nit de comercio Operador de Información  | 900089104-5                   |
| Razón Social del Operador de Información | ARUS (antes Enlace Operativo) |
| Descripción                              | Pago de SuAporte              |
| Fecha                                    | 2021-03-24, 02:18:09 PM       |
| Periodo de Cotización Otros Riesgos      | febrero de 2021               |
| Periodo de Cotización Para Salud         | febrero de 2021               |
| Empresa                                  | JUAN ALBERTO LLANOS SALAZAR   |
| CEDULA CIUDADANIA                        | CC 80074186                   |
| Código Sucursal (Nombre)                 | ( )                           |
| Referencia de Pago/ Número Planilla      | 8990606850 / 48642762         |
| Tipo de Planilla                         | I                             |
| Número Transacción Bancaria/ CUS         | 15116771                      |
| Banco                                    | (1023) - BANCO DE OCCIDENTE   |
| Valor                                    | \$ 263.800                    |
| Estado de la Transacción                 | Aprobada                      |
| Dirección IP de Origen                   | 10.0.19.58                    |

| Nit        | Código | Administradora                                       | Número Afiliados      | Valor sin Mora | Total Intereses Mora |
|------------|--------|------------------------------------------------------|-----------------------|----------------|----------------------|
| N800229739 | 230201 | PROTECCION FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS           | 1                     | \$ 145.400     | \$ 0                 |
| N806008394 | ESSC07 | ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD ESS | 1                     | \$ 113.600     | \$ 0                 |
| N860011153 | 14-23  | ARP - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS                   | 1                     | \$ 4.800       | \$ 0                 |
|            |        |                                                      | <b>SubTotales:</b>    | \$ 263.800     | \$ 0                 |
|            |        |                                                      | <b>Total a Pagar:</b> |                | \$ 263.800           |



## CERTIFICA QUE:

El (La) Señor(a) **LLANOS SALAZAR JUAN ALBERTO** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **80074186** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **Cotizante**.

Estado de la Afiliación: **Activo**

IPS de atención: **CLINICA REGIONAL INMACULADA CONCEPCION I.P.S.**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) **A QUIEN INTERESE** el 08 enero 2021. Esta es el reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

### Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web [www.mutualser.com](http://www.mutualser.com) opción Ser Afiliado
- Línea permanente 24 Horas 018000116882

Cordialmente,

---

**LUIS BARRAZA**

**Director de Operaciones - Contributivo**

**[infocontributivo@mutualser.org](mailto:infocontributivo@mutualser.org)**

**MUTUAL SER EPS**

# Protección

**Fondo de Pensiones Voluntarias Protección**  
**Nit 800.198.281**

## Hace constar que:

**Juan Alberto Llanos Salazar** con número de identificación **CC 80.074.186**, se encuentra afiliado al **Fondo de Pensiones Voluntarias Protección**, desde el día .

Se expide esta constancia a favor del interesado a los 08 días del mes de enero del año 2021.

Cordialmente,

  
**Laura Patricia Merchan Metaute**  
Equipo Gestión de Operaciones.

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

\*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

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

2021010809205

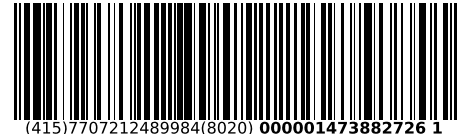


Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14738827261



(415)7707212489984(8020) 000001473882726 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 0 0 7 4 1 8 6 1

6. DV

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Santa Marta

14. Buzón electrónico

1 9

**Características y formas de las organizaciones**

62. Naturaleza

63. Formas asociativas

64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados

67. Sociedades y organismos extranjeros

70. Beneficio

65. Fondos

66. Cooperativas

68. Sin personería jurídica

69. Otras organizaciones no clasificadas

**Constitución, Registro y Última Reforma**

**Composición del Capital**

Documento

1. Constitución

2. Reforma

71. Clase

0 9

72. Número

73. Fecha

74. Número de notaría

75. Entidad de registro

0 3

76. Fecha de registro

2 0 1 2 0 4 1 7

77. No. Matrícula mercantil

0 0 0 0 1 3 9 3 4 7

78. Departamento

4 7

79. Ciudad/Municipio

5 5 5

82. Nacional

%

83. Nacional público

%

84. Nacional privado

%

85. Extranjero

%

86. Extranjero público

%

87. Extranjero privado

%

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

**Estado y Beneficio**

| Item | 89. Estado actual | 90. Fecha cambio de estado | 91. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 92. DV |
|------|-------------------|----------------------------|-----------------------------------------------|--------|
| 1    |                   |                            |                                               | -      |
| 2    |                   |                            |                                               | -      |
| 3    |                   |                            |                                               | -      |
| 4    |                   |                            |                                               | -      |
| 5    |                   |                            |                                               | -      |

**Vinculación económica**

|                                                                         |                                                |                                                                                 |         |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 93. Vinculación económica                                               | 94. Nombre del grupo económico y/o empresarial | 95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante        | 96. DV. |
| 97. Nombre o razón social de la matriz o controlante                    |                                                |                                                                                 |         |
| 170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior        | 171. País                                      | 172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP |         |
| 173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP |                                                |                                                                                 |         |

**UNIDSO**UNIDAD INTEGRAL  
DE SALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S.  
NIT. 900.647.132-6**EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL**

FECHA: SEPTIEMBRE 12 DE 2019

SEDE: Plato-Magdalena

NOMBRE: JUAN ALBERTO LLANOS SALAZAR

CC: 80.074.186

EMPRESA: CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION  
ECOTURISTICA DEL MAGDALENA

CARGO: DOCENTE

TIPO DE EXAMEN: INGRESO: X

PERIODICO:

RETIRO:

REUBICACION:

**EXAMENES PRACTICADOS**

| EXAMEN                                        |   | LABORATORIO     |   |
|-----------------------------------------------|---|-----------------|---|
| Evaluación Medico Ocupacional (Osteomuscular) | X | Hemograma       | X |
| Optometría                                    | X | Glicemia        | X |
| Examen Psicológico                            | X | Perfil Lipídico | X |

**RESULTADO DE VALORACION MEDICA EXAMEN DE INGRESO**

APTO PARA EL CARGO A DESEMPEÑAR (X)

Recomendaciones generales: Pausas activas y estiramientos corporales, alimentación sana y ejercicios, bajar de peso.

**EXAMEN PERIODICO**PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR ☐REUBICACION LABORAL ☐TEMPORAL ☐PERMANENTE ☐REASIGNAR TAREAS ☐

RECOMENDACIONES:

**RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL**

| MEDICAS                                                                                                             | OCUPACIONALES                                                                                                                                                                                                                     | HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Remisión a EPS: _____<br>Continuar manejo medico: _____<br>Remisión a ARL: _____<br>Seguimiento Caso por ARL: _____ | Uso de EPP _____<br>INGRESO a SVE: _____<br>SIVIG-OTOM(Carga fisica) _____<br>SIVIG-OIR(Ruido) _____<br>SIVIG-FORMOL(formaldehído) _____<br><br>RADIACIONES IONIZANTES: _____<br><br>PSICOLABORAL: _____<br>CARDIOVASCULAR: _____ | INICIO ACTIVIDAD FISICA: _____<br>DEJAR DE FUMAR: _____<br>REDUCIR EL CONSUMO DE ALCOHOL: _____<br><br>CONTROL DE PESO: _____<br>OTRO: _____<br>CUAL: _____ |

*Dr. Luis Eduardo Santiago S.*Médico Especialista en Seguridad y  
Salud en el trabajo  
Resolución N° 0427

FIRMA DEL MEDICO

*Juan Alberto Llanos Salazar.*

FIRMA DEL TRABAJADOR

Calle 3 No. 14 - 88 • Tel.: 4850577 • Cel.: 315 7219130 • unidso@hotmail.com  
Plato (Magd.) - Colombia



### **Hace constar:**

Que el Sr(a) JUAN ALBERTO LLANOS SALAZAR Identificado(a) con cédula de ciudadanía 80074186 realizó el día 18/03/2021 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 JUAN ALBERTO LLANOS SALAZAR Identificado(a) con cédula de ciudadanía 80074186 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  
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A  
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor JUAN ALBERTO LLANOS SALAZAR, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 80074186, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 16/03/2021 y fecha fin de contrato 18/12/2021 con riesgo 1.

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: [www.positivaenlinea.gov.co](http://www.positivaenlinea.gov.co) y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202101013373833.

Esta certificación se expide a los 23 días del mes de Marzo de 2021.

Cordialmente

Luisa Marina Uribe Restrepo  
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

**BBVA Colombia**  
**NIT 860.003.020-1**  
**Certifica**

Que nuestro(a) cliente **JUAN ALBERTO LLANOS SALAZAR**, identificado(a) con **cédula de ciudadanía número 80.074.186** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 719241077** apertura el **04 de febrero del 2019**, cuenta **activa** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **11** días del mes de **marzo** del año **2021**.

---

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos: **0719241077**

Cuenta de 16 dígitos: **0719000200241077**

Cuenta de 20 dígitos: **00130719000200241077**

---

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente  
BBVA Colombia

*Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.*

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

|                       |      |      |                 |      |      |           |      |                 |      |                |        |  |                  |  |                  |        |  |  |  |
|-----------------------|------|------|-----------------|------|------|-----------|------|-----------------|------|----------------|--------|--|------------------|--|------------------|--------|--|--|--|
| Ciudad de Expedición: |      |      |                 |      |      | Sucursal: |      |                 |      | Cod. Sucursal: |        |  | Nro. Póliza:     |  |                  | Anexo: |  |  |  |
| BOGOTÁ, D.C.          |      |      |                 |      |      | CALLE 100 |      |                 |      | 33             |        |  | 33-46-101031450  |  |                  | 0      |  |  |  |
| Fecha Expedición:     |      |      | Vigencia Desde: |      |      | A las:    |      | Vigencia Hasta: |      |                | A las: |  | Tipo Movimiento: |  |                  |        |  |  |  |
| Día:                  | Mes: | Año: | Día:            | Mes: | Año: | Horas:    | Día: | Mes:            | Año: | Horas:         |        |  |                  |  |                  |        |  |  |  |
| 16                    | 03   | 2021 | 16              | 03   | 2021 | 00:00     | 30   | 04              | 2022 | 00:00          |        |  |                  |  |                  |        |  |  |  |
|                       |      |      |                 |      |      |           |      |                 |      |                |        |  |                  |  | EMISIÓN ORIGINAL |        |  |  |  |

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

|                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------------------|--|--|--|--|
| Nombre o Razón Social: LLANOS SALAZAR JUAN ALBERTO |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Identificación: 80074186  |  |  |  |  |
| Dirección: CL 13 A 17 A 35                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Ciudad: PLATO - MAGDALENA |  |  |  |  |
|                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Teléfono: 3185230559      |  |  |  |  |

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

|                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------------------------|--|--|--|--|
| Nombre o Razón Social: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA MAGDALENA |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Identificación: 899999034-1     |  |  |  |  |
| Dirección: AV. FERROCARRIL NO. 27 - 97                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Ciudad: SANTA MARTA - MAGDALENA |  |  |  |  |
|                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Teléfono: 4212064               |  |  |  |  |

**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.2348117 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL PROGRAMADA POR EL CENTRO DE LOGÍSTICA Y PROMOCIÓN ECOTURÍSTICA REGIONAL MAGDALENA EN LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN TITULADA, TITULADA VIRTUAL, COMPLEMENTARIA Y/O COMPLEMENTARIA VIRTUAL, EN LA ESPECIALIDAD DE GESTIÓN LOGÍSTICA.

**AMPAROS**

|                                    |  |                 |                 |                          |
|------------------------------------|--|-----------------|-----------------|--------------------------|
| RIESGO:    PRESTACION DE SERVICIOS |  |                 |                 |                          |
| AMPAROS:                           |  | Vigencia Desde: | Vigencia Hasta: | Suma Asegurada / Actual: |
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO          |  | 16/03/2021      | 30/04/2022      | \$ 3,549,000.00          |
|                                    |  |                 |                 |                          |
|                                    |  |                 |                 |                          |
| 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   | \$ 3,549,000.00        | 16/03/2021            |

| INTERMEDIARIO                                |        |                     | DISTRIBUCIÓN COASEGURO |                  |                  |
|----------------------------------------------|--------|---------------------|------------------------|------------------|------------------|
| Nombre:                                      | Clave: | % DE PARTICIPACIÓN: | Nombre Compañía:       | % Participación: | Valor Asegurado: |
| ALVAREZ ALVAREZ CIA LTDA ASESORES DE SEGUROS | 964960 | 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 45A NO. 102 A - 34 - Teléfono: 6108441 - BOGOTÁ, D.C.

*Mmsm?*

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

*Juan:*

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.

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

**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**

Hace constar que:

RECIBO DE PAGO N°: 33461010314500

|                                                                      |                                                   |                   |                    |              |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------|--------------------|--------------|
| FECHA                                                                |                                                   |                   |                    |              |
| 16/03/2021                                                           |                                                   |                   |                    |              |
| RECIBIMOS DE:                                                        | LLANOS SALAZAR JUAN ALBERTO                       |                   | C.C. 80074186      |              |
| LA SUMA DE:                                                          | TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE |                   |                    |              |
| POR CONCEPTO DE:                                                     | PAGO DE PÓLIZA NRO.: 33-46-101031450              |                   |                    |              |
| SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA                                 | PRIMA                                             | GASTOS EXPEDICION | IVA                | VALOR        |
| CALLE 100 - CU. ESTATAL - 101031450 - 0 - 0                          | \$ 20,000.00                                      | \$ 8,000.00       | \$ 5,320.00        | \$ 33,320.00 |
| FORMA DE PAGO                                                        |                                                   |                   |                    |              |
| INTERMEDIARIO: ALVAREZ ALVAREZ CIA LTDA ASESORES DE SEGUROS - 964960 |                                                   |                   | 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°: 33461010314500

|                                                                      |                                                   |                   |                    |              |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------|--------------------|--------------|
| FECHA                                                                |                                                   |                   |                    |              |
| 16/03/2021                                                           |                                                   |                   |                    |              |
| RECIBIMOS DE:                                                        | LLANOS SALAZAR JUAN ALBERTO                       |                   | C.C. 80074186      |              |
| LA SUMA DE:                                                          | TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE |                   |                    |              |
| POR CONCEPTO DE:                                                     | PAGO DE PÓLIZA NRO.: 33-46-101031450              |                   |                    |              |
| SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA                                 | PRIMA                                             | GASTOS EXPEDICION | IVA                | VALOR        |
| CALLE 100 - CU. ESTATAL - 101031450 - 0 - 0                          | \$ 20,000.00                                      | \$ 8,000.00       | \$ 5,320.00        | \$ 33,320.00 |
| FORMA DE PAGO                                                        |                                                   |                   |                    |              |
| INTERMEDIARIO: ALVAREZ ALVAREZ CIA LTDA ASESORES DE SEGUROS - 964960 |                                                   |                   | 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.33-46-101031450**

**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 TRANSCURSO DEL TIEMPO.

### 3. SUMA ASEGURADA.

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

### 4. VIGENCIA.

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, SE HARÁ BAJO LOS LINEAMIENTOS DEL DECRETO 1082 DE 2015 Y 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 ESTUVIERE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA GARANTIZADO ACEPTA DESDE EL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN DE ESTA PÓLIZA, LA CESIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO A FAVOR DE SEGURESTADO.

### 8. PLAZO PARA EL PAGO.

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

### 9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

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

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

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

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

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

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

### 12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

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