SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)**
**REGIONAL MAGDALENA**
**CENTRO ACUICOLA Y AGROINDUSTRIAL GAIRA MAGDALENA F.P.**
**Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1**
**Resoluciòn DIAN Nº 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **47** |
| **Código Centro** | **911810** |
| **Fecha Elaboración** | **Marzo de 2021** |
| **Versión** | **ENERO 2021 - 1,21** |
| **ID de Proceso** | **49934-429582** |
| **No. de documento** | **25739** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | MARTIN ALFONSO CAICEDO MARTINEZ | **C.C.** | 12.534.323 | **IP/Nº de contacto** | 54123 |
| **Correo electrónico contratista:** | martincaicedo@misena.edu.co | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Régimen del IVA:** | NO RESPONSABLE | **Pertenece al régimen simple de tributación?** | NO | **Es declarante de renta?** | NO | **Es Pensionado?** | SI |
| **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 | **Nº Cuenta** | | 45015428404 | |
| **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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº del contrato:** | 2277747/2021 | | | **Nº Compromiso SIIF** | | **14421** | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 36.920.000 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 36.920.000 | **1** | **Del** | **22/02/2021** | **Al** | **28/02/2021** | **$ 910.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 36.010.000 | | Comisiones | | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:**
(Descripciòn del servicio prestado)

CONTRATACION DE INSTRUCTORES: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR, PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE ARTICULACIÓN CON LA MEDIA DEL CAAG EN LA ESPECIALIDAD DE ACUICOLA

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 910.000 | Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383° | | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | $ 0 | Retencion en la Fuente del Periodo | | $ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 0 | | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 910.000** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 597.300** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | | **$ 0** |

## LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

| | Febrero | Enero |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **8611866316** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 908.526 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 113.600 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 0 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL IV | $ - | $ 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 | $ - | |
| Salud hasta $ 580.928 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 8.713.920 | $ 199.100 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 597.300,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 796.400,00 | |
| Valor base IVA | 0,00 | |
| IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Reteica - 8299 | 5.575,00 | 0,700% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Pro-Hospital | 18.200,00 | 2,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| | | |
| Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$ 886.225,00** | |

**SON: OCHOCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS VEINTICINCO PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

*Legalización del contrato de prestación de servicio
*Reunión realizada virtualmente a través de la plataforma google Meet, con el líder del programa Articulación con la media y los coordinadores académicos y formación profesional para establecer directrices del programa.
*Recibo de correos electrónicos de parte del líder del programa Articulación con la media.
*Presentación del informe contractual correspondiente al mes objeto de cobro. Entrega la cuenta de cobro con todos los documentos

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

**MARTIN ALFONSO CAICEDO MARTINEZ**
**EL CONTRATISTA**

## CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

**BADIR MANUEL FLOREZ GUERRERO**
**INSTRUCTOR**

**Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:**
**EL ORDENADOR DEL PAGO**

**MARIA BEATRIZ SALJA CAMPO**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

CONSTANCIA DE PAGO

Período Pensión: 2021-01
Período Salud : 2021-01

Se certifica que en la fecha 2021-02-19 la empresa MARTIN ALFONSO CAICEDO MARTINEZ con documento de identificación CC 12534323 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social correspondientes al cotizante CAICEDO MARTINEZ MARTIN ALFONSO identificado con CC-12534323, dirigido a las siguientes entidades administradoras:

| Datos Aportante | |
|---|---|
| Identificación | Razón Social |
| CC-12534323 | MARTIN ALFONSO CAICEDO MARTINEZ |

| Datos Planilla | | | |
|---|---|---|---|
| Número Planilla | Tipo Planilla | Fecha de Pago | Tarifa Riesgos Laborales |
| 8611866316 | I | 2021-02-19 | 0 |

| Datos Administradoras | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Tipo | NIT | Código | Nombre | Dias |
| EPS | 800130907 | EPS002 | SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD | 30 |

PAGADO

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZON SOCIAL : | MARTIN ALFONSO CAICEDO MARTINEZ |
| IDENTIFICACION: | CC-12534323 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACION REPORTE: | 2021-02-22 |
| FECHA LIMITE DE PAGO: | 2021-02-05 |
| FECHA DE PAGO: | 2021-02-19 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO DE OCCIDENTE |
| PERIODO PENSION: | 2021-01 |
| PERIODO SALUD: | 2021-01 |
| NUMERO PLANILLA: | 8611866316 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 8657675519 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CODIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NUMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS002 | 800130907 | SALUD TOTAL | 1 | $ 908.526 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 | $ 113.600 |
| | | | | Total a pagar | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 | $ 113.600 |

PAGADO

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 05/03/2021 |

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 13 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14513555059

(415)7707212489984(8020) 000001451355505 9

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 2 5 3 4 3 2 3 | 1 | Impuestos y Aduanas de Santa Marta 19 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 13 | 12534323 | 19950313 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 169 | Magdalena 47 | Santa Marta 001 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CAICEDO | MARTINEZ | MARTIN | ALFONSO |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 169 | Magdalena 47 | Santa Marta 001 |

41. Dirección principal: CR 21 A 29 C 03 BRR SIMON BOLIVAR

42. Correo electrónico: igarcaicedo@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3126738601 | 4405626 |

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 7010 | 20060331 | 8523 | 20130122 | | | 2149 | |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código 49 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

| Obligados aduaneros | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 54. Código | | | | | | | | | |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| | | | | | | | | | |

| Exportadores | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
| | | 57. Modo | | | |
| | | 58. CPC | | | |

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

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 05 - 20

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

**SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS**

# SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS

NIT. 800033723

CALLE 70 N 48 -56 3857980

## INFORME MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

| TIPO CERTIFICACION | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. INGRESO [ X ] | 2. PERIODICO [ ] | 3. RETIRO [ ] | 4. CONTROL [ ] | 5. POST INCAPACIDAD [ ] |
| 6. REUBICACION [ ] | 7. CASO OCUPACIONAL [ ] | 8. TRAB. EN ALTURAS [ ] | 9. ESPACIOS CONFINADOS [ ] | 10. MANIPULACION DE ALIMENTOS [ ] |

### DATOS DEL PACIENTE

FECHA: 07/09/2018

EMPRESA: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA STA



NOMBRE: MARTIN ALFONSO CAICEDO MARTINEZ

DOC. IDENTIDAD: CC 12534323

CARGO: INSTRUCTOR DE PISICULTURA

EDAD: 67 AÑOS

### SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS

1 ) COLESTEROL TOTAL 2 ) AUDIOMETRIA 3 ) PSICOSENSOMETRICA + EXAMEN FISICO CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR

TRIGLICERIDOS

| EXAMEN DE INGRESO | | | |
|---|---|---|---|
| CONCEPTO | SI | NO | FALTA INFO |
| 1. APTO PARA EL CARGO | [X] | [ ] | [ ] |
| 2. APLAZADO | [ ] | [ ] | [ ] |
| 3. APTO CON RESTRICCIONES | [ ] | [ ] | [ ] |
| 4. APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS | [ ] | [ ] | [ ] |
| 5. APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS | [ ] | [ ] | [ ] |
| 6. APTO PARA TRABAJAR CON EQUIPOS DE SUBMINISTROS DE AIRE O AUTOCONTENIDO | [ ] | [ ] | [ ] |
| 7. APTO PARA PARTICIPAR EN LA BRIGADA | [ ] | [ ] | [ ] |
| 8. APTO PARA EL REQUERIMIENTO DE CARGO DE LA EMPRESA O CONTRATISTA | [ ] | [ ] | [ ] |
| 9. APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS | [ ] | [ ] | [ ] |
| 10. APTO CON CONDICION | [ ] | [ ] | [ ] |

| EXAMEN PERIODICO | SI | NO |
|---|---|---|
| 1. APTO PARA CONTINUAR DESEMPEñANDO EL CARGO SIN LIMITACIONES | [ ] | [ ] |
| 2. SIN LIMITACIONES | [ ] | [ ] |
| 3. REQUIERE RESTRICCIONES DE ACTIVIDADES | [ ] | [ ] |
| 4. REQUIERE REUBICACION TEMPORAL | [ ] | [ ] |
| 5. REQUIERE REUBICACION LABORAL PERMANENTE | [ ] | [ ] |
| 6. APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS | [ ] | [ ] |
| 7. APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS | [ ] | [ ] |

| EXAMEN DE RETIRO | SI | NO |
|---|---|---|
| 1. SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL | [ ] | [ ] |
| 2. SECUELAS DE ACCIDENTES DE TRABAJO | [ ] | [ ] |
| 3. ENFERMEDAD COMUN | [ ] | [ ] |
| 4. EXAMEN DE EGRESO SATISFACTORIO | [ ] | [ ] |

### PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

| 1. VISUAL [ ] | 2. AUDITIVO [ ] | 3. RESPIRATORIO [ ] | 4. CARDIOVASCULAR [ ] | 5. PSICOSOCIAL [ ] | 6. ERGONOMICO [ X ] | 7. OTROS [ ] |
|---|---|---|---|---|---|---|

| REMISIONES SI [ ] NO [ X ] | ARL SI [ ] NO [ X ] | EPS SI [ ] NO [ X ] |
|---|---|---|

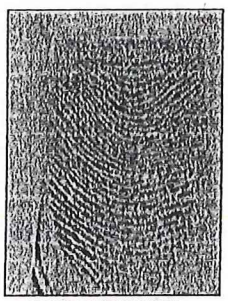
P.PSICOSENSOMETRICA:DE CENTRO DE RECONOCIMIENTO AL CONDUCTOR LICENCIA SEGURA S.A.S:REPORTA APTO,CON HIPOACUSIA BILATERAL LEVE,SE SUGIERE VALORACION POR

OMETRIA Y VALORACION POR OTORRINOLARINGOLOGO DE SU EPS.-..

BREVES PAUSAS ACTIVAS

ISSAC HUBERTO JIMENEZ ARZUZA
CC 72172784
MEDICO OCUPACIONAL
TP. 4716-03
RS. SO: 5398-16

MARTIN ALFONSO CAICEDO MARTINEZ
CC 12534323
DECLARO QUE TODOS LOS DATOS REGISTRADOS
CORRESPONDEN A LA VERDAD



CAPTURA BIOMETRICA

SERVICIOS MEDICOS
OLIMPUS IPS Ltda.
Nit. 800.033.723-0

Sede Principal Barranquilla
Calle 76 No. 49 - 50
Call center: 368 8064 - 368 8865
Teléfonos Directos
368 8340 - 368 1401 Celular 317 427 4226
Barranquilla - Colombia

Sede Centro
Calle 42 No. 41 - 115
Teléfono 344 8068
Celular 315 723 3903
Barranquilla - Colombia

Sede Sur
Carrera 16 No. 47B - 23
Teléfono 365 3155
Celular 301 247 0898
Barranquilla - Colombia

Sede Soledad
Calle 21 N° 19-73
Teléfonos: 375 1482 - 375 1475
Celular 317 427 4225
Email: coordinacionips.sol@olimpuslab.com
atencionalusuario.sol@olimpuslab.com

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nombre | CAICEDO MARTINEZ MARTIN ALFONSO | | Fecha de recepcion: | 06-sep.-2018 6:55 am | **9064002** |
| Identificacion | SO 12534323 | Sexo M | Fecha de impresion: | | |
| Edad | 67 Años 6 Meses 26 Dias | Tel. 3126738601 | Empresa | CONTRATISTA - SENA STA | Preliminar |
| Medico | MEDICOS VARIOS | | Sede | BOLSA SANTA MARTA | |
| Servicio | CONSULTA EXTERNA | | | | |

| Examen | Resultado | Unidades | Valores de Referencia |
|---|---|---|---|
| **GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA** | 99 | mg/dL | 82 a 115 |
| **Metodo: COLORIMETRICO ENZIMATICO** | | | |

## HEMOGRAMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **LEUCOCITOS (WBC)** | 6.65 | x 10^3/uL | 5 a 10 |
| **% LINFOCITOS** | 28.03 | % | 17 a 45 |
| **% NEUTROFILOS** | 59.92 | % | 55 a 70 |
| **% MONOCITOS** | 6.84 | % | 3 a 14 |
| **% EOSINOFILOS** | 4.58 | % | 1 a 5 |
| **% BASOFILOS** | 0.64 | % | 0 a 2 |
| **LINFOCITOS # ABS** | 1.86 | x10^3/uL | |
| **NEUTROFILOS #ABS** | 3.98 | x 10^3/uL | |
| **EOSINOFILOS # ABS** | 0.30 | x 10^3/uL | |
| **BASOFILOS # ABS** | 0.04 | x 10^3/uL | |
| **MONOCITOS # ABS** | 0.45 | x 10^3/uL | |
| **GLOBULOS ROJOS** | 5.19 | x10^6/uL | 4.2 a 6.2 |
| **HEMOGLOBINA** | 14.43 | g/dL | 12.5 a 18 |
| **HEMATOCRITO** | 43.30 | % | 36 a 54 |
| **VOLCORPMEDIO(MCV)** | 83.43 | fL | 80 a 96 |
| **HGBCORPUSCULAR MEDIA(MCH)** | 27.81 | pg | 27 a 33 |
| **CONCHGBCORPMEDIA(MCHC)** | 33.33 | g/dL | 32 a 36 |
| **ANCHO DISTRIB ERITROCITARIA-SD** | 12.71 | fL | |
| **RCTO DE PLAQUETAS** | 203.8 | x10^3/uL | 140 a 440 |
| **VOLMEDIO PLAQUETARIO(MPV)** | 6.6 | fL | |
| **PLAQUETOCRITO** | 0.1 | % | |
| **ANCHO DE DISTRIBPLAQUETARIA(PDW)** | 19.0 | GSD | |

SERVICIOS MEDICOS
OLIMPUS IPS Ltda.
Nit. 800.033.723-0

Sede Principal Barranquilla
Calle 76 No. 46 - 56
Call center: 368 8864 - 368 8865
Teléfonos Directos
368 8340 - 368 1401 Celular 317 427 4226
Barranquilla - Colombia

Sede Centro
Calle 42 No. 41 - 116
Teléfono 341 8958
Celular 315 723 3803
Barranquilla - Colombia

Sede Sur
Carrera 16 No. 47B - 24
Teléfono 365 1485
Celular 301 247 0884
Barranquilla - Colombia

Sede Soledad
Calle 21 N° 19-72
Teléfono: 3751482- 3754475
Celular 3174274229
Email: coordinador-ocupa.sol@olimpusIab.com
atencionusuarios-ips.sol@olimpus.com.co

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nombre | CAICEDO MARTINEZ MARTIN ALFONSO | | Fecha de recepcion: | 07-sep.-2018 6:43 am | 9074001 |
| Identificacion | SO 12534323 | Sexo M | Fecha de impresion: | | |
| Edad | 67 Años 6 Meses 27 Dias | Tel. 3126738601 | Empresa | CONTRATISTA - SENA STA | |
| Medico | MEDICOS VARIOS | | Sede | BOLSA SANTA MARTA | Preliminar |
| Servicio | CONSULTA EXTERNA | | | | |

| Examen | Resultado | Unidades | Valores de Referencia |
|---|---|---|---|
| **EMIA** | | | |
| **COLESTEROL TOTAL**<br>**Metodo: COLORIMETRICO ENZIMATICO** | 140 | mg/dL | |
| ACEPTABLE: HASTA 200 mg/dL, MODERADO : 200 - 239 mg/dL, ELEVADO. MAYOR O IGUAL A 240mg/dL | | | |
| **TRIGLICERIDOS**<br>**Metodo: COLORIMETRICO ENZIMATICO** | 91 | mg/dL | |
| VALOR REFERENCIA: HASTA 150 mg/dl | | | |
| **HDL COLESTEROL**<br>**Metodo: COLORIMETRICO ENZIMATICO** | 42.00 | mg/dL | |
| HOMBRES: SIN RIESGO MAYOR DE 55mg/dL<br>RIESGO MODERADO: 35 - 55 mg/dL<br>ALTO RIESGO: MENOR DE 35 mg/dL<br>MUJERES: SIN RIESGO MAYOR DE 65mg/dL<br>RIESGO MODERADO: 45 - 65 mg/dL<br>ALTO RIESGO: MENOR DE 45 mg/dL | | | |
| **LDL COLESTEROL** | 79.80 | mg/dL | 0 a 130 |
| **VLDL COLESTEROL** | 18.20 | mg/dL | 0 a 30 |
| **AUDIOMETRIA** | PENDIENTE | | |
| **ESPIROMETRIA** | PENDIENTE | | |
| **PSICOSENSOMETRICA + EXAMEN FISICO CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR** | | | |
| **EXAMEN FISICO OSTEOMUSCULAR** | PENDIENTE | | |
| **PSICOSENSOMETRICA** | PENDIENTE | | |

SERVICIOS MEDICOS
OLIMPUS IPS Ltda.
Nit. 800.033.723-0

Sede Principal Barranquilla
Calle 79 No. 48 - 50
Call center: 368 8864 - 368 8865
Telefonos Directos
360 8340 - 368 1481 Celular: 317 427 4226
Barranquilla - Colombia

Sede Centro
Calle 42 No. 41 - 118
Telefono: 344 8968
Celular: 315 723 3903
Barranquilla - Colombia

Sede Sur
Carrera 15 No. 47B - 23
Telefono: 345 1795
Celular: 301 247 0988
Barranquilla - Colombia

Sede Soledad
Calle 21 N° 19-79
Telefonos: 375 1462- 3754675
Celular: 317 427 4226
Email: centralcitas.sol@olimpusips.com
atencionusuarios.sol@olimpusips.com

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nombre | CAICEDO MARTINEZ MARTIN ALFONSO | | Fecha de recepcion: | 07-sep.-2018 6:43 am | 9074001 |
| Identificacion | SO 12534323 | Sexo M | Fecha de impresion: | | |
| Edad | 67 Años 6 Meses 27 Dias | Tel. 3126738601 | Empresa | CONTRATISTA - SENA STA | Preliminar |
| Medico | MEDICOS VARIOS | | Sede | BOLSA SANTA MARTA | |
| Servicio | CONSULTA EXTERNA | | | | |

| Examen | Resultado | Unidades | Valores de Referencia |
|---|---|---|---|

## Resultados de la prueba de Función Pulmonar

**SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS SAS**

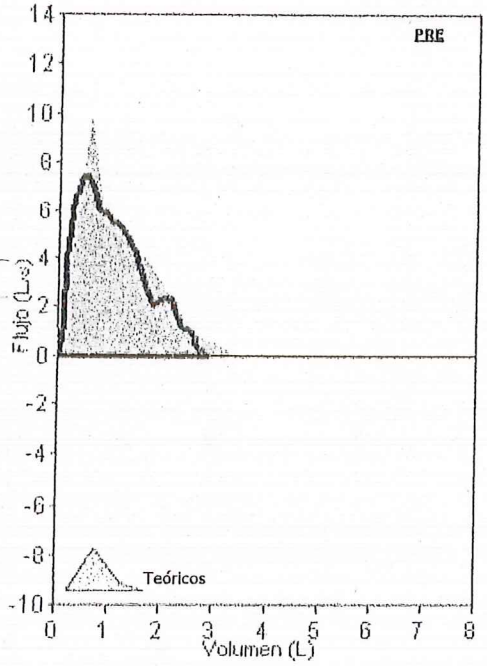
SALUD OCUPACIONAL

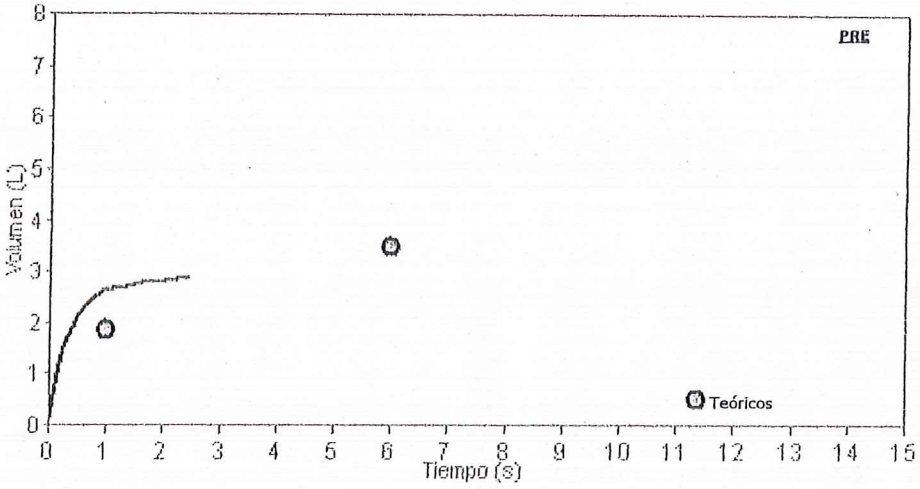
**CRA 5 No. 26B-23 SANTA MARTA**

**Fecha de visita 7/09/2018**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Cód. paciente | 12534323 | Edad | 67 |
| Apellido | CAICEDO | Género | Masculino |
| Nom. | MARTIN | Altura, cm | 158 |
| Fecha de nacimien | 11/02/1951 | Peso:, kg | 78 |
| Grupo étnico | Caucásico | BMI | 31,24 |
| Fuma | Ex fumador | Paquete-año | 1,25 |
| Grupo pacientes | | | |




Grado de control de calidad: D

1 Acceptable trials

**Interpretación**



Espirometría normal

**Fecha prueba PRE 7/09/2018 7:25:18 a.m.**

| Parámetros | | LLN | Teór. | Best | %Teór. | Z-score | PRE #1 | PRE #2 | PRE #3 | POST | %Teór. | %Cam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FVC | L | 2,55 | 3,46 | 2,87* | 83 | -1,07 | 2,87 | | | * | | |
| FEV1 | L | 1,09 | 1.85 | 2,62* | 142 | 1.68 | 2,62 | | | * | | |
| FEV1/FVC | % | 71,9 | 79.5 | 91,3* | 115 | 2.56 | 91,3 | | | * | | |
| PEF | L/s | 7,51 | 9,88 | 7,53* | 76 | -1,63 | 7,53 | | | * | | |
| ELA | años | | 67 | 77 | 115 | | 77 | | | | | |
| FEF2575 | L/s | 1,67 | 2.83 | 3,56 | 126 | 1.03 | 3,56 | | | | | |
| FET | s | | 6.00 | 2,42 | 40 | | 2,42 | | | | | |
| FIVC | L | 2,55 | 3.46 | | | | | | | | | |
| FEV1/VC | % | 71,9 | 79.5 | | | | | | | | | |

*Mejores valores de todas las curvas - BTPS 1,087 26 °C (78,8 °F) - Teóricos Pereira 2008-2012

**Informe médico**

*Firma*

Instrumento usado

Spirobank II new S/N Y03148

SERVICIOS MEDICOS
OLIMPUS

# HISTORIA CLINICA

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: MARTIN ALFONSO CAICEDO MARTINEZ | IDENTIFICACION: CC 12534323 | HC: 12534323 - CC | EDAD: 67 Años | SEXO: M |
| FECHA DE NACIMIENTO: 11/2/1951 | RESIDENCIA: BRR SIMON BOLIVAR | TELEFONO: 3126738601 | MAGDALENA-SANTA MARTA | |
| ZONA RESIDENCIAL: Urbana | ESTADO CIVIL: CASADO(A) | OCUPACION: | | |
| DIR. TRABAJO: | TEL. TRABAJO: | GRUPO SANGUINEO: - FACTOR RH: | | |
| FECHA INGRESO: 7/9/2018 - 06:49:34 | FECHA EGRESO: 7/9/2018 - 08:11:03 | CAMA: | | |
| DEPARTAMENTO: 030201 - SALUD OCUPACIONAL - SANTA MARTA | EN CASO DE ACCIDENTE AVISAR A: TEL.: | | | |
| CLIENTE: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE | PLAN: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA STA | TIPO AFILIADO: Beneficiario | | |
| IPS: SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | DIRECCION: DIR SO | TELEFONO IPS: TEL SO | | |

**ANTECEDENTES OTOLOGICOS**

| EVOLUCION: | FECHA: | USUARIO: | ANTECEDENTE: |
|---|---|---|---|
| 47595 | 07/09/2018 | IVASQUEZ | NO REFIERE ANTECEDENTES OTOLOGICOS RELEVANTES |

**EVALUACION OTOSCOPIA**

| EVOLUCION: | FECHA: | USUARIO: | OIDO DERECHO: | OIDO IZQUIERDO: |
|---|---|---|---|---|
| 47595 | 07/09/2018 | IVASQUEZ | CAE Y MT NORMALES | CAE Y MT NORMALES |

**HISTORIAL FONOAUDIOLOGIA**

| TIPO DE ATENCION: | SALUD OCUPACIONAL | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FRECUENCIA | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 | 8000 |
| OIDO DERECHO | 35 | 25 | 25 | 35 | 45 | 20 | 25 |
| OIDO IZQUIERDO | 25 | 25 | 20 | 40 | 45 | 25 | 20 |

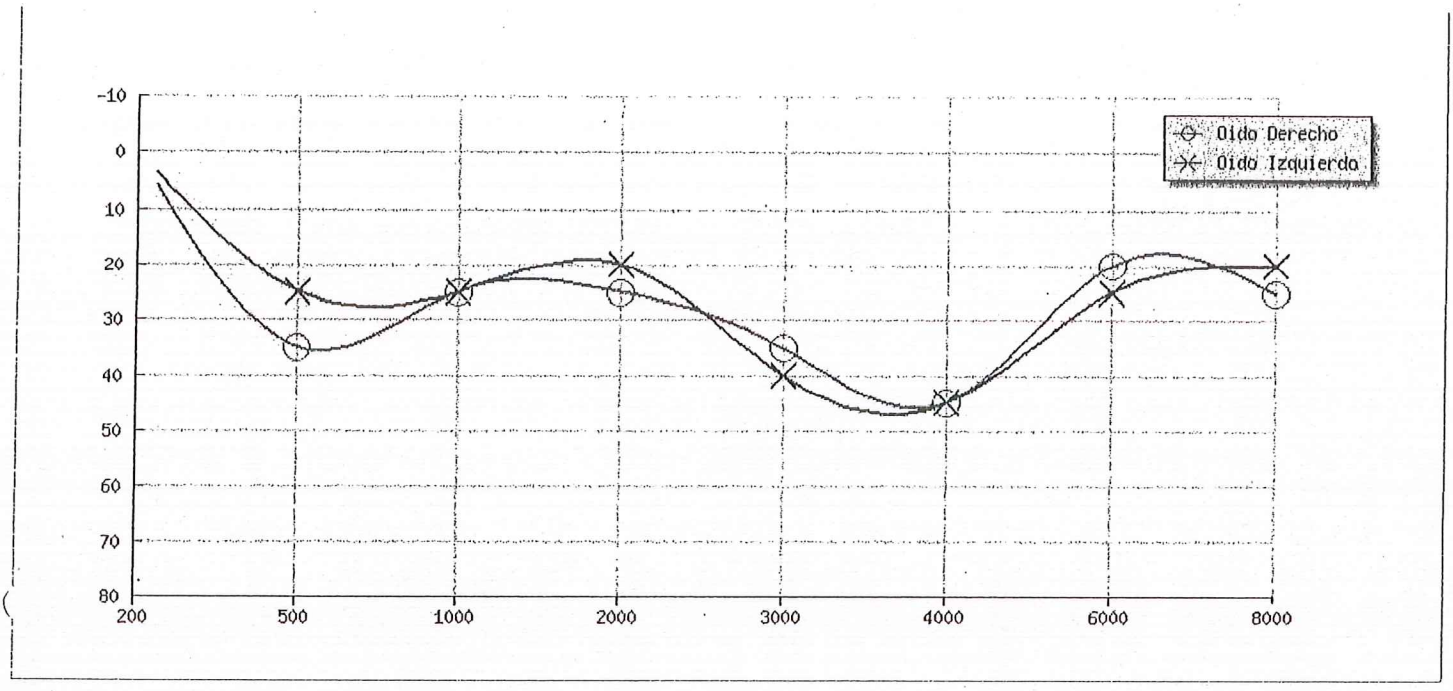
**CUADRO CLASIFICACION**

| | OIDO DERECHO | OIDO IZQUIERDO |
|---|---|---|
| PTA: 500Hz 1000Hz 2000Hz 3000Hz | 30 | 28 |
| UMBRAL: 4000Hz | 45 | 45 |
| ELI | 1 | 1 |
| SAL | 1 | |
| FRECUENCIAS CONVERSACIONALES | 29% | |
| NIOSH-1998 | | |
| 1 | X | X |
| ANSI-96(PTA) | | |
| 1 | X | X |

OBSERVACIONES

DESCENSO LEVE POR AMBOS OIDOS

**AUDIOGRAMA**




**ESTA HISTORIA AUN NO PRESENTA NOTAS DE OBSERVACIONES SOBRE HC**

IRINA VASQUEZ M

PROFESIONAL
REGISTRO: 058
- 40029246 - T.P 058
AUDIOMETRIA SO

Imprimió: IRINA VASQUEZ M - IVASQUEZ

Fecha Impresión : 2018/9/7 - 08:11:08

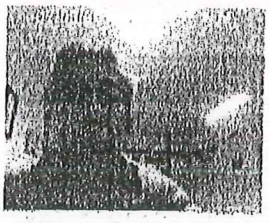
# CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA, MENTAL Y DE COORDINACIÓN MOTRIZ

CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES CRC LICENCIA SEGURA S.A.S Nit: 900.849.060-1

DIR. CLL 16 No 1C - 96 OFICINA 205-207 EDF OCCIDENTES SANTA MARTA TEL: 3176562620

Habilitado por el Ministerio de Transporte según Res. Nº 001130 - 17 MARZO 2016

Habilitado por la seccional de salud según Res. Nº 470010125601



**Nº de identificación:** 12534323
**Tipo de documento:** CC - Cédula de Ciudadania
**Nombres:** MARTIN ALFONSO
**Apellidos:** CAICEDO MARTINEZ
**Dirección:** CRA 21 A N 29C-03
**Ocupación:** INGENIERO PESQUERO
**EPS:** MEDIMAS
**Ciudad residencia:** SANTA MARTA

**Depto residencia:** MAGDALENA
**Teléfono:** 4405226
**Fecha de nacimiento:** 11-FEB-1951
**Género:** Masculino
**Escolaridad:** Profesional
**Tipo de sangre:** B+

**Num Proceso:** I0000825
**Num Certificado:** 820

| | |
|---|---|
| **PRIMER CATEGORÍA:** NO APLICA / NO REGISTRA<br>**PRIMER TRÁMITE:** EXAMEN PSICOSENSOMETRICO | **SEGUNDA CATEGORÍA:** NO APLICA / NO REGISTRA<br>**SEGUNDO TRÁMITE:** NO APLICA / NO REGISTRA |

## INFORME PARCIAL DE EVALUACIÓN PSICOMOTRÍZ

El presente documento contiene los resultados individuales obtenidos de la exploración y evaluación realizada al aspirante. Este documento **NO** es un **CERTIFICADO OFICIAL DE APTITUD FÍSICA, MENTAL Y DE COORDINACIÓN MOTRIZ** cómo es requerido por las autoridades de tránsito para expedir la licencia de conducción.

**NOTA 1:** Esta decisión de certificación es tomada con base en los resultados obtenidos de las exploraciones evaluadas, datos registrados en el reporte del aspirante e informe de evaluación el cual es parte integral del presente certificado. El aspirante puede solicitar una copia de los resultados en mención si así lo desea.
**NOTA 2:** El que en actuación judicial o administrativa, bajo la gravedad de juramento ante autoridad competente, falte a la verdad o calle total o parcialmente, incurrirá en prisión de 4 a 8 años (artículo 442 CP).
**NOTA 3 (Candidato):** BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO, declaro que la información suministrada a los facultativos durante todas las exploraciones y la entrevista de antecedentes referidos al historial médico o diagnóstico clínico corresponden estrictamente a la verdad.
**NOTA 4 (Médico):** BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO, declaro que la información suministrada en el presente certificado corresponde única y estrictamente a la verdad.

Igualmente autorizo a este centro de reconocimiento de conductores para la obtención y manejo de mis datos personales así como de mis huellas, fotografías y demás que deberé proporcionar en la debida realización del certificado de aptitud física, mental y de coordinación motriz y para dar cumplimiento a lo definido a las leyes son la 1266 de 2008, la Ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 del 27 de junio de 2013 para el manejo y almacenamiento de mi información.

## INFORME PARCIAL DE EVALUACIÓN PSICOMOTRÍZ

| TRASTORNOS MENTALES Y DE CONDUCTA | |
|---|---|
| Coeficiente intelectual (%) : | 87 % |
| Trastornos amnésicos: | NO |
| Enfermedad médica: | NO |
| Trastornos psicóticos: | NO |
| Estado de ánimo: | NO |
| Trastornos disociativos: | NO |
| Trastorno del sueño: | NO |
| Control de impulsos: | NO |
| Trastornos de personalidad: | NO |
| Desarrollo intelectual con CI<70 | NO |
| Déficit de atención | NO |
| Otros trastornos: | NO |

| TEST DE COORDINACIÓN MOTRIZ | Tiempo de Respuesta | Rangos | Errores | Rangos |
|---|---|---|---|---|
| Resistencia a la monotonía | 710 | <=890 | 2 | <=4 |
| Tiempos de reacciones múltiples | 1329 | <=1483 | 2 | <=6 |
| Coord. Visiomotora bimanual | 3920 | <=5553 | 8 | <=27 |
| Anticipación de la velocidad | 700 | <=948 | | |
| Reacción al frenado | 700 | <=867 | | |
| Inteligencia práctica | SI | SI | | |

| TRASTORNOS CON SUSTANCIAS | |
|---|---|
| Abusos del alcohol: | NO |
| Dependencia del alcohol: | NO |
| Trastornos por alcohol: | NO |
| Abuso drogas / medicamentos: | NO |
| Consumo drogas | NO |
| Dependencia drogas / medicamentos: | NO |
| Trastornos drogas: | NO |

| CONCLUSIONES APTITUD PERCEPTIVO-MOTORA | |
|---|---|
| ¿Presenta indicios de deterioro cognitivo? | NO |
| ¿Las capacidades comprenden las posibles deficiencias? | SI |
| ¿Alteraciones que limiten adecuarse a situaciones de tráfico? | NO |
| ¿Incapacidad para adaptarse a trayectorias establecidas? | NO |
| ¿Alteraciones graves en los tiempos de respuesta? | NO |
| ¿La organización espacial es inadecuada? | NO |

**Estado del proceso:** TERMINADO
**Valoración:** Apto
**Observación:** APTO
**Restricciones:** Ninguna

**Fecha Evaluación**
07/09/2018

LINA ROSA COSTA CONRADO
Firma y huella - Bajo gravedad de juramento
**Psicólogo**

MARTIN ALFONSO CAICEDO MARTINEZ
**Firma Candidato**

## Hace constar:

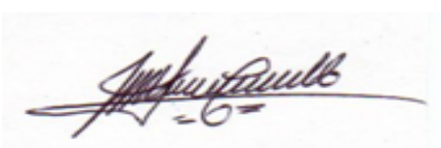
Que el Sr(a) MARTIN ALFONSO CAICEDO MARTINEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 12534323 realizó el día 23/02/2021 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

## Compromiso SST:

Yo MARTIN ALFONSO CAICEDO MARTINEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 12534323 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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## Hace constar:

Que el Sr(a) MARTIN ALFONSO CAICEDO MARTINEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 12534323 realizó el día 11/03/2021 la Capacitación de protocolos de bioseguridad.

De acuerdo a lo establecido en la Resolución 666 de 2020 del ministerio de salud y protección y social, la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del SENA, mediante la cual se establece el protocolo de medidas generales y de bioseguridad para prevenir y mitigar la propagación del COVID-19, Circular 01-03-2020-000156 del 02 de septiembre del 2020 del Sena, mediante el cual se establece el alcance a la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## Hace constar:

Que el Sr(a) MARTIN ALFONSO CAICEDO MARTINEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 12534323 realizó el día 11/03/2021 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la

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

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## Hace constar:

Que el Sr(a) MARTIN ALFONSO CAICEDO MARTINEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 12534323 realizó el día 11/03/2021 la Capacitación Módulo 2 - Riesgos en el puesto de trabajo y medidas de prevención de la entidad y aprobó la

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

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

**POSITIVA**

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

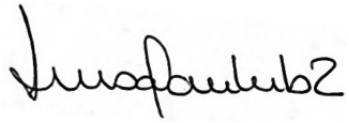
**CERTIFICA**

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que MARTIN ALFONSO CAICEDO MARTINEZ, con Cédula Ciudadanía No. 12534323 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 22/02/2021, para el contrato registrado con fecha desde 22/02/2021 y fecha hasta 07/12/2021, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 4.

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202101012490935.

Dada en Bogotá, a los 23 días del mes de febrero de 2021



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

# Certificado Bancario

Miércoles, 17 de Febrero de 2021

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que MARTIN ALFONSO CAICEDO MARTINEZ identificado(a) con CC 12534323, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | 45015428404 | 2005/07/25 | ACTIVA |

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

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

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el momento de todos
Bancolombia

VB 40 build 20190618

Redeban

FEB 19 2021 15:46:34 RBMICT 8.51

CORRESPONSAL
BANCOLOMBIA
BARRIO VILLA MONICA SA
CLL 29H 3 21F 31 LOC 7
C.UNICO: 3007024363 TER: 11116478
RECIBO: 052631 RRN: 053135
APRO: 004303

RECAUDO
CONVENIO: 47189
SEGUROS DEL ESTADO S
REF: 10000027719076

VALOR $ 33.320

Bancolombia es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros por su cuenta. Verifique que la informacion en este documento este correcta. Para reclamos comuniquese al 018000912345. Conserve esta tirilla como soporte.

*** CLIENTE ***

CLIENTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| 4361 recaudo<br>DEL ESTADO GENERALES<br>Nit. 860009578-6 | | Referencia de Pago Nro: | 10000027719076 |
| | | Fecha Emisión: | 19/02/2021 |
| LER FRANCISCO | | Fecha de Pago | |
| | | DIA: 19 | MES: 02 / AÑO: 2021 |
| r 1 | | Fecha de Vencimiento de la Boleta | 24/02/2021 |
| sello y firma de la entidad recaudadora para que tenga validez de comprobante de pago | | | |

CAJERO

| | | | |
|---|---|---|---|
| 4361 recaudo<br>OS DEL ESTADO GENERALES<br>Nit. 860009578-6 | | Referencia de Pago Nro: | 10000027719076 |
| | | Fecha Emisión: | 19/02/2021 |
| Nombre de quien realiza la consignación<br>EDINA HILLER FRANCISCO | | Fecha de Pago<br>DIA: 19 | MES: 02 / AÑO: 2021 |
| Teléfono | | TOTAL A PAGAR : | $33,320.00 |

(415)7709998021167(8020)10000027719076(3900)00000000033320(96)20210224

| | |
|---|---|
| Lugares de Pago: | Baloto: Ref 959595 4361 -10000027719076 \| Grupo Éxito (Carulla Éxito, Surtimax) \| Cajeros ATH \| Edeq \| Colsubsidio \| MovilRed \| Copidrogas \| La 14 |

[Usuario Genera: 12563639]

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

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

| Ciudad de Expedición: | Sucursal: | Cod. Sucursal: | Nro. Póliza: | Anexo: |
|---|---|---|---|---|
| SANTA MARTA | AGENCIA SANTA MARTA | 46 | 46-46-101003654 | 0 |

| Fecha Expedición: | | | Vigencia Desde: | | | A las: | Vigencia Hasta: | | | A las: | Tipo Movimiento: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Día: | Mes: | Año: | Día: | Mes: | Año: | Horas: | Día: | Mes: | Año: | Horas: | |
| 19 | 02 | 2021 | 22 | 02 | 2021 | 00:00 | 07 | 04 | 2022 | 00:00 | EMISIÓN ORIGINAL |

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

| Nombre o Razón Social: | CAICEDO MARTINEZ MARTIN ALFONSO | | | Identificación: | 12534323 |
|---|---|---|---|---|---|
| Dirección: | DIAGONAL 35 NO. 9-60 | Ciudad: | SANTA MARTA - MAGDALENA | Teléfono: | 4359898 |

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

| Nombre o Razón Social: | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA | | | Identificación: | 899999034-1 |
|---|---|---|---|---|---|
| Dirección: | AV FERROCARRIL 27-97 | Ciudad: | SANTA MARTA - MAGDALENA | Teléfono: | 4212064 |

**OBJETO DEL SEGURO**

CON SUJECIÓN 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.2277747 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR,PARA IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE ARTICULACION CON LA MEDIA DEL CENTRO ACUICOLA Y AGROINDUSTRIAL DE GAIRA EN LA ESPECIALIDAD DE ACUICOLA.

**AMPAROS**

**RIESGO:** PRESTACION DE SERVICIOS

| AMPAROS: | Vigencia Desde: | Vigencia Hasta: | Suma Asegurada / Actual: |
|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 22/02/2021 | 07/04/2022 | $ 3,692,000.00 |

**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 | $ 3,692,000.00 | 19/02/2021 |

| INTERMEDIARIO | | | DISTRIBUCIÓN COASEGURO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nombre: | Clave: | % DE PARTICIPACIÓN: | Nombre Compañía: | % Participación: | Valor Asegurado: |
| HILLER FRANCISCO GARCIA MEDINA | 9519 | 100,00 | | | |

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

**Para efecto de notificaciones la dirección de Seguros del Estado S.A. es CALLE 20 NO. 11-75 L103 C.C. SANTA MARTA ACUARIUM - Teléfono: 4208**

**FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas**

**FIRMA TOMADOR**

**Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdelestado.com**

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

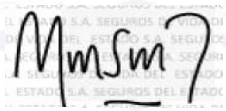
SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

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

Hacemos constar, que la póliza No. 46-46-101003654, 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 SANTA MARTA, a los 19 días del mes de Febrero de 2021



**FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas**

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

## SEGUROS DEL ESTADO S.A.

**Hace constar que:** **RECIBO DE PAGO N°:** 46461010036540

| **FECHA** | |
|---|---|
| 19/02/2021 | |

**RECIBIMOS DE:** CAICEDO MARTINEZ MARTIN ALFONSO C.C. 12534323

**LA SUMA DE:** TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

**POR CONCEPTO DE:** PAGO DE PÓLIZA NRO.: 46-46-101003654

| SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA | PRIMA | GASTOS EXPEDICION | IVA | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| AGENCIA SANTA MARTA - CU. ESTATAL - 101003654 - 0 - 0 | $ 20,000.00 | $ 8,000.00 | $ 5,320.00 | $ 33,320.00 |

**FORMA DE PAGO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | **EFECTIVO:** | $ 33,320.00 |
| | | **CHEQUE:** | $ 0.00 |
| | | **TARJETA:** | $ 0.00 |
| | | **BD:** | $ 0.00 |
| **INTERMEDIARIO:** | HILLER FRANCISCO GARCIA MEDINA - 9519 | **OTROS:** | $ 0.00 |
| | | **TOTAL:** | $ 33,320.00 |
| | | **CAJERO: RAPIESTADO** | |

**ORIGINAL**

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

## SEGUROS DEL ESTADO S.A.

**Hace constar que:** **RECIBO DE PAGO N°:** 46461010036540

| **FECHA** | |
|---|---|
| 19/02/2021 | |

**RECIBIMOS DE:** CAICEDO MARTINEZ MARTIN ALFONSO C.C. 12534323

**LA SUMA DE:** TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

**POR CONCEPTO DE:** PAGO DE PÓLIZA NRO.: 46-46-101003654

| SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA | PRIMA | GASTOS EXPEDICION | IVA | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| AGENCIA SANTA MARTA - CU. ESTATAL - 101003654 - 0 - 0 | $ 20,000.00 | $ 8,000.00 | $ 5,320.00 | $ 33,320.00 |

**FORMA DE PAGO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | **EFECTIVO:** | $ 33,320.00 |
| | | **CHEQUE:** | $ 0.00 |
| | | **TARJETA:** | $ 0.00 |
| | | **BD:** | $ 0.00 |
| **INTERMEDIARIO:** | HILLER FRANCISCO GARCIA MEDINA - 9519 | **OTROS:** | $ 0.00 |
| | | **TOTAL:** | $ 33,320.00 |
| | | **CAJERO: RAPIESTADO** | |

**COPIA**

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

# PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.46-46-101003654

**1. AMPAROS.**

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ SEGURESTADO 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 SUJECIÓN A LA DEFINICIÓN DE LAS CONDICIONES ADELANTE INDICADAS, LLEGARE A CAUSAR EL GARANTIZADO POR EL INCUMPLIMIENTO QUE, ATRIBUIBLE A SU ACCIÓN U OMISIÓN, PRODUJERE.

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

**1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.**

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

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

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

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

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

**1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.**

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

**1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.**

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

**1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.**

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

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

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

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

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

**1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.**

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

**1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO**

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

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

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

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

**2. EXCLUSIONES.**

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

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

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

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

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

**3. SUMA ASEGURADA.**

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

**4. VIGENCIA.**

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

**5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.**

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

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

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

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

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

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

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

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

**6. COMPENSACIÓN.**

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

**7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.**

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

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

**8. PLAZO PARA EL PAGO.**

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

**9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.**

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

EL ULTIMO 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, PREVALECERÁN 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.

# TIEMPO ACT. APOYO A LA FORMACION

**INSTRUCTOR:** MARTIN ALFONSO CAICEDO MARTINEZ

**CENTRO DE FORMACIÓN:** CENTRO ACUICOLA Y AGROINDUSTRIAL DE GAIRA

**FECHA INICIAL:** 01/02/2021 00:00:00

**FECHA FINAL:** 27/02/2021 23:59:59

## ACTIVIDADES ACADÉMICAS

**TOTAL HORAS ACTIVIDADES ACADÉMICAS:** 0,00

## EVENTOS DE DIVULGACIÓN TECNOLÓGICA - EDT´s

| FICHA | FECHA INICIO | FECHA FINAL | EVENTO | HORAS |
|---|---|---|---|---|

**TOTAL TIEMPO EDT´s:** 0,00

## ACTIVIDADES ADICIONALES

| FECHA INICIAL | FECHA FINAL | ACTIVIDAD | HORAS |
|---|---|---|---|
| 22/02/2021 | 26/02/2021 | OTROS | 40,00 |

**TOTAL ACTIVIDADES ADICIONALES:** 40,00

**INSTRUCTOR:** MARTIN ALFONSO CAICEDO MARTINEZ

**CENTRO DE FORMACIÓN:** CENTRO ACUICOLA Y AGROINDUSTRIAL DE GAIRA