

 <p>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	<p align="center">DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)</p> <p align="center">REGIONAL CHOCÓ</p> <p align="center">CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD-CHOCÓ</p> <p>Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1</p> <p align="center">Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)</p>		<p>Código Regional</p>	<p>27</p>
			<p>Código Centro</p>	<p>952210</p>
			<p>Fecha Elaboración</p>	<p>Abril de 2021</p>
			<p>Versión</p>	<p>ENERO 2021 - 1,21</p>
			<p>ID de Proceso</p>	<p>18219-178721</p>
		<p>No. de documento</p>	<p>52919</p>	
<p align="center">DATOS DEL CONTRATISTA</p>				
<p>Nombres y apellidos contratista:</p>		<p>ROSA MARIA PALACIOS RODRIGUEZ</p>		<p>C.C.</p>
<p>Correo electrónico contratista:</p>		<p>rmpalacios@sena.edu.co</p>		<p>35.601.300</p>
<p>Régimen del IVA:</p>		<p>☐ NO RESPONSABLE ☒ Pertenece al régimen simple de tributación?</p>		<p>IP/N° de contacto</p>
				<p>3204432595</p>
<p>Sus ingresos en el 2020 Superaron \$49'849.000</p>		<p>☐ NO ☒ SI</p>		<p>Es declarante de renta?</p>
				<p>☐ NO ☒ Es Pensionado?</p>
<p>Banco al cual consignar:</p>		<p>BANCO POPULAR</p>		<p>Inducción SST</p>
				<p>☐ SI ☒ Presta Servicios Excluidos de IVA ?</p>
<p>Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?</p>		<p>☐ NO ☒ SI</p>		<p>Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2021 supera los \$ 119'806.000</p>
				<p>☐ NO ☒ NO</p>
<p align="center">DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO</p>				
<p>N° del contrato:</p>		<p>2271225/2021</p>		<p>N° Compromiso SIIF</p>
				<p>10021</p>
<p>Valor Total del Contrato</p>		<p>\$ 23.893.333</p>		<p>Periodo objeto de pago</p>
<p>Saldo Anterior del Contrato</p>		<p>\$ 23.893.333</p>		<p>Del</p>
<p>Nuevo Saldo del Contrato</p>		<p>\$ 23.253.333</p>		<p>Al</p>
				<p>23/02/2021 28/02/2021</p>
		<p>Comisiones</p>		<p>Valor Bruto Pago</p>
				<p>\$ 0,00</p>
<p>OBJETO CONTRACTUAL:</p>		<p>PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE INSTRUCTOR PARA ATENDER LOS PROCESOS DE FORMACIÓN EN LA MODALIDAD COMPLEMENTARIA PARA LA POBLACIÓN VÍCTIMA EN LOS PROGRAMAS DE ARTESANÍAS, PRIMERA INFANCIA, CONFECCIÓN, CONSTRUCCIÓN EN GUADUA, EBANISTERÍA, ELABORACIÓN DE P</p>		
<p>(Descripción del servicio prestado)</p>				
<p align="center">RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO</p>				
<p>Ingresos por honorarios</p>		<p>\$ 640.000</p>		<p>Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°</p>
<p>Ingresos por comisiones</p>		<p>\$ 0</p>		<p>Retención en la Fuente del Periodo</p>
<p>Ingresos de otros meses cobrados en el mes</p>		<p>\$ 0</p>		<p>Menos, Retefuente Otros Ingresos</p>
<p>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</p>		<p>\$ 640.000</p>		<p>\$ 0</p>
<p>BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE</p>		<p>\$ 285.750</p>		<p>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</p>
				<p>\$ 0</p>
<p align="center">LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR</p>				
<p>N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS</p>		<p>Febrero</p>		<p>Enero</p>
				<p>4377202862-438</p>
<p>Ingreso Base de Cotización - IBC</p>		<p>\$ 908.526</p>		<p>Valor Base retención en la fuente</p>
<p>Aporte obligatorio a seguridad social salud</p>		<p>\$ 113.600</p>		<p>Valor Base retención en la fuente ICA</p>
<p>Aporte obligatorio a seguridad social Pensión</p>		<p>\$ 145.400</p>		<p>Valor base IVA</p>
<p>Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional</p>		<p>\$ -</p>		<p>IVA (Si es RESPONSABLE)</p>
<p>ARL</p>		<p>\$ 4.800</p>		<p>Menos Retención en la Fuente</p>
<p>Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias</p>		<p>\$ -</p>		<p>Menos Retención IVA</p>
<p>Aportes voluntarios a cuentas AFC</p>		<p>\$ -</p>		<p>Reteica - 8551</p>
<p>Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064</p>		<p>\$ -</p>		<p>762,00</p>
<p>Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.630.800</p>		<p>\$ -</p>		<p>0,200%</p>
<p>Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes</p>		<p>\$ -</p>		<p>Pro Utch</p>
<p>Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes</p>		<p>\$ -</p>		<p>6.400,00</p>
<p>Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes</p>		<p>\$ -</p>		<p>1,000%</p>
<p>Dependientes hasta \$ 1.161.856</p>		<p>\$ -</p>		<p>Otras Retenciones</p>
<p>Salud hasta \$ 580.928</p>		<p>\$ -</p>		<p>0,00</p>
<p>Renta Exenta 25% \$ 8.713.920</p>		<p>\$ 95.250</p>		<p>0,000%</p>
<p>Retención en la Fuente Contingente</p>		<p>\$ -</p>		<p>Otras Retenciones</p>
				<p>0,00</p>
				<p>0,000%</p>
				<p>Descuentos de Libranza</p>
				<p>0,00</p>
				<p>Descuentos de embargo (Si tiene)</p>
				<p>0,00</p>
				<p>VALOR A PAGAR</p>
				<p>\$ 632.838,00</p>
<p align="center">SON: SEISCIENTOS TREINTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS M/CTE</p>				
<p align="center">ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO</p>				
<p>Busqueda y consolidacion de aprendices para dictar la formacion</p>				
<p>Elaboracion de las guias de aprendizaje</p>				
<p>Alistamiento e información para el desarrollo de las actividades contractuales - Reunión con el Director</p>				
<p>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</p>				
<p>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.</p>				
<p align="right">ROSA MARIA PALACIOS RODRIGUEZ EL CONTRATISTA</p>				
<p align="center">CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>				
<p>En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:</p>				
<p>1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;</p>				
<p>2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;</p>				
<p>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.</p>				
<p align="right">YILSE ALEID RUIZ CARRILLO INSTRUCTOR G13</p>				
<p align="center">Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:</p>				
<p align="center">EL ORDENADOR DEL PAGO</p>				
<p align="center">JUAN CARLOS BLANCO CORDOBA DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO</p>				



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ROSA MARIA PALACIOS RODRIGUEZ identificado(a) con CC 35601300 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: 01/09/2019

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: COLOMBIA SALUDABLE SEDE QUIBDO

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 14 días del mes de febrero del año 2021.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) ROSA MARIA PALACIOS RODRIGUEZ identificado(a) con C.C No. 35.601.300, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 11 de febrero del 2021.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.



Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 35601300
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	ROSA MARIA PALACIOS RODRIGUEZ	
CIUDAD/MUNICIPIO:	QUIBDO DEPARTAMENTO:	CHOCO
DIRECCIÓN:	B ELL JARDIN SECTOR LOS TELÉFONO:	6736847
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	4377202862	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: enero	PERIODO COTIZACIÓN MES: enero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2021	SALUD: AÑO: 2021
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2021/02/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9993929806

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	\$ 113.600
SUBTOTAL:			1	\$ 113.600

TOTAL PAGADO:

\$ 113.600

La Planilla presentada corresponde al mes de
enero Salud del año 2021

Rosa Maria Palacios R

C.C. 35601300

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 35601300
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	ROSA MARIA PALACIOS RODRIGUEZ	
CIUDAD/MUNICIPIO:	QUIBDO DEPARTAMENTO:	CHOCO
DIRECCIÓN:	B ELL JARDIN SECTOR LOS TELÉFONO:	6736847
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	4383007354	TIPO DE PLANILLA:
PERIODO COTIZACIÓN	MES: enero	PERIODO COTIZACIÓN
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2021	SALUD:
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2021/03/24	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9994429192
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	4377202862	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA: 2021/02/11

LIQUIDACIÓN GENERAL				TOTALES	
				COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
800227940	231001	231001-COLFONDOS		1	\$ 145.400
SUBTOTAL:				1	\$ 145.400
SALUD					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS		1	\$ 0
SUBTOTAL:				1	\$ 0

TOTAL PAGADO:	\$ 145.400
----------------------	-------------------

La planilla presentada corresponde al mes de enero
Pension del año 2021

Rosa Maria Palacios R
C.C 35601300

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	35601300
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	ROSA MARIA PALACIOS RODRIGUEZ		
CIUDAD/MUNICIPIO:	QUIBDO	DEPARTAMENTO:	CHOCO
DIRECCIÓN:	B ELL JARDIN SECTOR LOS	TELÉFONO:	6736847
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
NÚMERO PLANILLA:	4383683821	TIPO DE PLANILLA:	N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: enero	PERIODO COTIZACIÓN:	MES: enero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2021	SALUD:	AÑO: 2021
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2021/03/30	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9994490223
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	4377202862	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2021/02/11

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	\$ 0
SUBTOTAL:			1	\$ 0
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 4.800
SUBTOTAL:			1	\$ 4.800

TOTAL PAGADO:	\$ 4.800
----------------------	-----------------

la planilla presentada corresponde al mes de enero
ARL del año 2021

Rosa Mario Palacios R
CC 35601300 Q

2. Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14227011775



(415)7707212489984(8020) 000001422701177 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

3 5 6 0 1 3 0 0

6. DV

1

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Quibdó

14. Buzón electrónico

1 8

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

3 5 6 0 1 3 0 0

27. Fecha expedición

1 9 9 4, 0 6, 2 0

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Chocó

2 7

30. Ciudad/Municipio

Quibdó

0 0 1

31. Primer apellido

PALACIOS

32. Segundo apellido

RODRIGUEZ

33. Primer nombre

ROSA

34. Otros nombres

MARIA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Chocó

2 7

40. Ciudad/Municipio

Quibdó

0 0 1

41. Dirección principal

BRR JARDIN CL 23 20 56 SEC LOS LIROS

42. Correo electrónico

rpalaciosrodriguez@yahoo.es

43. Código postal

44. Teléfono 1

6 7 2 3 9 0 8

45. Teléfono 2

3 2 0 4 4 3 2 5 9 5

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 5 5 1

47. Fecha inicio actividad

2 0 0 7, 0 1, 1 5

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1

2

Ocupación

51. Código

2 3 2 0

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 2 0

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código

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

2016 - 01 - 22

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 LOZANO MURILLO ALMA LIGIA

985. Cargo Gestor I

CONCEPTO DE APTITUD POR: EXAMEN DE INGRESO

Empresa Afiliadora: PARTICULAR

Nombre: ROSA MARIA PALACIOS RODRIGUEZ

No. CC 35601300

Empresa Usaria: PARTICULAR Fecha Nac. 18/10/1974 Sexo: F

Edad: 46 años Nro. Hijos: 0 Escolaridad: Universitario

Estado civil: SOLTERA(O) Servicio Militar:

Dir: 27001 BRR SAN FRANCISCO DE MEDRANO C

Tel: 3204432595 -

Cargo a Desempeñar: Otros Instructores

Antigüedad en el cargo: Dias Antigüedad en la empresa: Dias

E.P.S.: LA NUEVA E.P.S ARL: SIN ARL



Fecha Atención 11/02/2021

Fecha Impresión 11/02/2021

Pag. 1

CONCEPTO DE APTITUD SIN SINTOMA ASOCIADO A COVID 19. SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se realiza examen Médico Ocupacional, con énfasis en Osteomuscular, durante el examen físico evidencio paciente sin limitaciones físicas, conserva ángulos de movimientos, al igual que tono, fuerza muscular y sensibilidad, tiene presente y conservados reflejos osteotendinosos. En el momento no presenta alguna limitación física y funcional para realizar su cargo.

Paciente con sobrepeso por lo que le recomiendo:

1. adquirir buenos hábitos alimenticios. dieta baja en grasas, sal harinas, azúcar. dieta rica en frutas verduras proteínas fibras
2. ejercicio diario mínimo 45 minutos diarios
3. bajar de peso

Por estar en momento de pandemia debido a COVID-19 se explica que debe estar durante su jornada de trabajo todo el tiempo con tapabocas, lavado de manos cada 2 horas, distanciamiento de 2 metros con sus compañeros de trabajo. En caso de presentar síntomas relacionados al Covid- infórmele a su jefe inmediato, aislarse y en caso de requerirlo consultar por urgencias

RECOMENDACIONES GENERALES:

1. Asistir a la capacitación, participar en las actividades de entrenamiento y reentrenamiento programados por el empleador y aprobar satisfactoriamente las evaluaciones.
2. Cumplir todos los procedimientos establecidos.
3. Informar sobre cualquier condición de salud que le genere restricciones antes de realizar cualquier tipo de trabajo.
4. Utilizar las medidas de prevención y protección contra caídas.
5. No usar ni consumir estupefacientes o sustancias psicotrópicas durante el desarrollo de su actividad (DECRETO 1108 de 1994) o fuera de su trabajo.
6. El ejercicio regular al menos 5 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la práctica de actividad deportiva, acorde con su interés, estado físico y condiciones de salud. Esta recomendación no está relacionada con implicaciones para su trabajo habitual.

Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerio de trabajo y de Salud y Protección Social), reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objeto de determinar la aptitud para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo y establecer la existencia de restricciones o limitaciones del aspirante. También establece que la empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MEDICO LABORAL del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clínica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, según lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiéndose que hacen parte integral de su historial médico.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Previamente a este examen he sido informado por la empresa y el medico examinador de las exigencias de la Ley para el examen médico laboral, por consiguiente, certifico que he autorizado para que se me efectúe, incluyendo los exámenes de laboratorio y ayudas para clínicas que estén establecidas para el cargo de Salud Ocupacional de la empresa, igualmente autorizo para que su contenido sirva para los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica que estén establecidos (Resolución 2346/07). El examinado autoriza para que a través del médico de la empresa, esta conozca el certificado médico ocupacional e igualmente la exposición anterior a riesgos ocupacionales.

Lauren Zilima Hoyos Mosquera
11/02/2021
RHL 2704B

Firma Medico Especialista

Profesional: LAUREN ZILIMA HOYOS MOSQUERA Registro:...

Rosa Maria Palacios R.

Firma Trabajador, huella digital C.C.
Certifico que los datos suministrados son verídicos.



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



Hace constar:

Que el Sr(a) ROSA MARIA PALACIOS RODRIGUEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 35601300 realizó el día 25/03/2021 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

Rosa Maria Palacios R
C.C. 35601300 &

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

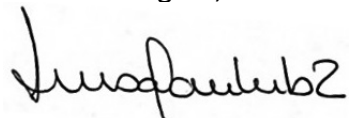
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que ROSA MARIA PALACIOS RODRIGUEZ, con Cédula Ciudadanía No. 35601300 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 10/10/2021 con riesgo 1 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202101013237535.

Dada en Bogotá, a los 15 días del mes de marzo de 2021



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.



CERTIFICACIÓN DE PRODUCTO

Ciudad,
QUIBDO

El Banco Popular, hace constar que el cliente PALACIOS RODRIGUEZ ROSA MARIA
identificado con Cédula de Ciudadanía No. 35.601.300, actualmente posee el siguiente producto
radicado en la oficina 380 Quibdo con las siguientes características:

Tipo de Producto:	AHORRO PURO
Número:	210-380-39025-2
Fecha de Apertura:	20020311
Nombre Cuenta	PALACIOS RODRIGUEZ ROSA MARIA
Estado	ACTIVA

Esta constancia se expide con destino a A SOLICITUD DEL INTERESADO
Elaborada en la oficina 380 QUIBDO el día 26 del mes 03 del año 2021

Atentamente,

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

Sin firma autografa art. 10 decreto 836 de 1991.
BANCO POPULAR



NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN MEDELLIN						SUCURSAL MEDELLIN						COD.SUC 65		NO.PÓLIZA 65-44-101194278		ANEXO 0	
FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO			VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO			A LAS HORAS		VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO			A LAS HORAS		TIPO MOVIMIENTO				
22 02 2021			22 02 2021			00:00		03 02 2022			23:59						
														EMISION ORIGINAL			

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL PALACIOS RODRIGUEZ, ROSA MARIA								IDENTIFICACIÓN CC: 35.601.300	
DIRECCIÓN: CALLE 23 NO. 20-56						CIUDAD: QUIBDO, CHOCO		TELÉFONO: 6736847	

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - REGIONAL CHOCO								IDENTIFICACIÓN NIT: 899.999.034-1	
DIRECCIÓN: KR 1 A NRO. 28 - 71 OFC 108						CIUDAD: QUIBDO, CHOCO		TELÉFONO 6723800	

ADICIONAL:

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:

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO NO.2271225 DE 2021; RELACIONADA CON PRESTACION DE SERVICIOS DE VEINTICINCO (25) INSTRUCTORES PARA ATENDER LOS PROCESOS DE FORMACION EN LA MODALIDAD COMPLEMENTARIA PARA LA POBLACION VICTIMA EN LOS PROGRAMAS DE ARTESANIAS, PRIMERA INFANCIA, CONFECCION, CONSTRUCCIN EN GUADUA, EBANISTERIA, ELABORACIN DE PRODUCTOS DE ASEO, EMPRENDIMIENTO, MANIPULACION DE ALIMENTOS, MERCADEO Y VENTAS, MOTORES FUERA DE BORDA, MUSICA, PISCICULTURA, AGROPECUARIA, PROYECTOS, SISTEMAS Y TURISMO EN EL CRNIB DE LA REGIONAL CHOCO DURANTE LA VIGENCIA 2021

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	22/02/2021	03/02/2022	\$2,389,333.30

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
\$ *****20,000.00	\$ *****8,000.00	\$ *****5,320.00	\$ *****33,320.00	\$ *****2,389,333.30	CONTADO
INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
LIBIA VASQUEZ Y CIA LTDA ASESORES D	4607	100.00			

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

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 53 NO 45-45 OFICINA 1006 - TELEFONO: 3695060 - MEDELLIN

65-44-101194278

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

Rosa M. Palacios R

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

OFICINA PRINCIPAL: CRA. 11 NO. 90-20 BOGOTA D.C. TELEFONO: 2186977

DLF004607A

1

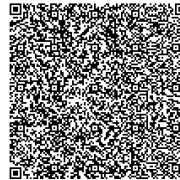
VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

**SEGUROS
DEL
ESTADO**

NIT. 860.009.578

Factura Electrónica
De Venta

N°. 65G-36341



Grandes Contribuyentes

I.V.A. Régimen Común

Agente Retenedor de I.V.A.

Código CIIU 6511

Somos Gran Contribuyente de ICA para Bogotá según Resolución

Número DDI-042065 13/10/2019

Resolución Dían No. 18764004148302. Fecha de vigencia desde 2020/09/14 hasta

2022/03/14 Con Prefijo 65G, Desde 1 A 500000.

Autoriza DE 1 AL 500000

Fecha validación Dian:2021/02/22 11:41:51

Fecha

22 | 02 | 2021

Hora

11:42:00

Razón Social: PALACIOS RODRIGUEZ ROSA MARIA

Cédula de ciudadanía: 35601300

Dirección: CALLE 23 NO. 20-56

Teléfono: 6736847

E-mail: rpalaciosrodriguez@yahoo.es

No.	Cód Ramo Comercial	Descripción	Unidad	Cantidad	Valor Uni	Valor
1	44	POLIZA DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL - 65 - 101194278	unidad	1	28,000.00	28,000.00
Total						
1						

Observaciones:

Valor en letras: SON: TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS
VEINTE PESOS

Subtotal 28.000,00

Impoconsumo 0.00

IVA 5.320,00

Total 33.320,00

Firma Autorizada

Forma de Pago

Contado

Medio de Pago

Efectivo

IFactura

 Transfiriendo
 Proveedor Tecnológico Autorizado DIAN Nit: 900.032.159-4
Referencia pago
1101261533464-8



**SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.**

NIT 860.009.578-6

**PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN
FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES**

No. _____ SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015

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 SUJECCIÓN A LA DEFINICIÓN DE LAS CONDICIONES ADELANTE INDICADAS, LLEGARE A CAUSAR EL GARANTIZADO POR EL INCUMPLIMIENTO QUE, ATRIBUIBLE A SU ACCIÓN U OMISIÓN, PRODUJERE.

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

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

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

- 1.1.1 LA NO AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUANDO EL PLAZO PARA LA ADJUDICACIÓN O PARA SUSCRIBIR EL CONTRATO ES PRORROGADO, SIEMPRE QUE TAL PRÓRROGA SEA INFERIOR A TRES (3) MESES
- 1.1.2 EL RETIRO DE LA OFERTA DESPUÉS DE VENCIDO EL PLAZO FIJADO PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS OFERTAS.
- 1.1.3 LA NO SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO SIN JUSTA CAUSA POR PARTE DEL ADJUDICATARIO.
- 1.1.4 LA FALTA DE OTORGAMIENTO POR PARTE DEL PROPONENTE SELECCIONADO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

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

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

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

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

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

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

PERJUICIOS DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES SURGIDAS DEL CONTRATO AMPARADO POR LA GARANTÍA.

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

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

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

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

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

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

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

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

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

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA, SUFRIDOS POR LA DEFICIENTE CALIDAD E INCORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES

QUE RECIBE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO GARANTIZADO.

2. EXCLUSIONES.

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

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

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

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

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

3. SUMA ASEGURADA.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1079 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGUROESTADO 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 SEGUROESTADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DEBERÁ GARANTIZAR EL DEBIDO PROCESO DE SEGUROESTADO 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.

PARA CONSTANCIA DE LO EXPUESTO, Y EN SEÑAL DE ASENTIMIENTO Y COMPROMISO CON TODO LO AQUÍ PACTADO SE FIRMA EN _____ A LOS _____ () DÍAS DEL MES DE _____ DEL AÑO _____.