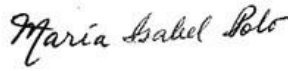


 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL ATLÁNTICO		Código Regional	8
			Código Centro	920710
			Fecha Elaboración	Febrero de 2023
			Versión	ENERO 2023 - 1,23
CENTRO NACIONAL COLOMBO ALEMAN-ATLANTICO - SERVIOS PRESTADOS A LA FORMACIO			ID de Proceso	22798-291631
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: MARIA ISABEL POLO DE LA HOZ		C.C. 22.712.258	IP/N° de contacto 0	
Correo electrónico contratista: mihoz@sena.edu.co				
Régimen del IVA: NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación? NO		Es declarante de renta? NO
		Es Pensionado? NO		
Banco al cual consignar: DAVIVIENDA		Inducción SST SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ? SI	
Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000: NO		Tipo de cta AHORROS	N° Cuenta 0550026300665325	
		Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los \$ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA) NO		
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO				
N° del contrato: 4494243/2023	N° Compromiso SIIF 29223			
Valor Total del Contrato \$ 17.911.000	N ° Pago 1	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago \$ 3.582.200,00
Saldo Anterior del Contrato \$ 17.911.000		Del 01/02/2023	Al 28/02/2023	
Nuevo Saldo del Contrato \$ 14.328.800		Legalización comisiones del periodo \$ 0,00		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		R.P- INSTRUCTOR TITULADA Y COMPLEMENTARIA EN EL ÁREA DE CULTURA EMPRENDEDORA Y EMPRESARIAL DE ACUERDO CON LA PROGRAMACIÓN ACADÉMICA ESTABLECIDA POR EL CENTRO NACIONAL COLOMBO ALEMÁN 08-9-2023-002666 .		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 3.582.200	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		0,00%	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 3.582.200	Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 2.105.985	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Febrero	Enero	Base retención en la fuente a titulo de RENTA 2.105.985,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.432.880	9445594500		Base retención en la fuente a titulo de ICA 3.173.700,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 179.200			Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 229.300			IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional \$ -			Menos Retención en la Fuente 0,00	
ARL \$ 7.500			Menos Retencion IVA 0,00	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ 8.835.833			Reteica - 8299 31.737,00	
\$ 895.550			0,00	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC \$ 13.430.466			0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$ 13.430.466			0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 4.241.200			0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -			Otras Retenciones 0,00	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -			Otras Retenciones 0,00	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -			Otras Retenciones 0,00	
Dependientes hasta \$ 1.357.184			Otras Retenciones 0,00	
Salud hasta \$ 678.592			Descuentos de Libranza 0,00	
Renta Exenta 25% \$ 2.792.123			Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
Retención en la Fuente Contingente \$ -			VALOR A PAGAR \$3.550.463,00	
SON: TRES MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Desarrollar la revisión de planeación pedagógica según la competencia de aprendizaje del programa de formación Verificar condiciones de ambientes asignados según horario de la programación Organizar formación en Emprendimiento a grupos asignados en los Programas Técnicos en Soldadura, Refrigeración Organizar formación en Emprendimiento a grupos asignados en los Programas Técnicos en Mecánica de Maquinaria Industrial Organizar formación en Emprendimiento a grupos en el Programa de Tecnólogo en Gestión de la Producción Industrial Organizar formación en Emprendimiento en el Programa de Tecnólogo en Supervisión de la Fabricación de Productos Metálicos Soldados Orientar formación en Emprendimiento a los grupos: MERVC 57 - MERVC 58 - MERVC 59 - MERVC 60 Orientar formación en Emprendimiento a los grupos: TSP 75 - TSP 76 - TMMI 77 - TGPI 23 - SFPMS 13 Diligenciar Formato establecido por la Coordinación Académica para presentar informe mensual de la ejecución del contrato				
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.				
			MARIA ISABEL POLO DE LA HOZ EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:			Autorizo el presente pago. El Supervisor,	
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.				
			ELKIN DAVID PERTUZ RADA 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				
VICTOR FABIAN ARBELAEZ TORREJANO SUBDIRECTOR DE CENTRO G02				

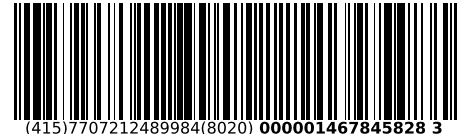
DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 22712258		POLO DE LA HOZ MARIA ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 38 21 74 BLQ G20 APTO 205	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3023078	SI	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Fecha		Pago		Valor	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora
2023-01	2023-01	1871934285	9445594500	I		2023/02/14	2023/01/19	BANCO DAVIVIENDA	0
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES									
EMPLEADO				PENSION			SALUD		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,160,000	\$185,600			\$1,160,000
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,160,000	\$185,600			\$1,160,000
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					\$1,160,000	\$185,600			\$1,160,000
1	CC 12712258	POLO MARIA	230301	30	\$1,160,000	\$185,600	EPS010	30	\$1,160,000
Total Afiliados(1)					\$1,160,000	\$185,600			\$1,160,000
RIESGOS				CCF			PARAFISCALES		
				IBC	Dias	Aporte	Codigo	Dias	IBC
				\$1,160,000		\$7,000			\$0
				\$1,160,000		\$7,000			\$0
				\$1,160,000		\$7,000			\$0
				\$1,160,000	14-23	\$7,000		30	\$0
				\$1,160,000		\$7,000			\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 22712258		POLO DE LA HOZ MARIA ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 38 21 74 BLQ G20 APTO 205	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3023078	SI	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-01	2023-01	1871934285	9445594500	1	2023/02/14	2023/01/19	BANCO DAVIVIENDA	0	\$343,700
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO		CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$185,600	\$0	\$0	\$185,600
PORVENIR		230301	800,224,808	8	1	\$185,600	\$0	\$0	\$185,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$6,100	\$0	\$0	\$6,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS		14-23	860,011,153	6	1	\$6,100	\$0	\$0	\$6,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$7,000	\$0	\$0	\$7,000
COMBARRANQUILLA		CCF06	890,102,002	2	1	\$7,000	\$0	\$0	\$7,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$145,000	\$0	\$0	\$145,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)		EPS010	800,088,702	2	1	\$145,000	\$0	\$0	\$145,000
TOTAL					1	\$343,700	\$0	\$0	\$343,700

2. Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14678458283



(415)7707212489984(8020) 000001467845828 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) **2 2 7 1 2 2 5 8** 6. DV **9** 12. Dirección seccional **Impuestos de Barranquilla** 14. Buzón electrónico **2**

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente **Persona natural o sucesión ilíquida** 25. Tipo de documento **Cédula de Ciudadanía** 26. Número de Identificación **2 2 7 1 2 2 5 8** 27. Fecha expedición **2 0 0 1, 0 1, 2 2**
Lugar de expedición **COLOMBIA** 28. País **1 6 9** 29. Departamento **Atlántico** 30. Ciudad/Municipio **Palmar de Varela** 5 2 0
31. Primer apellido **POLO** 32. Segundo apellido **DE LA HOZ** 33. Primer nombre **MARIA** 34. Otros nombres **ISABEL**

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País **COLOMBIA** 39. Departamento **Atlántico** 40. Ciudad/Municipio **Barranquilla** 0 0 1

41. Dirección principal
CL 37 21 85 BL G 20 AP 205

42. Correo electrónico **marisapolo@gmail.com**

43. Código postal 44. Teléfono 1 **3 0 2 3 0 7 8** 45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	52. Número establecimientos
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	51. Código
8 5 4 1	2 0 2 0, 0 1, 2 0	8 5 5 1	2 0 1 3, 0 2, 0 7	8 5 4 2	3 4 1 4

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código **2 2 4 9**

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

DOCUMENTO SIN CERTIFICADO

Obligados aduaneros

54. Código

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
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 ☒

60. No. de Folios: **0**

61. Fecha **2020 - 01 - 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 **POLO DE LA HOZ MARIA ISABEL**

985. Cargo **CONTRIBUYENTE**



Hace constar:

Que el Sr(a) MARIA ISABEL POLO DE LA HOZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 22712258 realizó el día 21/02/2023 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo MARIA ISABEL POLO DE LA HOZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 22712258 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.

Firma

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



Hace constar:

Que el Sr(a) MARIA ISABEL POLO DE LA HOZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 22712258 el día 21/02/2023 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

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

**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN****POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.****HACE CONSTAR QUE:**

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**, se identificó que **MARIA ISABEL POLO DE LA HOZ** con CC No. **22712258**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
Contratante: NI 899999995 - INDEPENDIENTE CONTRATANTE NO AFILIADO (DECRETO 723/2013)	Fecha de última cobertura: 20/01/2023 Estado Afiliación: ACTIVO Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE 723 Fecha de inicio de Contrato: 01/01/2023 Fecha fin de Contrato: 31/07/2023 Clase de Riesgo: 1 Cargo : TRABAJADOR INDEPENDIENTE Fecha fin de Retiro: SIN FECHA DE RETIRO

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 o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301012674539.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 23 días del mes de febrero de 2023.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.



GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES (DECRETO 1082 DE 2015)

1. RIESGOS AMPAROS

LA ASEGURADORA OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA HASTA EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARATULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA SERÁN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA NO PODRÁ RECLAMAR O TOMAR EL VALOR DE UN AMPARO PARA CUBRIR O INDEMNIZAR EL VALOR DE OTROS. ESTOS NO SON ACUMULABLES Y SON EXCLUYENTES ENTRE SI, SEGÚN LAS DEFINICIONES Y ALCANCE QUE A CONTINUACIÓN SE ESTIPULAN:

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA

LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUBRE 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.

ESTE AMPARO CUBRE LOS PERJUICIOS SUFRIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL CON OCASIÓN DE:

- (I)** LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO;
- (II)** EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO; Y
- (III)** LA APROPIACIÓN INDEBIDA DE LOS RECURSOS RECIBIDOS EN CALIDAD DE ANTICIPO.

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO

ESTE AMPARO CUBRE LOS PERJUICIOS SUFRIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL POR LA NO DEVOLUCIÓN TOTAL O PARCIAL DEL DINERO ENTREGADO AL CONTRATISTA A TÍTULO DE PAGO ANTICIPADO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR.

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL DE LOS PERJUICIOS 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.

1.5 AMPARO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES

ESTE AMPARO DEBE CUBRIR A LA ENTIDAD ESTATAL DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES DEL CONTRATISTA DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADO EN EL TERRITORIO NACIONAL PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO AMPARADO.

LA ENTIDAD ESTATAL NO DEBE EXIGIR UNA GARANTÍA PARA CUBRIR ESTE RIESGO EN LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL CON PERSONAL CONTRATADO BAJO UN RÉGIMEN JURÍDICO DISTINTO AL COLOMBIANO.

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE OBRA.

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS POR CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, IMPUTABLE AL CONTRATISTA, SUFRIDO POR LA OBRA ENTREGADA A SATISFACCIÓN.

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO.

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL POR LOS PERJUICIOS DERIVADOS DE LA DEFICIENTE CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO

1.8 AMPARO DE CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES

ESTE AMPARO CUBRE LA CALIDAD Y EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES QUE RECIBE LA ENTIDAD ESTATAL EN CUMPLIMIENTO DE UN CONTRATO.

1.9 RESPONSABILIDAD FISCAL

EN VIRTUD DE LO SEÑALADO EN EL ARTICULO 44 DE LA LEY 610 DE 2000, LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CUBRIRÁ LOS PERJUICIOS CAUSADOS A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA COMO CONSECUENCIA DE LA CONDUCTA DOLOSA O CULPOSA, O DE LA RESPONSABILIDAD 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.

2. EXCLUSIONES

LOS AMPAROS PREVISTOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO OPERARAN EN LOS CASOS SIGUIENTES:

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

2.2 DAÑOS CAUSADOS POR EL CONTRATISTA A LOS BIENES DE LA ENTIDAD NO DESTINADOS AL CONTRATO.

2.3 USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO AL QUE ESTE OBLIGADA LA ENTIDAD ESTATAL.

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

3. SUMA ASEGURADA

LA SUMA ASEGURADA DETERMINADA PARA CADA AMPARO EN LA CARATULA DE ESTA PÓLIZA, DELIMITA LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO.

4. VIGENCIA

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA, SE HARÁ CONSTAR EN LA CARATULA O EN SUS ANEXOS. EN LOS CONTRATOS DE QUE TRATA EL ARTÍCULO 2.2.1.2.3.1.3 DEL DECRETO 1082 DE 2015, EL GARANTE TIENE LA FACULTAD LEGAL DE DECIDIR NO GARANTIZAR LA ETAPA SIGUIENTE, CASO EN EL CUAL DEBE INFORMAR SU DECISIÓN POR ESCRITO A LA ENTIDAD ESTATAL GARANTIZADA SEIS (6) MESES ANTES DEL VENCIMIENTO DEL PLAZO DE LA GARANTÍA. ESTE AVISO NO AFECTA LA GARANTÍA DE LA ETAPA CONTRACTUAL O PERÍODO CONTRACTUAL EN EJECUCIÓN. SI EL GARANTE NO DA EL AVISO CON LA ANTICIPACIÓN MENCIONADA Y EL CONTRATISTA NO OBTIENE UNA NUEVA GARANTÍA, QUEDA OBLIGADO A GARANTIZAR LA ETAPA DEL CONTRATO O EL PERÍODO CONTRACTUAL SUBSIGUIENTE.

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA

DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 1077 EN CONCORDANCIA CON EL ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DEBERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y ACREDITAR LA CUANTÍA DE LA PERDIDA PREVIO AGOTAMIENTO DEL DERECHO DE DEFENSA DEL CONTRATISTA Y DEL GARANTE, DE LA SIGUIENTE FORMA:

5.1 EN CASO DE CADUCIDAD, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011, POR MEDIO DEL ACTO ADMINISTRATIVO EN EL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL DECLARE LA CADUCIDAD DEL CONTRATO Y ORDENE EL PAGO AL CONTRATISTA Y AL GARANTE, BIEN SEA DE LA CLÁUSULA PENAL O DE LOS PERJUICIOS QUE HA CUANTIFICADO. EL ACTO ADMINISTRATIVO DE CADUCIDAD CONSTITUYE EL SINIESTRO.

5.2 EN CASO DE APLICACIÓN DE MULTAS, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011, POR MEDIO DEL ACTO ADMINISTRATIVO EN EL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL IMPONE MULTAS, DEBE ORDENAR EL PAGO AL CONTRATISTA Y AL GARANTE. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE CONSTITUYE EL SINIESTRO.

5.3 EN LOS DEMÁS CASOS DE INCUMPLIMIENTO, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011, POR MEDIO DEL ACTO ADMINISTRATIVO EN EL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL DECLARE EL INCUMPLIMIENTO, PUEDE HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL, SI ESTÁ PACTADA EN EL CONTRATO, Y ORDENAR SU PAGO AL CONTRATISTA Y AL GARANTE. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ES LA RECLAMACIÓN PARA LA COMPAÑÍA DE SEGUROS.

6. PROCEDIMIENTO PARA LA IMPOSICIÓN DE MULTAS, SANCIONES Y DECLARATORIAS DE INCUMPLIMIENTO.

LAS ENTIDADES SOMETIDAS AL ESTATUTO GENERAL DE CONTRATACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA PODRÁN DECLARAR EL INCUMPLIMIENTO, CUANTIFICANDO LOS PERJUICIOS DEL MISMO, IMPONER LAS MULTAS Y SANCIONES PACTADAS EN EL CONTRATO, Y HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL. PARA TAL EFECTO OBSERVARAN EL SIGUIENTE PROCEDIMIENTO:

A) EVIDENCIADO UN POSIBLE INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA, LA ENTIDAD PÚBLICA LO CITARÁ A AUDIENCIA PARA DEBATIR LO OCURRIDO. EN LA CITACIÓN, HARÁ MENCIÓN EXPRESA Y DETALLADA DE LOS HECHOS QUE LA SOPORTAN, ACOMPAÑANDO EL INFORME DE INTERVENTORÍA O DE SUPERVISIÓN EN EL QUE SE SUSTENTE LA ACTUACIÓN Y ENUNCIARÁ LAS NORMAS O CLAUSULAS POSIBLEMENTE VIOLADAS Y LAS CONSECUENCIAS QUE PODRÍAN DERIVARSE PARA EL CONTRATISTA EN DESARROLLO DE LA ACTUACIÓN. EN LA MISMA SE ESTABLECERÁ EL LUGAR, FECHA Y HORA PARA LA REALIZACIÓN DE LA AUDIENCIA, LA QUE PODRÁ TENER LUGAR A LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE, ATENDIDA LA NATURALEZA DEL CONTRATO Y LA PERIODICIDAD ESTABLECIDA PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES. EN EL EVENTO EN QUE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CONSISTA EN PÓLIZA DE SEGUROS, EL GARANTE SERÁ CITADO DE LA MISMA MANERA;

B) EN DESARROLLO DE LA AUDIENCIA, EL JEFE DE LA ENTIDAD O SU DELEGADO, PRESENTARÁ LAS CIRCUNSTANCIAS DE HECHO QUE MOTIVAN LA ACTUACIÓN, ENUNCIARÁ LAS POSIBLES NORMAS O CLAUSULAS POSIBLEMENTE VIOLADAS Y LAS CONSECUENCIAS QUE PODRÍAN DERIVARSE PARA EL CONTRATISTA EN DESARROLLO DE LA ACTUACIÓN. ACTO SIGUIENDO SE CONCEDERÁ EL USO DE LA PALABRA AL REPRESENTANTE LEGAL DEL CONTRATISTA O A QUIEN LO REPRESENTA, Y AL GARANTE, PARA QUE PRESENTEN SUS DESCARGOS, EN DESARROLLO DE LO CUAL PODRÁ RENDIR LAS EXPLICACIONES DEL CASO, APORTAR PRUEBAS Y CONTROVERTIR LAS PRESENTADAS POR LA ENTIDAD;

C) HECHO LO PRECEDENTE, MEDIANTE RESOLUCIÓN MOTIVADA EN LA QUE SE CONSIGNE LO OCURRIDO EN DESARROLLO DE LA AUDIENCIA Y LA CUAL SE ENTENDERÁ NOTIFICADA EN DICHO

ACTO PÚBLICO, LA ENTIDAD PROCEDERÁ A DECIDIR SOBRE LA IMPOSICIÓN O NO DE LA MULTA, SANCIÓN O DECLARATORIA DE INCUMPLIMIENTO. CONTRA LA DECISIÓN ASÍ PROFERIDA SÓLO PROCEDE EL RECURSO DE REPOSICIÓN QUE SE INTERPONDRÁ, SUSTENTARÁ Y DECIDIRÁ EN LA MISMA AUDIENCIA. LA DECISIÓN SOBRE EL RECURSO SE ENTENDERÁ NOTIFICADA EN LA MISMA AUDIENCIA;

D) EN CUALQUIER MOMENTO DEL DESARROLLO DE LA AUDIENCIA, EL JEFE DE LA ENTIDAD O SU DELEGADO, PODRÁ SUSPENDER LA AUDIENCIA CUANDO DE OFICIO O A PETICIÓN DE PARTE, ELLO RESULTE EN SU CRITERIO NECESARIO PARA ALLEGAR O PRACTICAR PRUEBAS QUE ESTIME CONDUCENTES Y PERTINENTES, O CUANDO POR CUALQUIER OTRA RAZÓN DEBIDAMENTE SUSTENTADA, ELLO RESULTE NECESARIO PARA EL CORRECTO DESARROLLO DE LA ACTUACIÓN ADMINISTRATIVA. EN TODO CASO, AL ADOPTAR LA DECISIÓN, SE SEÑALARÁ FECHA Y HORA PARA REANUDAR LA AUDIENCIA. LA ENTIDAD PODRÁ DAR POR TERMINADO EL PROCEDIMIENTO EN CUALQUIER MOMENTO, SI POR ALGÚN MEDIO TIENE CONOCIMIENTO DE LA CESACIÓN DE SITUACIÓN DE INCUMPLIMIENTO.

7. COMPENSACIÓN

SI LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA AL MOMENTO DE TENER CONOCIMIENTO DEL INCUMPLIMIENTO, O CON POSTERIORIDAD A ESTE O DEL RESULTADO DE LA LIQUIDACIÓN, FUERE DEUDORA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO POR CUALQUIER CONCEPTO, SE APLICARÁ LA COMPENSACIÓN Y LA INDEMNIZACIÓN SE DISMINUIRÁ EN EL MONTO DE LAS ACRENCIAS, SEGÚN LA LEY, DE CONFORMIDAD CON LO SEÑALADO EN LOS ARTÍCULOS 1417 Y SS. DEL CÓDIGO CIVIL. IGUALMENTE DISMINUIRÁ EL VALOR DE LA INDEMNIZACIÓN, EL CORRESPONDIENTE A LOS BIENES QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA HAYA OBTENIDO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO JUDICIAL O EXTRAJUDICIALMENTE, EN EJERCICIO DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO CUYO CUMPLIMIENTO SE GARANTIZA POR LA PRESENTE PÓLIZA.

8. PAGO DEL SINIESTRO.

LA ASEGURADORA PAGARÁ EL VALOR DEL SINIESTRO, ASÍ:

8.1 PARA EL CASO PREVISTO EN EL NUMERAL 5.1, DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE CON TAL FIN HAGA LA ENTIDAD CONTRATANTE PARA RECLAMAR EL PAGO, ACOMPAÑADA DE UNA COPIA AUTÉNTICA DEL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EJECUTORIADO Y DEL ACTA DE LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO O DE LA RESOLUCIÓN EJECUTORIADA QUE ACOJA LA LIQUIDACIÓN UNILATERAL.

8.2 PARA EL CASO DEL NUMERAL 5.2, DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE HAGA LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, ACOMPAÑADA DE LA COPIA AUTÉNTICA DEL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EJECUTORIADO, JUNTO CON LA CONSTANCIA DE LA ENTIDAD ESTATAL DE LA NO EXISTENCIA DE SALDOS A FAVOR DEL CONTRATISTA RESPECTO DE LOS CUALES SE PUEDA APLICAR LA COMPENSACIÓN DE QUE TRATA LA CONDICIÓN SEXTA DE ESTE CLAUSULADO, O EN LA QUE CONSTE LA DISMINUCIÓN EN EL VALOR A INDEMNIZAR EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN.

8.3 PARA EL CASO PRESENTADO EN EL NUMERAL 5.3, DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE CON TAL FIN HAGA LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, ACOMPAÑADA DE UNA COPIA AUTÉNTICA DEL ACTO ADMINISTRATIVO QUE CONSTITUYA LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO, JUNTO CON LA CONSTANCIA DE LA ENTIDAD ESTATAL DE LA NO EXISTENCIA DE SALDOS AL FAVOR DEL CONTRATISTA RESPECTO DE LOS CUALES SE PUEDA APLICAR LA COMPENSACIÓN DE QUE TRATA LA CONDICIÓN SEXTA DE ESTE CLAUSULADO O EN LA QUE CONSTE LA DISMINUCIÓN EN EL VALOR A INDEMNIZAR EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN.

PARÁGRAFO. – DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1110 DEL CÓDIGO DE COMERCIO LA ASEGURADORA PODRÁ OPTAR POR CUMPLIR SU PRESTACIÓN MEDIANTE EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, O CONTINUANDO CON LA EJECUCIÓN DE LA OBLIGACIÓN GARANTIZADA, PARA ESTE ÚLTIMO EVENTO SE REQUIERE LA ACEPTACIÓN DE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA.

LA DECLARATORIA DE CADUCIDAD NO IMPEDIRÁ QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA TOMÉ POSESIÓN DE LA OBRA O CONTINÚE INMEDIATAMENTE LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRATADO, BIEN SEA A TRAVÉS DEL GARANTE O DE OTRO CONTRATISTA.

EN EL EVENTO QUE POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO LA ASEGURADORA RESOLVIERA CONTINUAR, COMO CESIONARIO O A FAVOR DE QUIEN DETERMINE ESTA, CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA ESTUVIESE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA GARANTIZADO ACEPTA DESDE AHORA LA CESIÓN DEL CONTRATO A FAVOR DE LA ASEGURADORA. EN TAL EVENTO LA ASEGURADORA PRESENTARÁ GARANTÍAS.

9. CERTIFICADOS DE MODIFICACIÓN

PARA LOS CASOS EN QUE LA SUMA ASEGURADA SEA AUMENTADA O DISMINUIDA Y PARA AQUELLOS EN LOS CUALES LAS ESTIPULACIONES DEL CONTRATO ORIGINAL SEAN MODIFICADAS, LA ASEGURADORA A SOLICITUD DEL CONTRATISTA GARANTIZADO EXPEDIRÁ UN CERTIFICADO O ANEXO DE MODIFICACIÓN DEL SEGURO, EN DONDE EXPRESE SU CONOCIMIENTO AL RESPECTO DE LAS MODIFICACIONES ACORDADAS ENTRE EL CONTRATISTA GARANTIZADO Y LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA.

10. SUBROGACIÓN

EN VIRTUD DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1096 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EN CONCORDANCIA CON EL ARTÍCULO 203 DEL DECRETO 663 DE 1993 ESTATUTO ORGÁNICO DEL SISTEMA FINANCIERO, LA ASEGURADORA SE SUBROGA HASTA CONCURRENCIA DE SU IMPORTE, EN TODOS LOS DERECHOS QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE TENGA CONTRA EL CONTRATISTA GARANTIZADO.

11. NO EXPIRACIÓN POR FALTA DE PAGO DE PRIMA E IRREVOCABILIDAD

LA PRESENTE PÓLIZA NO EXPIRARA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NI POR REVOCACIÓN UNILATERAL.

12. NATURALEZA DEL SEGURO

LA GARANTÍA OTORGADA POR ESTA PÓLIZA O SUS CERTIFICADOS DE MODIFICACIÓN, NO ES SOLIDARIA, NI INCONDICIONAL Y SU EXIGENCIA ESTÁ SUPEDITADA A LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y SU CUANTIFICACIÓN.

13. NOTIFICACIONES Y RECURSOS

LA ENTIDAD CONTRATANTE DEBERÁ NOTIFICAR A LA ASEGURADORA LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS ATINENTES A LA EFECTIVIDAD DE LA PÓLIZA, PREVIO AGOTAMIENTO DEL DERECHO DE DEFENSA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO Y EL GARANTE.

14. COEXISTENCIA DE SEGUROS

EN CASO DE EXISTIR, AL MOMENTO DE SINIESTRO, OTRO SEGURO DE CUMPLIMIENTO CON RELACIÓN AL MISMO CONTRATO, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN A QUE HAY LUGAR, SE DISTRIBUIRÁ ENTRE LOS ASEGURADORES EN PROPORCIÓN A LAS CUANTÍAS DE SUS RESPECTIVOS SEGUROS

15. COASEGURO

EN CASO DE EXISTIR COASEGURO AL QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 1095 DE CÓDIGO DE COMERCIO, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN A QUE HAYA LUGAR SE DISTRIBUIRÁ ENTRE LOS ASEGURADORES EN PROPORCIÓN DE LAS CUANTÍAS DE SUS RESPECTIVOS SEGUROS, SIN QUE EXISTA SOLIDARIDAD ENTRE LAS ASEGURADORAS PARTICIPANTES, Y SIN EXCEDER DE LA SUMA ASEGURADA BAJO EL CONTRATO DE SEGURO.

16. PRESCRIPCIÓN

LA PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL PRESENTE CONTRATO SE REGIRÁ POR LAS NORMAS DEL CÓDIGO DE COMERCIO SOBRE CONTRATO DE SEGURO.

17. DOMICILIO

SIN PERJUICIO DE LAS DISPOSICIONES PROCESALES, PARA LOS EFECTOS RELACIONADOS EN EL PRESENTE CONTRATO SE FIJA COMO DOMICILIO DE LAS PARTES LA CIUDAD DE BOGOTÁ EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA EN FE DE LO ANTERIOR, SE FIRMA A LOS _____ DÍAS DEL MES DE _____ DE 20____

**COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.****EL TOMADOR/ASEGURADO**

LA COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A

CERTIFICA:

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza **BQ-100064102** y endoso, **0** cuyo afianzado es: **POLO DE LA HOZ, MARIA ISABEL** Asegurado o Beneficiario: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA / SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA**, expedida por la Compañía en **27/01/2023**, no expirará por falta de pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o por revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

BARRANQUILLA a los **27** días del mes **ENERO** del año **2023**.



Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.

- CLIENTE -

Referencia de Pago No.

28326100

Fecha de Facturación

27/01/2023

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO
ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082

Póliza No.

BQ-100064102

Periodo Facturado

01/02/2023

30/10/2023

Fecha Límite de Pago

26/02/2023

Prima (incluye gastos de expedición)

27.000,00

IVA

5.130,00

VALOR TOTAL A PAGAR \$

32.130,00

EFECTIVO

\$

Datos del Cliente

Nombre / Razón Social

POLO DE LA HOZ, MARIA ISABEL

CL 37 21 85

22712258

Intermediario

MARIA EUGENIA
TRIANA SALAZAR
SEGUROS LTDA

Apreciado Cliente:

1. No se aceptan pagos parciales.
2. Al realizar su pago de forma presencial (ante el cajero del banco) **UNICAMENTE** presente esta boleta de recaudo para garantizar la correcta referenciación del pago.
3. Si esta boleta no ha sido recaudada efectivamente el **26/02/2023** se aplicará la clausula de terminación automática especificada en el condicionado de la póliza y en la carátula de esta (artículo 1068 código de comercio)
4. Si realiza su pago en cheque o de forma mixta (efectivo y cheque), solamente gire cheque local a nombre de **PATRIMONIOS AUTÓNOMOS CREDICORP CAPITAL FIDUCIARIA Nit 900531292-7**, al respaldo endóselo correctamente y diligencie los datos del girador (nombre, NIT, teléfono) y el número de referencia de esta boleta. En caso de devolución del cheque se cobrará sanción del 20% de acuerdo con lo establecido en el artículo 731 del código de comercio. **NO SE ACEPTAN CHEQUES DE OTRAS PLAZAS.**
5. Para realizar el pago a través del botón PSE, ingrese a nuestra página web www.segurosmondial.com.co en la imagen de PSE haga clic y continúe el proceso de pago.

ESPACIO PARA EL TIMBRE

VÁLIDO COMO RECIBO DE PAGO

- BANCO -

Referencia de Pago No.

28326100

Fecha de Facturación

27/01/2023

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO
ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082

Póliza No.

BQ-100064102

Periodo Facturado

01/02/2023

30/10/2023

Fecha Límite de Pago

26/02/2023

Prima (incluye gastos de expedición)

27.000,00

IVA

5.130,00

VALOR TOTAL A PAGAR \$

32.130,00

EFECTIVO

\$

Datos del Cliente

Nombre / Razón Social

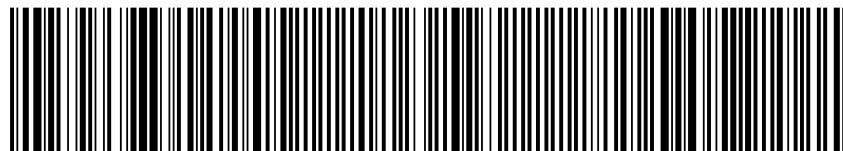
POLO DE LA HOZ, MARIA ISABEL

CL 37 21 85

22712258

Intermediario

MARIA EUGENIA
TRIANA SALAZAR
SEGUROS LTDA

Corresponsales
OPCIÓN 1


(415)7709998434219(8020)00000028326100(3900)000000032130(96)20230226

Bancos
Corresponsales
OPCIÓN 2


(415)7709998039933(8020)031594(8020)22990028326100(3900)000000032130(96)20230226

INFORMACIÓN DE PAGO

A continuación te brindamos información de los distintos medios de pago que tendrás a disposición:

OPCIÓN 1



CORRESPONSALES



OPCIÓN 2



BANCOS





CORRESPONSALES



Tu compañía siempre

 <p>Nit 900098006-1 CRA. 58 # 70-129 CONS. 309 3537447-</p>	CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL		FECHA Y CIUDAD DE REALIZACION DEL EXAMEN			
	PRO		23 ENE 2020			
	Fecha 20 Enero 2018		BARRANQUILLA			
	Versión 5		PRE-INGRESO ☐ PERIODICO ☒ OTROS ☐			
		TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL (MARQUE CON UNA X)				

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARA O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
SENA			INSTRUCTOR		
NOMBRE DE LA EMPRESA			CARGO		
DATOS DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE (Documento identificación C.C. cedula de ciudadanía, C.E. cedula extranjería, T.I. tarjeta identidad)					
POLO	DE LA HOZ	MARIA ISABEL	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	
			38	CC	22712258
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	AÑOS	TIPO	NUMERO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL : PUEDE LABORAR EN EL CARGO DE INSTRUCTOR
RESTRICCIONES : NO

RECOMENDACIONES : ESTILO DE VIDA SALUDABLE - EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO, CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA, USO DE LENTES MEDICADOS CON FILTRO.						
Evitar estas condiciones o funciones			Agentes o factores de riesgo		T	P
Levantamiento y transporte manual de carga ☐	Posturas forzadas ☐	Ergonómico ☐	Físico ☐			
Empuje de carga ☐	Subir o bajar escaleras más del 50% de la jornada ☐	Mecánico ☐	Psicolaboral ☐			
Movimientos repetitivos ☐	Otra ☐	Eléctrico ☐	Orden público ☐			
Exposicion a vibración ☐		Químico ☐	Biológico ☐			
Otra Condición (escribir letra imprenta clara):						
Valorar por su EPS: Otorrinolaringología ☐ Neurocirugía ☐ Ortopedia ☐ Oftalmología ☐ Optometría ☐ Cirugía ☐ Nutricionista ☐ Medicina interna ☐ Dermatología ☐ Medicina General ☐		Ingresar sistema vigilancia epidemiológica: SVE Osteomuscular ☐ SVE Conservación auditiva ☐ SVE Conservación visual ☐ SVE Prevención riesgo cardiovascular: Hipertensión arterial ☐ Diabetes ☐ Dislipidemia ☐ Sobrepeso y Obesidad ☐ SVE Conservación Respiratoria ☐			Específicas: Actividad física diaria ☐ Dieta Balanceada ☐ Estilo vida Saludable ☐ Pausas Activas ☐ Uso EPP ☐	

Exámenes Realizados: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR INGRESO , AUDIOMETRIA, VISIOMETRIA, ELECTROCARDIOGRAMA , VALORACION MENTAL Y SOCIAL

Laboratorios Realizados: PERRFIL LIPIDICO

Sospecha de: Secuela accidente de trabajo SI ☐ NO ☒ Enfermedad profesional SI ☐ NO ☒ Enfermedad común agravada por el trabajoSI ☐ NO ☒

Si al examen de egreso encuentra una presunta enfermedad profesional o secuela de eventos profesionales (no diagnosticados) ocurridos durante el tiempo en que la persona laboró en la empresa, el empleador elaborará y presentará el correspondiente reporte(furet) a las respectivas entidades (ARP-EPS).

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la resolución 2346 de 2007 y la resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicos que allí reposan son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para los fines legales pertinentes.


 Ruben Vega Vega
 Médico Especialista en
 Medicina del Trabajo
 R.M 2115 CC19.145.647
 Lic. SO 05029

FIRMA Y SELLO MEDICO ESP. SS.OO.
 RM. 2115
 Lic. SS.OO.: 05029

LABORATORIO CLINICO NEWTON

NIT: 22.473.667-1



Fecha: 23/01/2020 15:43

SEDE: Principal

Página: 1

Paciente: MARIA ISABEL POLO DE LA HOZ
Edad: 38 A **Sexo:** M **Identificación:** 22712258
Teléfonos:
Empresa: SALUD OCUPACIONAL - Somp Ocupacional

Recepción: 22050 **Sala:** N/A
Fecha rcp: 22/01/2020 8:46:10
Médico : No Asignado

	Resultado	Valores de referencia
--	-----------	-----------------------

Quimica

1 Colesterol total sérico	186 mg/dl	100 a 200 mg/dl
2 Colesterol H.D.L. Alto riesgo menor de 35 mg/dl	46.5 mg/dl	35 a 55 mg/dl
3 Trigliceridos sérico	120 mg/dl	60 a 165 mg/dl

LABORATORIO CLINICO
NEWTON

Bacteriologo

Apellido : POLO DE LA HOZ		Nacido el: 09 15 1981		Fecha: 01 23 2020 - 09:35 AM		Operador :	
Nombre : MARIA ISABEL		Edad : 38 Años		Corrección : Ninguna		Comentario : USO DE LENTES CON FILTRO	
ID : 22712258		Sexo : Mujer		Examen con corrección : No			

Agudeza de lejos	Dc	Iz	20 85	20 70	20 50	20 40	20 30	20 25	20 20	20 15	20 10
20 ft											
Fotópica alta											

Agudeza intermedia	Dc	Iz	20 85	20 70	20 50	20 40	20 30	20 25	20 20	20 15	20 10
24 in											
Fotópica alta											

Agudeza de cerca	Dc	Iz	20 85	20 70	20 50	20 40	20 30	20 25	20 20	20 15	20 10
14 in											
Fotópica alta											

Hipermetropía	Dc	Iz	20 85	20 70	20 50	20 40	20 30	20 25	20 20	20 15	20 10
18											
Fotópica alta											

Baja visión Lejos	Dc	Iz	20 85	20 70	20 50	20 40	20 30	20 25	20 20	20 15	20 10
Fotópica alta											

Contrastes Lejos	Dc	Iz	20 40	20 30	20 25	20 20	
			30%				-
Fotópica alta			10%				-

Relieves Lejos											
	1600"	800"	400"	200"	100"	50"					
☐ Fallado											
Forias Lejos	4 = Tendencia exoforia 5 = Ortoforia 6 = Tendencia endoforia Otros = Tendencia hiperforia					1	2	3			
	☐ Fallado ☐ Fuera del cuadro					4	5	6			
Fusión Lejos											
	☐ Fallado										
Colores Lejos	☐ Fallado	Bino									
	☐ Fallado	Derecha									
☐ Fallado	Izquierda										
Amsler Lejos	Dc		Iz		Fallado ☐ Nítida ☐ deformada ☐						
					Fallado ☐ Nítida ☐ deformada ☐						
Astigmatismo derecho Lejos	Astigmatismo izquierdo Lejos										
☐ Fallado											
Campo periférico	Derecha Izquierda										
☐ Fallado											

2020-01-23-09:27 2.0mm/mV 2.5mm/s CAEMG

ID: 0080P350
ECG: 058

NOMB:

0092258

SEX: MASC

EDAD: ADUL

38

V67

V62

2.0mm/mV

IT1

2.0mm/mV

aVR

V62

V63

2.0mm/mV

aVL

2.0mm/mV

aVF

V64

V66

2.0mm/mV

V1

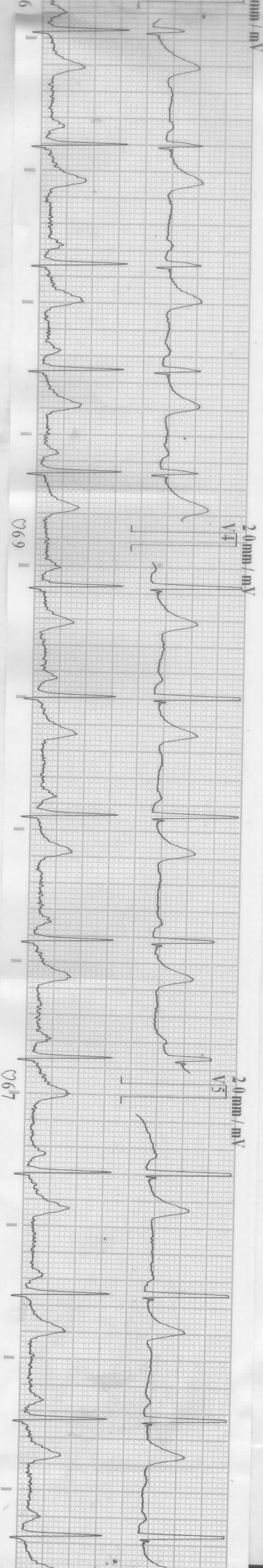
2.0mm/mV

V2

V65

V64

mm/mV

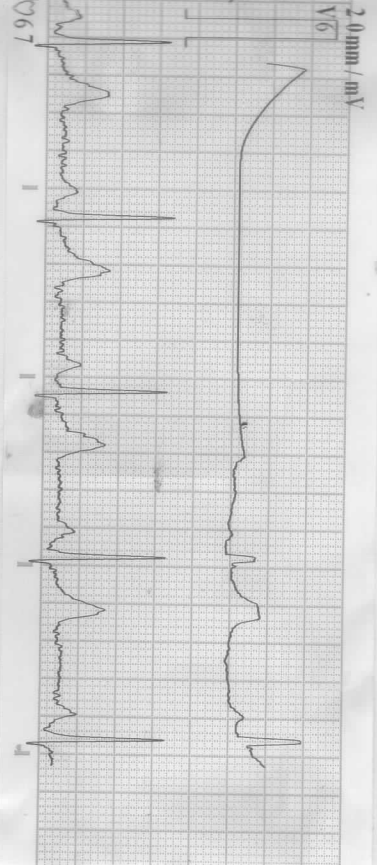


V1

V4

V5

2.0 mm/mV



V6

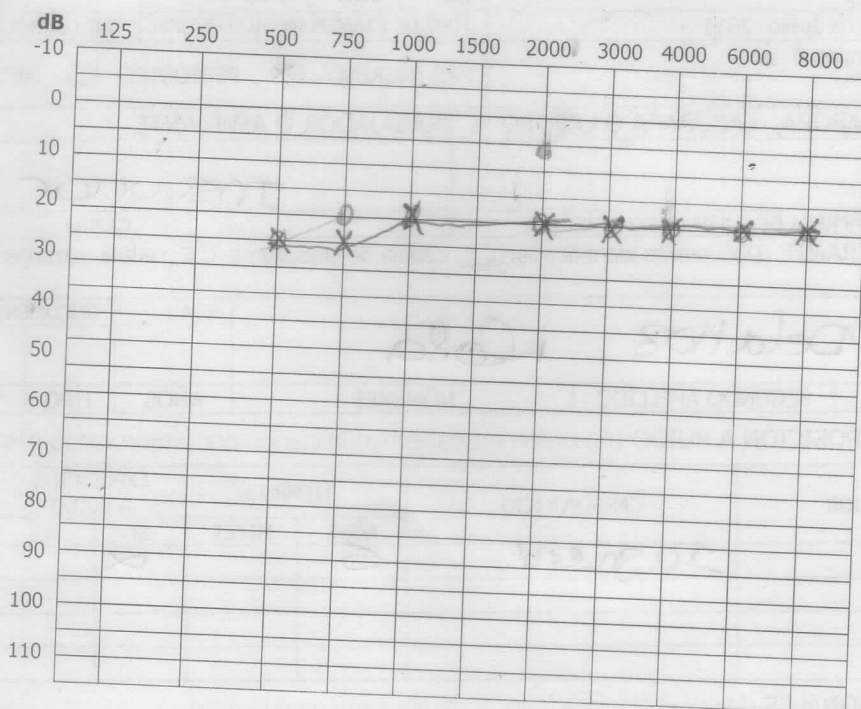
V7

 <p>SOMP Ltda. Salud Ocupacional, medicina preventiva</p> <p>Nit 900098006-1 CRA. 58 # 70-129 CONS. 309 3537447-3164537397-3167588503</p>	CONCEPTO AUDIOMETRÍA		FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN								
	PRO Fecha Junio 2011 Versión 0		23 DD	01 MM	20 AÑO	Biquilla CIUDAD					
			TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL (MARQUE CON UNA X) PRE-INGRESO ☒ PERIODICO ☐ RETIRO ☐								
	DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARA O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE										
NOMBRE DE LA EMPRESA Y/O EMPRESA DE SUMINISTRO PERSONAL Sema			CARGO Inspector								
DATOS DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE (Documento identificación C.C. cedula de ciudadanía, C.E. cedula extranjería, T.I. tarjeta identidad)											
PRIMERO APELLIDO polo			SEGUNDO APELLIDO Delator		NOMBRES Delator						
			EDAD		DOCUMENTO DE IDENTIFICACION						
HISTORIA OCUPACIONAL CON EXPOSICIÓN A RUIDO (En orden retrospectivo iniciando por ultimo cargo u/o Oficio)											
FECHA DE INGRESO	EMPRESA ANTERIOR	CARGO/OFCIO	TIEMPO		EXPOSICIÓN A RUIDO	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION					
			AÑOS	MESES							
	Sema	Inspector	5		X	X					
ANTECEDENTES AUDITIVOS PERSONALES (Marque con una X en la casilla que corresponda)											
SINTOMAS	SI	NO	OÍDO		SINTOMAS	SI	NO	OÍDO			
			D	I				D	I		
Otalgia					Dificultad Para Entender en Medios Ruidosos						
Secreción por oídos					Intervenciones Quirúrgicas						
Otitis					Ototóxicos						
Perdida súbita de la Audición					Otros						
Vértigo o Pérdida del equilibrio											
ACTIVIDAD EXTRA LABORAL CON EXPOSICIÓN A RUIDO (Marque con una X según corresponda)											
HABITOS	SI	NO	HABITOS	SI	NO	HABITOS	SI	NO	OTROS	SI	NO
Música con audífonos	X		Prestó servicio militar		X	Conduce motocicleta		X			
Música a alto volumen	X		Discotecas - Bares		X	Juega tejo		X			
Tiro al blanco		X	Manos Libres			Otros					
CONDICIONES DE TOMA DE LA AUDIOMETRÍA (Marque y diligencie según corresponda)											
Descanso Auditivo	Horas		Realizó Test	SI	NO	Usó cabina Sono amortiguada	SI	NO			
Modelo: GRASON STADLER GSI-17						Fecha de la Ultima Calibración			10	07	2017
Serial No. ARO82953											

OTOSCOPIA (Registre los hallazgos)

OÍDO DERECHO:

OÍDO IZQUIERDO:



Convenciones:	Oído Derecho		Oído Izquierdo	
	Rojo en la Gráfica		Azul en la Gráfica	
	Sin E	Con E	Sin E	Con E
Conducción aérea	O	Δ	x	π
Conducción ósea	<	[	>	]
Inaudible	↓		↓	

DIAGNÓSTICO AUDIOLÓGICO (Marque con una X según corresponda)

LARSEN MODIFICADO		Oído derecho	Oído Izquierdo	Bilateral	ANSI	Oído Derecho	Oído Izquierdo
LARSEN	Audición Normal				Normal (0-25 dB)		
	Hipoacusia neurosensorial Grado I				Leve (26-40 dB)		
	Hipoacusia neurosensorial Grado II				Moderada (41-55 dB)		
	Hipoacusia neurosensorial Grado III				Moderada severa (56-70 dB)		
	Hipoacusia Conductiva				Severa (71-90 dB)		
	Hipoacusia Mixta				Profunda (>91 dB)		

RECOMENDACIONES (Marque con una X según corresponda)

Control auditivo en un año		
Control Auditivo en 6 meses		
Uso de protección auditiva		
Control con Otorrinolaringólogo		

OBSERVACIONES (Describa clara y brevemente)

Evaluado por:	Interpretado Por:		Aspirante o Trabajador
Firma	Firma	Nombre	Nombre
Nombre	Nombre	Registro No	Registro No
Registro No	Registro No	C.C.	C.C.



CERTIFICADO

**BARRANQUILLA,
ATLANTICO,
COLOMBIA,
A quién interese**

11/01/2023

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor MARIA ISABEL POLO DE LA HOZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **22712258**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	026300665325
Fecha de apertura	15/07/2009

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA