
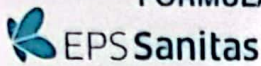


<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)  REGIONAL CUNDINAMARCA  CENTRO INDUSTRIAL Y DESARROLLO DE SOACHA-CUNDINAMARCA  Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		25				
			Código Centro		923210				
			Fecha Elaboración		Noviembre de 2024				
			Versión		MARZO 2024 - 2,24				
			ID de Proceso		26009-281187				
DATOS DEL CONTRATISTA									
Nombres y apellidos:		MELQUI ALEXANDER ROMERO VERU		Banco a consignar:		BANCO CAJA SOCIAL			
Cédula de Ciudadanía		1.073.672.380		Tipo de cuenta:		AHORROS			
Correo electrónico:		maromero0832@soy.sena.edu.co		Número de Cuenta:		24124665253			
IP/Nº de contacto:		54611500		Presta Servicios Excluidos de IVA:		NO			
Inducción SST:		SI		Pertenece al régimen simple de tributación:		NO			
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		Es declarante de renta por el año gravable 2023		NO			
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?						NO			
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a \$59.377.000						NO			
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a \$188.260.000 (debe registrarse como responsable del IVA)						NO			
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?						NO			
Concepto del pago corresponde a:						Ninguno			
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.						0,00%			
DATOS DEL CONTRATO									
Nº del contrato:		6950679/2024	Nº Compromiso SIIF		261224	Número de pagos durante la vigencia del contrato	3		
OBJETO CONTRACTUAL:		SERVICIOS PERSONALES. SERVICIO DE APOYO A LA GESTIÓN, CON INDEPENDENCIA TÉCNICA, ENFOCADO EN EL MANEJO DE INFORMACIÓN Y EL SEGUIMIENTO DE DATOS PARA LA COORDINACIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL DEL CENTRO INDUSTRIAL Y DE DESARROLLO EMPRESARIAL DE SOACHA							
(Descripción del servicio prestado)									
DATOS PERIODO DEL PAGO									
Del		25/10/2024	Al		31/10/2024	Saldo Anterior del Contrato:		\$ 4.197.345	
Número de pago		1				Valor Total del Contrato:		\$ 4.197.345	
Valor Bruto Pago:		\$ 375.882,00				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 3.821.463	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO									
Ingresos por honorarios		\$ 375.882		Ninguno		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		\$ 375.882		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0			
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE		\$ 0		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR									
		Octubre		Setiembre		Base retención en la fuente a titulo de RENTA		0,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----		AFILIACIÓN		Base retención en la fuente a titulo de ICA		5.382,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.300.000		\$ 0		Valor base IVA		0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 162.500		\$ 0		IVA (Si es RESPONSABLE)		0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 208.000		\$ 0		Menos Retención en la Fuente		0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA		0,00	15%
ARL		\$ 6.800		\$ 0		Reteica - 8299 - SOACHA		32,00	0,600%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -						0,00	0%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -						0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -						0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -						0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -						0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -						0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -						0,00	0,000%
Dependientes hasta		\$ -						0,00	0,000%
Salud hasta		\$ 753.040		\$ -				0,00	0,000%
Renta Exenta 25%		\$ 9.295.337		\$ -				0,00	0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 0						0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$				Descuentos de embargo (Si tiene)		0,00	
						VALOR A PAGAR		\$375.850,00	
SON: TRESCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE									
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO									
Para cumplimiento de la obligación se me hizo incorporación al plan de trabajo del proceso de etapa productiva, con la iniciativa de s									
Para cumplimiento de la obligación desarrolle vistas funcionales que hacen parte del aplicativo BANIN cuyas funcionalidades están enfo									
Para cumplimiento de la obligación se realizaron ajustes notables en la base del aplicativo en desarrollo BANIN, entre los cambios pod									
Para cumplimiento de la obligación se creo una consulta que ayudara a la forma en la que se le solici taban datos a la base, esto para									
Para cumplimiento de la obligación se hizo la creación de scripts de Python cuya función es reunir, depurar, organizar y actualizar la									
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:									
1. Cumpli 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									
						MELQUI ALEXANDER ROMERO VERU EL CONTRATISTA			
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO									
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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 periodo 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.						EDWARD FABIAN MEDINA BARAJAS PROFESIONAL G10			
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 ARGEMIRO CELIS CASTRO SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)									





Nuestro compromiso es contigo  
NIT. 800.251.440-6

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación

Fecha de Radicación

02/05/2014



179850349

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

## I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades	2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia B. Colectiva C. Institucional D. De Oficio	3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado
4. Tipo de Afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia C. Beneficiario	5. Tipo de Cotizante A. Dependiente B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado	Código (a registrar por la EPS) 03

## A. AFILIACIÓN

## II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres Primer Apellido ROMERO	Segundo Apellido VERU	Primer Nombre MELQUI	Segundo Nombre ALEXANDER
7. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC X PA SC	8. Número del documento de identidad 1073672380	9. Sexo Femenino Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento 16/03/2005

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones Colpensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC 1.300.000	
18. Residencia Dirección CR 13 ESTE #46-09	Teléfono Fijo		
Teléfono Celular 3026074008	Correo Electrónico MELQUIVERU@GMAIL.COM		
Municipio / Distrito SOACHA	Zona Urbana X Rural	Localidad / Comuna COMUNA 4	Departamento CUNDINAMARCA

## IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante			
19. Apellidos y nombres Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
20. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC	21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino Masculino	23. Fecha de nacimiento DDMMAAAA

## Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

## Datos Complementarios

25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino Masculino	28. Fecha de nacimiento DDMMAAAA	29. Parentesco
B1		Femenino Masculino	DDMMAAAA	
B2		Femenino Masculino	DDMMAAAA	
B3		Femenino Masculino	DDMMAAAA	
B4		Femenino Masculino	DDMMAAAA	
B5		Femenino Masculino	DDMMAAAA	

30. Etnia	31. Discapacidad Tipo Condición	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito Zona Departamento Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1	F N M T P	Urbana Rural	
B2	F N M T P	Urbana Rural	
B3	F N M T P	Urbana Rural	
B4	F N M T P	Urbana Rural	
B5	F N M T P	Urbana Rural	

## Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	20673-11874
B	
B	
B	

Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR -2 Copia: AFILIADO -



		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 01 Inscripción				4. Número de formulario 141138861398			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1073672380				6. DV 3		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	
14. Buzón electrónico 32							
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía		26. Número de Identificación 1073672380		27. Fecha expedición	
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA		29. Departamento Bogotá D.C.		30. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C.		001	
31. Primer apellido ROMERO		32. Segundo apellido VERU		33. Primer nombre MELQUI		34. Otros nombres ALEXANDER	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA		39. Departamento Cundinamarca		40. Ciudad/Municipio Soacha		754	
41. Dirección principal CR 13 ESTE 46 09							
42. Correo electrónico melquiveru@gmail.com							
43. Código postal				44. Teléfono 1 3026074008			
45. Teléfono 2							
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código 8299	47. Fecha inicio actividad 20241022	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 12	51. Código		
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 49							
49 - No responsable de IVA							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código				55. Forma 56. Tipo Servicio 123			
				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 X NO				60. No. de Folios: 1		61. Fecha 2024 - 10 - 22 / 14 : 36: 21	
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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.			
Firma del solicitante:				Firma autorizada:			
				984. Nombre TIRIAT ESPEJO SANDRA PATRICIA			
				985. Cargo Gestor I			

**INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD**

**Tipo certificación:** Ingreso ☒ Periódico ☐ Retiro ☐ Post incapacidad ☐ Caso ocupacional ☐  
Control ☐ Reubicación ☐ Ingreso al SVE ☐ Trabajo en alturas ☐

**DATOS DEL PACIENTE**

Fecha **22/10/2024 10:39:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **MELQUI ALEXANDER ROMERO VERU**

Cargo **ESTUDIANTE**

Doc. Identidad **CC 1073672380**



**SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS**

1 ENFASIS OSTEOMUSCULAR	2 OPTOMETRIA	3 PRUEBA PSICOSOCIAL
4 GLICEMIA	5	6
7	8	9

**EXAMEN DE INGRESO**

SI NO NO APLICA FALTA INFORMACIÓN

Apto para el cargo	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aplazado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apto con restricciones	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apto para trabajar en alturas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apto para trabajar en espacios confinados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apto para participar en la brigada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**EXAMEN PERIÓDICO**

SI NO

Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Requiere restricciones de actividades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Requiere reubicación laboral temporal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Requiere reubicación laboral permanente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apto para trabajar en alturas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apto para trabajar en espacios confinados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apto para trabajar en alturas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**EXAMEN DE RETIRO**

SI NO

Sospecha de enfermedad Profesional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Secuelas de Accidentes de Trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad Común	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA**

Visual ☒ Auditivo ☐ Respiratorio ☐ Cardiovascular ☒ Psicosocial ☐ Ergonómico ☐ Otros ☐

**REMISIÓN**

SI ☒ NO ☐ ARL

SI ☐ NO ☐ EPS NUTRICION

SI ☒ NO ☐

OPTOMETRIA: 1. USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA DE LEJOS

2. PAUSAS VISUALES

3. CONTROL ANUAL

**Monica Alejandra Perez Navarrete**  
MÉDICO GENERAL EN  
SEGURIDAD Y SALUD DE  
TRABAJO  
C.C. 1030583036

MONICA PEREZ NAVARRETE  
Especialidad: MEDICINA DEL TRABAJO Y  
MEDICINA LABORAL  
CC: 130583036 RM. RES 11741 DE 09/10/2017

*Melqui Alexander Romero Veru*

Trabajador: MELQUI ALEXANDER ROMERO  
CC 1073672380

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Dirección: CL 12 A # 9 - 914 Teléfono: 8822218  
Email: CLINICAEUGENIODIAZ2015@GMAIL.COM



Capture Biometrica



INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

LABORATORIOS: Sin alteración

RIESGO CARDIOVASCULAR: Bajo

1. Pausas activas 5 min por cada 4 horas de trabajo
2. Higiene postural
3. Puesto de trabajo ergonómicamente Apto
4. Relaja los hombros y mantén los codos a los lados del cuerpo.
5. Los monitores deben estar a la altura de los ojos.
6. Siga los lineamientos de bioseguridad de la empresa
7. Control por Nutrición EPS

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

*Monica Alejandra Perez Navarrete*  
MÉDICO GENERAL EN  
SEGURIDAD Y SALUD DE  
TRABAJO  
C.C. 1030583036

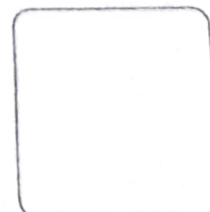
MONICA PEREZ NAVARRETE  
Especialidad: MEDICINA DEL TRABAJO Y  
MEDICINA LABORAL  
CC: 130583036 RM. RES 11741 DE 09/10/2017

*Melqui Alexander Romero*

Trabajador: MELQUI ALEXANDER ROMERO  
CC 1073672380

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Dirección: CL 12 A # 9 -914 Teléfono: 8822218  
Email: CLINICAEUGENIODIAZ2015@GMAIL.COM



Capture Biométrica



Doc. Identidad **CC 1073672380** Nombre **MELQUI ALEXANDER ROMERO VERU** Fecha Nacimiento **16/05/2005**  
 Entidad **PARTICULAR** Edad **19 años** Ocupación **CONTRATISTA**  
 H.C No Ingreso ☒ Periódico ☐ Retiro ☐ Caso Ocupacional ☐ Reubicación ☐  
 Post incapacidad ☐ Trabajo en alturas ☐ Control ☐ Ingreso al SVE ☐  
 Empresa **CONVENIO PARTICULAR 001** Cargo **ESTUDIANTE** Antigüedad del cargo **6 MES**  
 Fondo de Pensión **NO SABE** EPS **ARL SURA**

**ANAMNESIS**  
 Último Examen Visual **10 MESES** Usa anteojos: SI ☐ NO ☒ VL ☐ VP ☐ PC ☐ Bifocal ☐  
 Progresivo ☐ Filtros ☐ LC RGP ☐ LC BLANDO ☐ Frecuencia de uso: Permanente ☐ Ocasional ☐  
 Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara? SI ☐ NO ☒ Cirugías: SI ☐ NO ☒ Cual? **SE LE HAN INDICADO GAFAS Y NO**  
 Accidentes oculares SI ☐ NO ☒ Cual? **VACUNA COVID 2 DOSIS**  
 Signos y síntomas: Asintomático ☐ Disminución visual de cerca ☐ Disminución visual de lejos ☐ Cefaleas ☐ Resequedad ocular ☐  
 Ardor Ocular ☐ Lagrimeo ☐ Cansancio Ocular ☐ Irritación ☐ Fotofobia ☐ Prurito Ocular ☐ Salto de renglón ☐  
 Antecedentes personales y/o familiares **NO REFIERE, PACIENTE SIN SINTOMAS RELACIONADOS CON COVID - 19**

AGUDEZA VISUAL						LENSOMETRÍA			
CC	VL	VP	SC	VL	VP	ESF	CIL	EJE	ADD
OD	-	-	-	20/30-	20/20-	OD	-	-	-
OI	-	-	-	20/20	20/20	OI	-	-	-
AO	-	-	-	-	-				

EXAMEN EXTERNO				OD	OI				
Segmento Anterior:	Hiperemia conjuntival	<input type="radio"/>	Pterigio N	<input type="radio"/>	Segmento Anterior:	Hiperemia conjuntival	<input type="radio"/>	Pterigio N	<input type="radio"/>
Pterigio T	<input type="radio"/>	Pinguécula	<input type="radio"/>	Nevus	<input type="radio"/>	Pterigio T	<input type="radio"/>	Pinguécula	<input type="radio"/>
Blefaritis seborreica	<input type="radio"/>	Secreción	<input type="radio"/>	Leucoma Corneal	<input type="radio"/>	Blefaritis seborreica	<input type="radio"/>	Secreción	<input type="radio"/>
Ptos palpebral	<input type="radio"/>	Otros:			Ptos palpebral	<input type="radio"/>	Otros:		

MOTILIDAD OCULAR				INTERPRETACIÓN															
VL: ORTHOFORIA	VP: EXOFORIA	HISHBERG: CENTADO																	
Ducciones: NORMAL	Versiones: NORMAL	PPC: 6 CM		No requiere corrección óptica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>													
<b>TEST OCUPACIONALES</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Visión cromática</th> <th>Vis. profun.</th> <th>Vis. confron.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>OD Normal</td> <td><input checked="" type="radio"/> Discromatopsia <input type="radio"/> Ceguera al color <input type="radio"/></td> <td>NORMAL</td> <td>NORMAL</td> </tr> <tr> <td>OI Normal</td> <td><input type="radio"/> Discromatopsia <input type="radio"/> Ceguera al color <input type="radio"/></td> <td>NORMAL</td> <td>NORMAL</td> </tr> </tbody> </table>				Visión cromática		Vis. profun.	Vis. confron.	OD Normal	<input checked="" type="radio"/> Discromatopsia <input type="radio"/> Ceguera al color <input type="radio"/>	NORMAL	NORMAL	OI Normal	<input type="radio"/> Discromatopsia <input type="radio"/> Ceguera al color <input type="radio"/>	NORMAL	NORMAL	Defecto refractivo adecuadamente corregido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
				Visión cromática		Vis. profun.	Vis. confron.												
				OD Normal	<input checked="" type="radio"/> Discromatopsia <input type="radio"/> Ceguera al color <input type="radio"/>	NORMAL	NORMAL												
				OI Normal	<input type="radio"/> Discromatopsia <input type="radio"/> Ceguera al color <input type="radio"/>	NORMAL	NORMAL												
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																	
Defecto refractivo no corregido	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																	
Gafas no formuladas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																	

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA				RECOMENDACIONES			
Emetropía	<input type="radio"/>	OD	OI	Valoración por optometría clínica	<input type="radio"/>	Valoración por oftalmología	<input type="radio"/>
Ametropía	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Control Visiometría	<input type="radio"/>		
Disminución visual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Otros:							

RETINOSCOPIA				SUBJETIVO				DP: -	
Refracción: -				Subjetivo: -				AV	ADD
	Esfera	Cilindro	Eje		Esfera	Cilindro	Eje		
OD	-	-	-	OD	-	-	-	-	-
OI	-	-	-	OI	-	-	-	-	-

**DIAGNÓSTICOS (Código - Enfermedad)**  
**H526 OTROS TRASTORNOS DE LA REFRACCION**

**CONCEPTO**  
☒ Apto ☐ No Apto ☐ Aplazado

**RECOMENDACIONES**

**OBSERVACIONES**  
 1. USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA DE LEJOS.  
 2. PAUSAS VISUALES  
 3. CONTROL ANUAL



Nombre: MELQUI ALEXANDER ROMERO VERU

CC: 1073672380

Edad: 19 años

Fecha: 22/10/2024 Hora:

10:30 AM

Empresa: PARTICULAR

Cargo: CONTRATISTA

Prueba Psicometrica Nivel S

Puntaje : Alto

#### Concepto

- Buena capacidad para atender selectivamente y secuencialmente a figuras similares
- Aplicación de estrategias eficaces a la hora de realizar comparaciones visuales
- Facilidad para motivarse y mantener la activación ante estímulos repetitivos y monótonos
- Un nivel alto de velocidad del procesamiento de las operaciones mentales simples
- Habilidad para percibir y discriminar con rapidez la configuración perceptiva de las figuras
- Posiblemente, un nivel elevado de memoria de trabajo en relación con patrones visuales
- Aptitud para trabajar deprisa bajo presión de tiempo

Monica Alejandra Perez Navarrete  
MÉDICO GENERAL EN  
SEGURIDAD Y SALUD DE  
EL TRABAJO  
C.C. 1030583036

Médico Ocupacional  
Monica Alejandra Perez Navarrete  
Esp. Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo .



### Hace constar:

Que el Sr(a) MELQUI ALEXANDER ROMERO VERU Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1073672380 realizó el día 31/10/2024 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 MELQUI ALEXANDER ROMERO VERU Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1073672380 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.

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General





SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA  
MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública  
**DE EMPLEO**

## Hace constar:

Que el Sr(a) MELQUI ALEXANDER ROMERO VERU Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1073672380 el día 01/11/2024 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el

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 se evidenció que, **ROMERO VERU MELQUI ALEXANDER** identificado con CC No. **1073672380**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	<b>Fecha de inicio de cobertura:</b> 30/10/2024 <b>Estado Afiliación:</b> ACTIVO <b>Fecha de inicio de Contrato:</b> 25/10/2024 <b>Fecha fin de Contrato:</b> 31/12/2024 <b>Tipo Vinculación:</b> TRABAJADOR INDEPENDIENTE <b>Clase de Riesgo:</b> 1

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal [www.positivaenlinea.gov.co](http://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): 20240102126480.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 1 días del mes de noviembre de 2024.

Cordialmente,

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



### HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

MELQUI ALEXANDER ROMERO VERU      Identificado con      CC 1073672380

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina CHAPINERO, con las siguientes características:

#### Cuentamiga

<b>Número:</b>	24124665253
<b>Fecha de apertura:</b>	4 de Agosto de 2023
<b>Condiciones de uso:</b>	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
<b>Estado:</b>	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Martes, 22 de Octubre de 2024.

Cordialmente,

**Vicepresidencia de Banca Masiva**





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

Hacemos constar, que la póliza No. 62-46-101010640, 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 BOGOTÁ, D.C., a los 25 días del mes de Octubre de 2024

  
Firma autorizada de Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

Oficina Principal: Autopista Norte # 103 - 60, Piso 5 Bogotá D.C. Teléfono: 601-2186977, 601-6019330  
ASISTENCIA CELULAR #388 - FUERA DE BOGOTÁ 018000123010  
[www.segurosdelestado.com](http://www.segurosdelestado.com)

FECHA						
CONTADO						
RECIBIMOS DE:	ROMERO VERU MELQUI ALEXANDER			C.C. C.C.:1,073,672,380		
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE					
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 62-46-101010640					
SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA			PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
OFICINA PARQUE 93-AG. REPRESENTANTE - CU. ESTATAL - 101010640 - 0 - 0			\$ 20,000.00	\$ 8,000.00	\$ 5,320.00	\$ 33,320.00
FORMA DE PAGO						
INTERMEDIARIO: ANDREA MARCELA SARMIENTO MARTINEZ - 220528					EFFECTIVO:	\$ 33,320.00
					CHEQUE:	\$ 0.00
					TARJETA:	\$ 0.00
					BD:	\$ 0.00
					OTROS:	\$ 0.00
					TOTAL:	\$ 33,320.00
CAJERO: RAPIESTADO						

ORIGINAL

FECHA					
CONTADO					
RECIBIMOS DE:	ROMERO VERU MELQUI ALEXANDER		C.C. C.C.:1,073,672,380		
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE				
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 62-46-101010640				
SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA		PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
OFICINA PARQUE 93-AG. REPRESENTANTE - CU. ESTATAL - 101010640 - 0 - 0		\$ 20,000.00	\$ 8,000.00	\$ 5,320.00	\$ 33,320.00
FORMA DE PAGO					
INTERMEDIARIO: ANDREA MARCELA SARMIENTO MARTINEZ - 220528			EFECTIVO:		\$ 33,320.00
			CHEQUE:		\$ 0.00
			TARJETA:		\$ 0.00
			BD:		\$ 0.00
			OTROS:		\$ 0.00
			TOTAL:		\$ 33,320.00
			CAJERO: RAPIESTADO		

COPIA



**PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES  
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.62-46-101010640**

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

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

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

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

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

### 12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

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

### 13. COASEGURO

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