SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)**
**REGIONAL CAQUETÁ**
**CENTRO TECNOLOGICO DE LA AMAZONIA-CAQUETA - EMPRENDE RURAL**
**Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1**
**Resoluciòn DIAN Nº 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **18** |
| **Código Centro** | **951610** |
| **Fecha Elaboración** | **Julio de 2021** |
| **Versión** | **JUNIO 2021 - 3,21** |
| **ID de Proceso** | **12215-299872** |
| **No. de documento** | **167985** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | FABIOLA VASQUEZ PORTES | **C.C.** | 1.026.586.467 | **IP/Nº de contacto** | 3214750075 |
| **Correo electrónico contratista:** | favasquezpor@sena.edu.co | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Régimen del IVA:** | NO RESPONSABLE | **Pertenece al régimen simple de tributación?** | NO | **Es declarante de renta?** | NO | **Es Pensionado?** | NO |
| **Sus ingresos en el 2020 Superaron $49'849.000** | NO | **Inducción SST** | SI | **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** | | SI | |
| **Banco al cual consignar:** | BANCOLOMBIA | **Tipo de cta** | AHORROS | **Nº Cuenta** | | 46687313453 | |
| **Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?** | NO | **Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2021 supera los $ 119´806.000** | | NO | | | |

## DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº del contrato:** | 2620547/2021 | | | **Nº Compromiso SIIF** | | **41721** | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 18.480.000 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 18.480.000 | **1** | **Del** | **01/07/2021** | **Al** | **31/07/2021** | **$ 3.300.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 15.180.000 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 701.460,00 | |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | Prestar servicios profesionales de carácter temporal como instructor de emprendimiento y apoyo a la gestión del emprendimiento rural, en la modalidad presencial y a distancia; enmarcada en los lineamientos del programa SENA Emprende Rural SER, en el área Gastronomia |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.300.000 | | Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383° | 0,00% |
| | | | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 0 | | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 3.300.000** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.192.850** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | Julio | Junio |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **9422161191** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.320.000 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 165.000 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 211.200 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL II | $ 13.800 | $ 0 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064 | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800 | $ - | |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Dependientes hasta $ 1.161.856 | $ - | |
| Salud hasta $ 580.928 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 8.713.920 | $ 730.950 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 2.192.850,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 2.923.800,00 | |
| Valor base IVA | 0,00 | |
| IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Reteica - 8299 | 17.543,00 | 0,600% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$ 3.282.457,00** | |

**SON: TRES MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Realicé alistamiento de la formación Emprendedor en gastronomía típica rural matriculada en las fichas 2365789, 2365798, 2365799
Ejecute las acciones de formación de acuerdo a los procedimientos y lineamientos establecidos por dirección de formación profesional integral en la formación Emprendedor en gastronomía típica rural matriculada en las fichas 2365789, 2365798, 2365799
Programé y reporté a la supervisora de mi contrato la movilización a las unidades productivas de la formación en formación Emprendedor en gastronomía típica rural matriculada en las fichas 2365789, 2365798, 2365799
Realicé el procedimiento de matricula a 87 aprendices de la formación en formación Emprendedor en gastronomía típica rural
Se realizó la afiliación de la instructora Fabiola Vasquez Portes el día 30 de junio del 2021.
Participé en la reunión de inducción al programa SER el día 05 de Julio de 2021.
RECURSOS NACIOM - MUNICIPIOS DE EJECUCIÓN: SAN VICENTE DEL CAGUAN, FLORENCIA CAQUETÁ

**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.

**FABIOLA VASQUEZ PORTES**
**EL CONTRATISTA**

## CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

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

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

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

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

**ALBA LUZ MENDEZ ROJAS**
**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**

**DANNY LÓPEZ SEGURA**
**DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO**

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1026586467 | | VASQUEZ PORTES FABIOLA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | cll 16a 6 08 | FLORENCIA-CAQUETA | 2000000 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2021-06 | 2021-06 | 40343463 | 9422161191 | I | 2021/07/16 | 2021/07/15 | BANCO DE OCCIDENTE | 0 | $131,300 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $423,979 | $67,900 | | | $423,979 | $53,000 | | | $0 | $0 | | | $423,979 | $10,400 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $423,979 | $67,900 | | | $423,979 | $53,000 | | | $0 | $0 | | | $423,979 | $10,400 | | $0 | $0 |
| Ciudad: FLORENCIA Depto: CAQUETA ( 1 Afiliados) | | | | | $423,979 | $67,900 | | | $423,979 | $53,000 | | | $0 | $0 | | | $423,979 | $10,400 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 1026586467 | VASQUEZ FABIOLA | 230301 | 14 | $423,979 | $67,900 | EPS037 | 14 | $423,979 | $53,000 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 14 | $423,979 | $10,400 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | | $423,979 | $67,900 | | | $423,979 | $53,000 | | | $0 | $0 | | | $423,979 | $10,400 | | $0 | $0 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1026586467 | | VASQUEZ PORTES FABIOLA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | cll 16a 6 08 | FLORENCIA-CAQUETA | 2000000 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2021-06 | 2021-06 | 40343463 | 9422161191 | I | 2021/07/16 | 2021/07/15 | BANCO DE OCCIDENTE | 0 | $131,300 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $67,900 | $0 | $0 | $67,900 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $67,900 | $0 | $0 | $67,900 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $10,400 | $0 | $0 | $10,400 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $10,400 | $0 | $0 | $10,400 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $53,000 | $0 | $0 | $53,000 |
| NUEVA E.P.S. | EPS037 | 900,156,264 | 2 | 1 | $53,000 | $0 | $0 | $53,000 |
| TOTAL | | | | 1 | $131,300 | $0 | $0 | $131,300 |

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14764437481

(415)7707212489984(8020) 000001476443748 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 2 6 5 8 6 4 6 7 | 6 | Impuestos de Bogotá 3 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 2 6 5 8 6 4 6 7 | 2 0 1 4 0 4 0 9 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| VASQUEZ | PORTES | FABIOLA | |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

41. Dirección principal: CL 16 D BIS A 97 47 BRR FONTIBON

42. Correo electrónico: fabiolita2203@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 2 1 4 7 5 0 0 7 5 | 3 1 1 4 7 7 1 4 7 5 |

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 2 9 9 | 2 0 1 6 0 5 0 2 | | | | | | |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

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

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

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

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 06 - 16 / 18 : 00: 53

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 VASQUEZ PORTES FABIOLA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

| CLIPSalud | AUDIOMETRIA - SALUD OCUPACIONAL | Codigo: GP-F-061<br>Version: 02<br>Fecha: 30/08/2019 |
|---|---|---|

## I. INFORMACION PERSONAL

| Nombre y Apellido: | | Documento de Identidad | | |
|---|---|---|---|---|
| Fabiola Vasquez Portes | | Tipo: T.I. [ ] C.C. [X] C.E. [ ] | Numero: 1.026.586.467 | Expedida en: |
| Entidad: Part. Sena | Edad: 25 | sexo: F [X] M [ ] | Fecha de Nacimiento: 22-03-1996 | Telefono: 3214750075 |
| Fecha de Examen: 16/06/2021 | Direccion de residencia: Calle 16A N 6-08 B/ 7 de Agosto. | | | |
| Tipo de valoracion: | Ingreso: [X] | Periodico: [ ] | Egreso: [ ] | Seguimiento: [ ] |

## II. INFORMACION OCUPACIONAL / CARGO ACTUAL / RETIRADO O A INGRESAR

| Fecha: | Cargo: Instructor | Seccion: | Antigüedad en el cargo: |
|---|---|---|---|

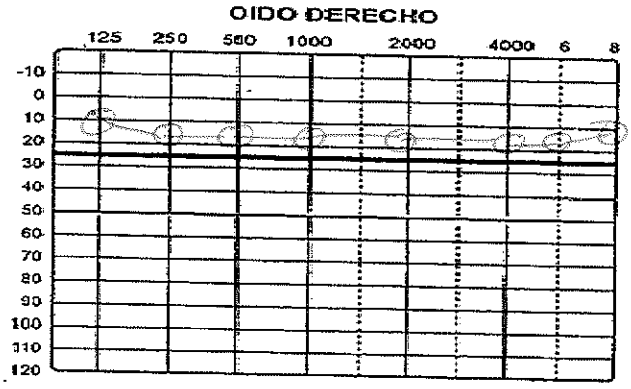
## III. DATOS DE HISTORIA CLINICA Y OCUPACIONAL

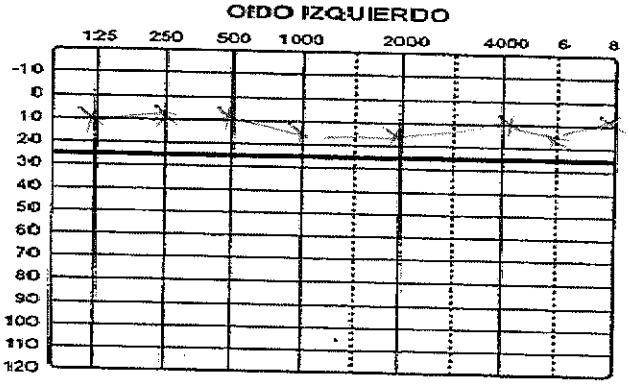
| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| T.C.E | [ ] | OTITIS | [ ] | OTOXICOS | [ ] | TINNITUS | [ ] | PERFORCION DE MT | [ ] |
| QX DE OIDO | [ ] | VERTIGO | [ ] | OTALGIA | [ ] | HIPOACUSIA SUBJETIVA | [ ] | SENSAC. DE OIDO TAPADO | [ ] |
| SORDERA FAMILIAR | | | [ ] | DIABETES | [ ] | HIPERTENSION | [ ] | OTRAS ENFERMEDADES | [ ] |
| EXPOSICION A RUIDO OCUPACIONAL | | | [ ] | TIEMPO | | | | E.P.A. | [ ] |
| EXPOSION A RUIDO EXTRALABORAL | | | AUDIFONOS | [ ] | DISCOTECA | [ ] | TEJO | POLIGONO | MOTO [ ] |

**OTOSCOPIA:** Normal

**OTROS DATOS DE HISTORIA CLINICA:** Hace 1 año, ultimo P. de Audiometria, con ruidos leves.

## AUDIOMETRIA




DX.

Audicion con parametros de normalidad.

LARSEN MOD

Normal [X] G.II [ ]
G.I. [ ] G.III [ ]

| CLASIFICACION DE PERDIDA AUDITIVA LABORAL | |
|---|---|
| 0 - 25dB | AUDICIÓN NORMAL |
| 26 - 40dB | HIPOACUSIA LEVE |
| 41 - 55dB | HIPOACUSIA MODERADA |
| 56 - 70dB | HIPOACUSIA MODERADA A |
| 71 - 90d3 | HIPOACUSIA SEVERA |
| 91dB... | HIPOACUSIA PROFUNDA |

## IV. OBSERVACIONES

Examenes de Control, audes

## V. DATOS EQUIPO UTILIZADO

| Audiometro | Marca | | Fecha Calibracion | |
|---|---|---|---|---|
| Nombre del Fonoaudiologo(a) | Alexander Herrera P. | | Firma del Paciente | Fabiola Vasquez |
| Firma y No. R:M. | 7200 | | | |

CLIPSalud
Nos movemos para que su empresa no se detenga
FLORENCIA - CAQUETÁ

# PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL
# VISIOMETRÍA

F-03-003 | V01 | Octubre/2009

## INFORMACION PERSONAL

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE | Fabiola Vasquez Portes | | | | DOC. IDENTIFICACION | 1.026.586.967 | | | |
| EDAD | 25 años | FECHA | DD 22 | MM 03 | AAAA 1996 | SEXO | X | M | |
| ENTIDAD | Particular Seng | DIRECCIÓN | Calle 16A N 6-08 B/7 Agosto | | | | | | |
| FECHA DE EXAMEN | 16 | 06 | 2021 | TELÉFONO | 3214750075 | | | | |
| TIPO DE VALORACIÓN: | INGRESO | X | EGRESO | | PERIÓDICO | | SEGUIMIENTO | | |

## INFORMACIÓN OCUPACIONAL CARGO ACTUAL / RETIRADO O A INGRESAR

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | DD | MM | AAAA | CARGO | Instructor. |
| SECCIÓN | | | | ANTIGUEDAD EN EL CARGO | Ingreso. |

## ANTECEDENTES PERSONALES

Q. Oculares ☺.
Último examen Usual: 1 año Dx: Normal.
No cirugía de Rx.

## ANTECEDENTES FAMILIARES

NO refiere.

## ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Trabajo de campo

| AGUADEZA VISUAL | SC | VL | VP | CC | VL | VP |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | OD: 20/20 | | OD: 05M | | N/A. | |
| | OI: 20/20 | | OD: 05M. | | | |

EXAMEN EXTERNO: Normal AO
MOTILIDAD OCULAR: Normal AO
OFTALMOSCOPIA: No se realiza por protocolo COVID-19 min Salud
VISIÓN CROMÁTICA: Normal AO.

IMPRESOS CAMACHO F. ROBINSON CAMACHO F. NIT. 17.649.485-7 Cel. 3143589292 - 314 2279000

## RECOMENDACIONES
(marque con una x según corresponda)

| | | | |
|---|---|---|---|
| CONTROL EN UN AÑO | X | VALORIZACION POR OFTALMOLOGÍA | |
| CONTROL EN SEIS MESES | | | |
| VALORACIÓN POR ORTÓPTICA | | | |

## OBSERVACIONES

Dx: Emetropia AO

S/S: . USO E.P.P
. Control 1 año.

EVALUADO POR:

Dra. Gloria Espinosa G.
OPTOMETRA
Universidad La Salle
Especialista SST Lic. 0052

FIRMA

NOMBRE:

REGISTRO:

ASPIRANTE O TRABAJADOR

Fabiola Vasquez

FIRMA

NOMBRE: Fabiola Vasquez Rios

DOCUMENTO IDENTIFICACOIN:: 1026586967

IMPRESOS CAMACHO F. NIT. 17.649.485-7 Cel. 3143592292 - 314 2279000

# CLIPSALUD IPS S.A.S

**Nit: 900304743-4**

## HOJA DE TRABAJO
## SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL

PACIENTE: FABIOLA VASQUEZ PORTES CC 1026586467

Fecha: 16/06/2021 10:22:37

**SID:** **14220** Orden Nro. 35885

Empresa: PARTICULAR/SENA

| Hora | Profesional / Empresa | Actividad | Notas |
|---|---|---|---|
| **Fecha Cita:** | **16/06/2021** | | |
| INMEDIATO | LABORATORIO CLINICO | Laboratorio | 2 PISO |
| 07:45 am | CLAUDIA MARIA BERMEO PIMENTI | Audiometria | |
| 07:49 am | RONALD MIGUEL SOTELO MARIM( | Medicina Ocupacional | |
| 08:00 am | GLORIA LEONOR ESPINOSA GONZ | Optometria/Visiometria | |
| 08:30 am | FERNANDA PRIETO MONTEALEGF | Psicologia | |

**CONCEPTOS**

| Concepto | Cantidad: |
|---|---|
| EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSC | 1 |
| OPTOMETRIA | 1 |
| AUDIOMETRIA OCUPACIONAL | 1 |
| GLICEMIA EN SANGRE | 1 |
| PERFIL LIPIDICO COMPLETO | 1 |
| CUADRO HEMATICO | 1 |
| PARCIAL DE ORINA | 1 |
| PRUEBA PSICOLOGICA | 1 |
| | 8 |

**Nuestro saludo de bienvenida e interes por que su visita a Visionamos Salud cubra con sus expectativas**

**Por Favor Tenga en Cuenta las siguientes recomendaciones:**

*Llegue 10 minutos antes de la hora asignada

*Ubiquese en cada sala de espera segun corresponda. Alli sera llamado por cada Profesional.

*Evite Tocar la Puerta.

*Si tiene examen de laboratorio, por favor asista en ayunas

*En caso de alguna duda, comuniquela inmediatamente a recepcion.

*En caso de queja, comuniquela al número celular 313 282 03 09

**Su oponion es muy importante para nosotros.**

**El usuario tienen DERECHO a:**

*Presentar quejas, reclamos y solicitudes sobre la prestacion del servicio y la resolucion de las mismas.

**El usuario tiene el DEBER de:**

*Seguir las instrucciones necesarias para obtener una adecuada prestacion del servicio.

.

ClíPSalud
Nos movemos para que su empresa no se detenga



**Nombre:** FABIOLA VASQUEZ PORTES **SID : 14220**
**No. Identificacion:** 1026586467
**Edad:** 25 Años **Sexo:** Femenino
**Nro. Ordenamiento:** 35885 Página 1 de 1

**Fecha de Recepcion:** 16/06/2021 10:22:41
**Fecha de Impresion:** 17/06/2021 03:34:28 pm
**Entidad:** PARTICULAR/SENA
**Solicitante:** A QUIEN CORRESPONDA

| Examen | Resultado | Unidad Medida | Valor Biologico de Referencia |
|---|---|---|---|
| **1. CUADRO HEMATICO** | | | |
| Recuento de Leucocitos | 9.9 | x10^3/uL | 3.70-10.1 x10^3/uL |
| % Granulocitos | 70.1 | % | 39.0 - 65.0% |
| % Linfocitos | 23.8 | % | 18.0 - 48.3 % |
| % Monocitos | 6.1 | % | 4.40-12.7 % |
| # Granulocitos | 6.9 | x10^3/uL | 1.63-6.96 x 10e3/uL |
| # Linfocitos | 2.4 | x10^3/uL | 1.09-2.99 x10^3/uL |
| # Monocitos | 0.6 | x10^3/uL | 0.240-0.790 x 10e3/uL |
| Recuento de Eritrocitos | 4.81 | x10^3/uL | 4.06-4.69 x10^3/uL |
| Hemoglobina | 14.0 | g/dL | 12.9-14.2 g/dL |
| Hematocrito | 45.1 | % | 37.7-53.7 % |
| Volumen Corpuscular Medio | 93.7 | fL | 81.1-96.0 f/L |
| HB corpuscular media | 29.1 | pg | 27.0-31.2 pg |
| Concentración HB corpuescular media | 31.1 | g/dL | 31.8-35.4 g/dL |
| Ancho Distribución Eritrocitaria | 12.1 | % | 11.5-14.5 % |
| Recuento de Plaquetas | 333 | x10^3/uL | 150-450 x10^3/uL |
| Volumen Plaquetario Medio | 10.0 | fL | 6.90-10.6 fL |
| Ancho de Distribuciòn Plaquetas | 16.1 | 10(GSD) | 0.00-99.9 10(GSD) |
| Plaquetocrito | 0.332 | % | 0.00-9.99 % |
| DIFERENCIAL MANUAL | | | |
| **2. GLICEMIA**<br>**Metodo: Espectrofotometria** | 72 | mg/dl | Niños: 60 - 100 mg/dl - Adultos: 70- 110 mg/dl |
| **3. PERFIL LIPIDICO** | | | |
| COLESTEROL TOTAL | 193 | mg/dl | 0-199 mg/dl |
| COLESTEROL HDL | 48 | mg/dl | Alto riesgo de enfermedad coronaria: Menor de 40 mg/dl - Negativo para riesgo de enfermedad coronaria: Mayor de 60 mg/dl |
| TRIGLICERIDOS | 59 | mg/dl | 0 - 150 mg/dl |
| COLESTEROL VLDL | 11.8 | mg/dl | 0 - 40 mg/dl |
| COLESTEROL LDL | **133.2** | mg/dl | 0 - 129 mg/dl |
| FACTOR DE RIESGO CORONARIO | 4 | | 0 - 5.7 |

ClIPSalud
Nos movemos para que su empresa no se detenga

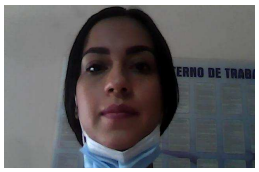


**Nombre:** FABIOLA VASQUEZ PORTES **SID : 14220**
**No. Identificacion:** 1026586467
**Edad:** 25 Años **Sexo:** Femenino
**Nro. Ordenamiento:** 35885 Página 1 de 1

**Fecha de Recepcion:** 16/06/2021 10:22:41
**Fecha de Impresion:** 17/06/2021 03:34:28 pm
**Entidad:** PARTICULAR/SENA
**Solicitante:** A QUIEN CORRESPONDA

| Examen | Resultado | Unidad Medida | Valor Biologico de Referencia |
|---|---|---|---|
| **4. PARCIAL DE ORINA** | | | |
| EXAMEN FISICOQUIMICO | | | |
| Aspecto | **TURBIO** | | |
| Color | AMARILLO | | |
| Densidad | 1030 | | |
| pH | 6,0 | | |
| Proteinas | NEGATIVO | mg/dl | |
| Glucosa | NEGATIVO | mg/dl | |
| Cetonas | NEGATIVO | | |
| Hemoglobina | NEGATIVO | | |
| Bilirrubinas | **+** | | |
| Urobilinogeno | 1 | mg/dl | |
| Leucocitos | **+** | | |
| Nitritos | NEGATIVO | | |
| SEDIMENTO | | | |
| Celulas del tracto bajo | 2-4 | xc | |
| Celulas del tracto alto | 2-4 | xc | |
| Leucocitos | 2-4 | xc | |
| Bacterias | ESCASAS | xc | |
| Cristales | Uratos amorfos ++ | xc | |

Validado:Yuilieth Murillo Aguirre
BACTERIOLOGA - BACTERIOLOGA



# CLIPSALUD IPS S.A.S

Nit: 900304743-4

.4A-56 FLORENCIA CAQUETA PBX: 4355072- 4347315 CEL: 3175176395
BARRIO PORVENIR - www.clipsalud.com

| | | Identificacion | Codigo Unico Paciente: |
|---|---|---|---|
| **Nombre Paciente:** | Fabiola Vasquez Portes | 1026586467 | 20720 |
| **Empresa:** | PARTICULAR/SENA | **Fecha Nacimiento:** | 22/03/1996 |
| **Direccion:** | CALLE 16A N 6-08 BRR 7 DE AGOSTO | | |

| Ingreso Nro. | Sexo: | Edad: | | Estado Civil: | Nivel Educativo: | Ciudad: | Fecha Consulta |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 31852 | Femenino | 25 | Años | Soltero | Profesional Universitari | FLORENCIA | 16/06/2021 15:42:50 |

| Objetivo: | Ingreso | E.P.S.: | NUEVA EPS | A.R.L.: | POSITIVA | Cargo: | INSTRUCTOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Contrato: | | Clasificacion del Riesgo: | | CLASE I | | Estrato: | [1] - Bajo Bajo |

## EXAMEN OSTEOMUSCULAR

N = Normal AN = Anormal | PO = Positivo NEG = Negativo

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1. CONSTITUCION** | PLEOMORFICO: ☐ | ENDOMORFICO: ☑ | ECTOMORFICO: ☐ | | | | |
| **2. POSTURA** | NORMAL: ☑ | ASIMETRICA: ☐ | | | | | |
| **3. CURVATURA COLUMNA** | NORMAL: ☑ | NO: ☐ | | | | | |
| **4. MARCHA** | NATURAL: ☑ | RIGIDEZ: ☐ | COJERA: ☐ | | | | |
| **5. PROPIOCEPCION Y COORDINACION L5-S:** | | NORMAL: ☑ | ANORMAL: ☐ | | | | |
| **6. PALPACION** | | | | | | | |
| **a. APOFISIS ESPINOSAS:** | | NORMAL: ☑ | ANORMAL: ☐ | | | | |
| **b. LIGAMENTO SUPRAESPINOSO:** | | NORMAL: ☑ | ANORMAL: ☐ | | | | |
| **b. LIGAMENTO INTERESPINOSO:** | | NORMAL: ☑ | ANORMAL: ☐ | | | | |
| **d. MUSCULOS PARAESPINALES:** | | NORMAL: ☑ | ANORMAL: ☐ | | | | |
| **7. PERCUSION** | | | | | | | |
| **EXAMEN FUNCIONAL** | | | | | | | |
| **FLEXION** | | | | | | | |
| GRADO I: ☐ | GRADO II: ☐ | GRADO III: ☑ | GRADO IV: ☐ | | | | |
| PRUEBA DE SCHOBER | | MAYOR DE 5 CMS (N): ☑ | MENOS DE 5 CMS: ☐ | | | | |
| **EXTENSION** | | | | | | | |
| INCLINACION LATERAL | | | | | | | |
| ROTACION Y FLEXION | | NORMAL: ☑ | ANORMAL: ☐ | | | | |
| PRUEBA DEL ARCO DE FORESTIER | | RELAJACION PV: ☑ | CONTRACTURA PV: ☐ | | | | |
| **CUNCLILLAS** | | | | | | | |
| **ARTICULACION CADERAS, RODILLAS Y PIES:** | | NORMAL: ☑ | ANORMAL: ☐ | | | | |
| **ESCOLIOSIS:** | | SI: ☐ | NO: ☑ | | | | |
| **MUSCULOS ABDOMINALES SUPERIORES:** | | TONO NORMAL: ☑ | DEBILIDAD: ☐ | | | | |
| **MUSCULOS ABDOMINALES INFERIORES:** | | TONO NORMAL: ☑ | DEBILIDAD: ☐ | | | | |

LONGUITUD APARENTE:

**LONGUITUD REAL MIEMBROS INFERIORES:** _____ _____

PIERNA:

**PERIMETRO EXTREMIDAD INFERIOR** **MUSLO:** _____ _____

**PRUEBA LASEGUE:** POSITIVA: ☐ NEGATIVA: ☑

### SENSIBILIDAD

| | | |
|---|---|---|
| DERMATOMA L1: | ● N | ○ AN |
| DERMATOMA L4: | ● N | ○ AN |
| DERMATOMA L5: | ● N | ○ AN |
| DERMATOMA S1: | ● N | ○ AN |
| DERMATOMA S2: | ● N | ○ AN |
| DERMATOMA S3: | ● N | ○ AN |

### FUERZA MUSCULAR ( O - V )

| | | |
|---|---|---|
| PSOAS ILIACO: | ● N | ○ AN |
| CUADRICEPS: | ● N | ○ AN |
| TIBIAL ANTERIOR: | ● N | ○ AN |
| EXTENSOR PPIO DEL PULGAR: | ● N | ○ AN |
| ADUCTORES DE CADERA: | ● N | ○ AN |
| GLUTEO MEDIANO | ● N | ○ AN |
| GLUTEO MAYOR: | ● N | ○ AN |

### REFLEJOS

| | | |
|---|---|---|
| REFLEJO ROTULIANO: | ● N | ○ AN |
| REFLEJO AQUILIANO: | ● N | ○ AN |

| ARTICULACION SACROILIACA | | |
|---|---|---|
| FABERE: | ○ POS | ● NEG |
| MANGO DE BOMBA: | ○ POS | ● NEG |

**OBSERVACIONES:**

Tue Jun 2021 06/08/21 07:26:24

Ronald Miguel Sotelo Marimon - C.C. 8853142 / RM: Registro Mèdico 18822

fabiola Vasquez

Wed Jun 2021 06/16/21 10:20:56

Firma del Paciente o Responsable



Indice Derecho

ESTA HISTORIA CLINICA NO REQUIERE FIRMA DEL PROFESIONAL O MEDICO QUE ATENDIO, DE ACUERDO AL ARTICULO 18 DE LA RESOLUCION 1995 DE 1999 DEL MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Impreso por: Generado por SGMI - TERRASOFT, NIT. 74814574-9

# HISTORIA CLINICA
## OCUPACIONAL


**CLIPSALUD IPS S.A.S**
Nit: 900304743-4
CALLE 18 Nº 5A-48 FLORENCIA CAQUETA PBX: 8745789- CEL: 3162523
BARRIO PORVENIR - www.clipsalud.com


| | | Identificacion | Codigo Unico Paciente: |
|---|---|---|---|
| **Nombre Paciente:** | Fabiola Vasquez Portes | 1026586467 | 20720 |
| **Empresa:** | PARTICULAR/SENA | **Fecha Nacimiento:** | 22/03/1996 |
| **Direccion:** | CALLE 16A N 6-08 BRR 7 DE AGOSTO | | |

| Ingreso Nro. | Sexo: | Edad: | Estado Civil: | Nro. Hijos | Nivel Educativo: | Ciudad: | Fecha Ingreso: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 31852 | Femenino | 25 a | Soltero | 0 | Profesional Universitari | FLORENCIA | 16/06/2021 15:42:50 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Objetivo:** | Ingreso | **E.P.S.:** | NUEVA EPS | **A.R.L.:** | POSITIVA | **Cargo:** | INSTRUCTOR |
| **Contrato:** | | **Clasificacion del Riesgo:** | CLASE I | **Estrato:** | [1] - Bajo Bajo | | |

## I. INFORMACION OCUPACIONAL Y EXPOSICION A FACTORES DE RIESGO

| NOMBRE DE LA EMPRESA | CARGO | TIEMPO | FACTOR DE RIESGO | | | | | | | ORGANOS COMPROMETIDOS | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Fisicos | Quimicos | Ergonomicos | Biologicos | Psicosocial | Seguridad | Otros | Oido | Ojos | Piel | Pulm | Ost. | Otros |
| particular sena | instructor | | ☑ | ☐ | ☑ | ☑ | ☑ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Observaciones Antecedentes:

* Ampliacion de ITEMS señalados con "Si"

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

Gafas: ☐ Casco: ☐ Tapabocas: ☑ Overol: ☐ Botas: ☐ Protector Auditivo: ☐ Respirador: ☐ Guantes: ☐

**A. - ACCIDENTES DE TRABAJO:** NO
No Refiere Accidentes de Trabajo o Enfermedad(es) Profesional(es)

**B. - ENFERMEDAD PROFESIONAL:** NO

### C.- ANTECEDENTES FAMILIARES:

**Composición Familiar:** Nuclear

| PATOLOGIA | | PARENTESCO | PATOLOGIA | | PARENTESCO |
|---|---|---|---|---|---|
| ASMA: | ☐ | | A. CEREBRO-VASCULAR: | ☐ | |
| CANCER: | ☐ | | HIPERTENSION ARTERIAL: | ☐ | |
| DIABETES: | ☐ | | COLAGENOSIS: | ☐ | |
| ENFERMEDAD CORONARIA: | ☐ | | PAT. TIROIDEAS: | ☐ | |

OTROS ANTECEDENTES: No Refiere Antecedentes

### D. - ANTECEDENTES PERSONALES:

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Patologicos: | ☐ | No Refiere | Psiquiatricos: | ☐ | No Refiere | Estimulantes: | ☐ | No Refiere |
| Hospitalarios: | ☐ | No Refiere | Transfuncionales: | ☐ | No Refiere | Practica Algun Deporte: | ☐ | No Refiere |
| Quirurgicos: | ☐ | No Refiere | Inmunizaciones: | ☐ | No Refiere | Medicamentosos: | ☐ | No Refiere |
| Alergicos: | ☐ | No Refiere | Gineco - Obstetricos: | ☐ | No Refiere | Toxicos: | ☐ | No Refiere |
| Traumaticos: | ☐ | No Refiere | Tabaquismo: | ☐ | No Refiere | Otros: | ☐ | No Refiere |
| Venereos: | ☐ | No Refiere | Alcohol: | ☐ | No Refiere | | | |

No Refiere Antecedentes Personales

### E. - ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:

** Ampliacion Sobre los item señalados con "Si" en antecedentes personales*

| | |
|---|---|
| CICLO MENSTRUAL: normal | G: ☐ P: ☐ A: ☐ V: ☐ C: ☐ M: ☐ E: ☐ |
| FECHA ULTIMA REGLA: 11/06/21 | PLANIFICACION FAMILIAR: |
| FECHA ULTIMA CITOLOGIA: 2019 | ☑ METODO: inyeccion |

## F. - INMUNIZACIONES:

| VACUNA | DOSIS UNICA | VACUNA | 1 DOSIS | 2 DOSIS | 3 DOSIS | REFUERZO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| FIEBRE AMARILLA: | | TETANO: | | | | |
| PAPERAS Y RUBEOLA: | | HEPATITIS: | | | | |
| INFLUENZA: | | OTRAS: | | | | |
| Resultado Inmunizaciones: | | | | | | |

## G. - HABITOS:

| | | | |
|---|---|---|---|
| FUMA | ○ Si ● No | | |
| CANTIDAD DE CIGARRILLOS POR DIA: | 0 | | |
| FUMABA: | ○ Si ● No | CIGARRILLOS DIA: | 0 |
| HASTA CUANDO: | n/r | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ALCOHOL: | ○ Si | ● No | |
| FRECUENCIA: | n/r | TIPO: | |
| ACTIVIDAD CULTURAL: | ○ Si | ● No | |
| ACTIVIDAD DEPORTIVA: | ○ Si | ● No | |
| SEDENTARIO PURO: | ○ Si | ● No | |
| SEDENTARIO: | ○ Si | ● No | |

Habitos Riesgosos

Tejo ☐ S. Militar: ☐ Tiempo: _____ Moto: ☐

Otros: No Refiere

Especifique:

N/R

## II. - REVISION POR SISTEMAS Y EXAMEN FISICO:

| | | | |
|---|---|---|---|
| CARDIOVASCULAR: | N | OCULAR: | N |
| DARMATOLOGICO: | N | RESPIRATORIO: | N |
| GENITU - URINARIO: | N | DIGESTIVO: | N |
| NEUROLOGICO: | N | O.R.L.: | N |
| OSTEO - MUSCULAR: | N | OTROS: | N |

| PERIMETRO ABDOMINAL: | 66 Cms | | |
|---|---|---|---|
| PESO: | TALLA: | I.M.C.: | F.C.: |
| 58 Kgs | 159 Cms | 22.9 k/m2 | 62 x Minuto |
| F.R.: | T.A.: | BIOTIPO: | ESTADO GENERAL: |
| 18 x minuto | 124/78 mmHg | Pequeño | Bueno |

**LATERALIDAD:** DIESTRO: ☑ ZURDO: ☐ AMBIDIESTRO: ☐

**AGUDEZA VISUAL:** O.D. | O.I. | A.O.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. CABEZA | N | 13. OIDOS: | N | 25. T. INGUINALES: | N |
| 2. OJOS | N | 14. C. AUDITIVO EXT.: | N | 26. GENITALES EXT: | X |
| 3. PARPADOS | N | 15. TIMPANOS: | N | 27. T. VAGINAL: | X |
| 4. CONJUNTIVAS | N | 16. CUELLO: | N | 28. T. RECTAL: | X |
| 5. FONDO DE OJO | N | 17. TIROIDES: | N | 29. : MIEMBROS | N |
| 6. NARIZ | N | 18. TORAX: | N | 30. MANOS: | N |
| 7. TABIQUE | N | 19 . Rs Cs: | N | 31. PIES: | N |
| 8. BOCA | N | 20. Rs Rs: | N | 32. PIEL: | N |
| 9. DENTADURA | N | 21. SENOS: | N | 33. COLUMNA: | N |
| 10. FARINGE | N | 22. ABDOMEN: | N | 34. EX. NEUROLOGICO: | N |
| 11. AMIGDALAS | N | 23. PERCUSION: | N | 35. EX. MENTAL: | N |
| 12. ENCIAS | N | 24. MASAS: | N | 36. REFLEJOS: | N |

* Normal = N  Anormal = A  X= No Examinada  AMPLIE SOLAMENTE HALLAZGOS ANORMALES(A)

## III. -EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CUADRO HEMATICO: | No Solicitado | No Solicitado | GRAVINDEX: | No Solicitado | No Solicitado |
| PARCIAL DE ORINA: | No Solicitado | No Solicitado | OPTOMETRIA: | No Solicitado | Pendiente |
| SEROLOGIA: | No Solicitado | No Solicitada | VISIOMETRIA: | No Solicitado | No Solicitado |
| HEMOCLASIFICACION: | No Solicitado | No Solicitado | ESPIROMETRIA: | No Solicitado | No Solicitado |
| GLICEMIA: | No Solicitado | No Solicitado | AUDIOMETRIA: | No Solicitado | Pendiente |
| COLESTEROL: | No Solicitado | Total: No Solicitado | TRIGLICERIDOS: | No Solicitado | No Solicitado |
| | | | KOH: | No Solicitado | No Solicitado |

## IV. - DIAGNOSTICO DE INTERES CLINICO:

| | |
|---|---|
| 1 | |
| 2 | |

## V. - PREVENCION EN RIESGOS LABORALES:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA | Auditivo ☐ | Visual ☐ | Respiratorio ☐ | Ergonomico ☐ | |
| | Dermatologico ☐ | Cardiovascular ☐ | Otros ☐ | | |
| | ESPECIFIQUE: | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO DE PROTECCION | CASCO ☐ | BOTAS ☑ | GUANTES ☑ | P. AUDITIVO ☐ | P. RESPIRATORIA ☑ | P. VISUAL ☐ |
| | OTROS: | | | | | |

## VI. - DIAGNOSTICO DE INTERES OCUPACIONAL:

| | |
|---|---|
| 1 | [CIE1O No.Z100]:EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | |
| 5 | |
| 6 | |

EXÁMENES REALIZADOS:Se Realizaron los siguientes examenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, OPTOMETRIA, AUDIOMETRIA OCUPACIONAL, GLICEMIA EN SANGRE, PERFIL LIPIDICO COMPLETO, CUADRO HEMATICO, PARCIAL DE ORINA , PRUEBA PSICOLOGICA .

DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL: Apto para el cargo..

RESTRICCIONES: Ninguna para el Cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES: Para la prevención del contagio del COVID-19 es necesario conocer la organización de la empresa, el proceso productivo, las tareas, procedimientos, equipos de trabajo, tiempo de exposición (jornadas o turnos de trabajo), característica del trabajador (estado de salud, edad, sexo) Estas información permite evidenciar las características proclives a la exposición al contagio en los lugares de trabajo.
Medida generales; Lavados de manos: Todos trabajadores tanto en el trabajo remoto, centros de operación o en actividades externas, deben realizar protocolo lavados de manos con una prioridad mínima de 3 horas en donde contacto con el jabón debe durar mínimo de 20-30 segundo, toallas desechables. Disponer de alcohol glicerado en lugar acceso fácil. Distanciamiento social: Los trabajadores deben permanecer al menos 2 metros de distancia de otras personas y entre los puestos de trabajo evitando contacto directo.
Uso de tapa Boca: Estos elementos que cubren de manera oclusiva la nariz y boca y las personas reducen la posibilidad de contacto con secreción nasal o saliva de otras personas. Higiene de postura; Pausas activas cada 2 horas 5 minutos para relajamiento muscular. Uso EPP.

## VII. - CLASIFICACION DE APTITUD:

**OBJETIVO VALORACION:** **Ingreso**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **CONCEPTO INGRESO:** | APTO para el Cargo: ☑ | No APTO para el Cargo: ☐ | Aplazado: ☐ | |
| TRABAJOS ESPECIALES: | Altura: ☐ | Espacios Confinados: ☐ | Manipulacion de Alimentos: ☐ | |
| **CONCEPTO EGRESO:** | Satisfactoria: ☐ | No Satisfactoria: ☐ | Valoracion por E.P.S.: ☐ | |
| **Periodico o Cambio de Ocupacion:** ☐ | | Reubicar Trabajador ☐ | Continua en el Cargo ☐ | |

Tue Jun 2021 06/08/21 07:26:24

Ronald Miguel Sotelo Marimon - C.C. 8853142 / RM: Registro Mèdico 18822

Fabiola Vasquez

Wed Jun 2021 06/16/21 10:20:56

Firma del Paciente o Responsable



Indice Derecho

ESTA HISTORIA CLINICA NO REQUIERE FIRMA DEL PROFESIONAL O MEDICO QUE ATENDIO, DE ACUERDO AL ARTICULO 18 DE LA RESOLUCION 1995 DE 1999 DEL MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Impreso por: Generado por SGMI - TERRASOFT, NIT. 74814574-9



# CLIPSALUD IPS S.A.S

Nit: 900304743-4

.4A-56 FLORENCIA CAQUETA PBX: 4355072- 4347315 CEL: 3175176395
BARRIO PORVENIR - www.clipsalud.com

**Nombre Paciente:** Fabiola Vasquez Portes

**Identificacion:** 1026586467

**Codigo Unico Paciente:** 20720

**Empresa:** PARTICULAR/SENA

**Fecha Nacimiento:** 22/03/1996

**Direccion:** CALLE 16A N 6-08 BRR 7 DE AGOSTO



| Ingreso Nro. | Sexo: | Edad: | | Estado Civil: | Nivel Educativo: | Ciudad: | Fecha Consulta |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 31852 | Femenino | 25 | Años | Soltero | Profesional Universitari | FLORENCIA | 16/06/2021 15:42:50 |

| Objetivo: | Ingreso | E.P.S.: | NUEVA EPS | A.R.L.: | POSITIVA | Cargo: | INSTRUCTOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Contrato: | | Clasificacion del Riesgo: | | CLASE I | | Estrato: | [1] - Bajo Bajo |

## CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Los Resultados de Paraclinicos y Valoracion del Paciente fueron consignados en una Historia Clinica Ocupacional que reposa en los archivos de Salud Ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente result

**CONCEPTO INGRESO:**

| | |
|---|---|
| ☑ | APTO para el Cargo |
| ☐ | No APTO para el Cargo |
| ☐ | Aplazado |

**TRABAJOS ESPECIALES:**

| | |
|---|---|
| Alturas | |
| Espacios Confinados | |
| Manipulacion de Alimentos | |

**CONCEPTO EGRESO:**

| | |
|---|---|
| ☐ | Satisfactoria |
| ☐ | No Satisfactoria |

Valoracion por: E.P.S. ☐ A.R.L. ☐

☐ **PERIODICO, CAMBIO DE OCUPACION O POST-INCAPACIDAD** ☐ Reubicar Trabajador ☐ Continua en el Cargo

### PREVENCION EN RIESGO LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

☐ Auditivo ☐ Visual ☐ CardioVascular ☐ Respiratorio ☐ Ergonomico ☐ Dermatologia ☐ Otros

### SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS

Se Realizaron los siguientes examenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, OPTOMETRIA, AUDIOMETRIA OCUPACIONAL, GLICEMIA EN SANGRE, PERFIL LIPIDICO COMPLETO, CUADRO HEMATICO, PARCIAL DE ORINA , PRUEBA PSICOLOGICA .

### DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Apto para el cargo..

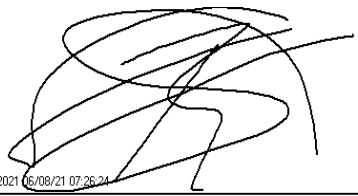
### RESTRICCIONES

Ninguna para el Cargo

### RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

Para la prevención del contagio del COVID-19 es necesario conocer la organización de la empresa, el proceso productivo, las tareas, procedimientos, equipos de trabajo, tiempo de exposición (jornadas o turnos de trabajo), característica del trabajador (estado de salud, edad, sexo) Estas información permite evidenciar las características proclives a la exposición al contagio en los lugares de trabajo.
Medida generales; Lavados de manos: Todos trabajadores tanto en el trabajo remoto, centros de operación o en actividades externas, deben realizar protocolo lavados de manos con una prioridad mínima de 3 horas en donde contacto con el jabón debe durar mínimo de 20-30 segundo, toallas desechables. Disponer de alcohol glicerado en lugar acceso fácil. Distanciamiento social: Los trabajadores deben permanecer al menos 2 metros de distancia de otras personas y entre los puestos de trabajo evitando contacto directo.
Uso de tapa Boca: Estos elementos que cubren de manera oclusiva la nariz y boca y las personas reducen la posibilidad de contacto con secreción nasal o saliva de otras personas. Higiene de postura; Pausas activas cada 2 horas 5 minutos para relajamiento muscular. Uso EPP.

Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(as) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará CLIPSALUD IPS S.A.S. Para proteger la confidencialidad de mis resultados.Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. Autorizo a CLIPSALUD IPS S.A.S. para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. De igual manera soy consciente y doy fe, de que me fue socializado mi estado de salud y el resultado de cada uno de mis valoraciones realizadas. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

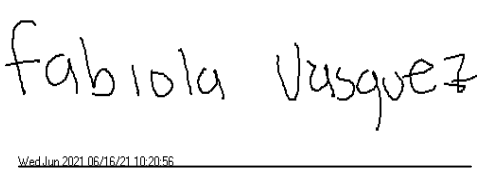


Tue Jun 2021 06/08/21 07:26:24

Ronald Miguel Sotelo Marimon - C.C. 8853142 / RM: Registro Mèdico 18822
Especialista Salud ocupacional Reg. 0326

17/06/2021 14:29:46

Generado por SGMI - TERRASOFT, NIT. 74814574-9. www.terrasoft.co



Wed Jun 2021 06/16/21 10:20:56

Firma y Huella del Paciente o Responsable



Indice Derecho

**Importante: Valide su certificado de aptitud en www.clipsalud.com Opción RESULTADOS EN LINEA FLORENCIA**

**VALORACIÓN PSICOLÓGICA**

**Nombre:** FABIOLA VASQUEZ PORTES

**Edad: 25 AÑOS**

**16 DE JUNIO 2021**

El área intuitiva (Valor AMOR) es la más importante para FABIOLA VASQUEZ PORTES. El área menos importante es la física (Valor RECTITUD).
El valor verdad está dentro de la norma de la población. La parte intelectual de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como veracidad, raciocinio, curiosidad y honestidad intelectual.

El valor rectitud recibe una calificación dentro de lo esperado. La parte física de sus valores se muestra equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como compromiso, confiabilidad, deber, cumplir metas, respeto, responsabilidad y sacrificio.

La valoración de la paz está dentro de la norma de la población. La parte emocional de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como calma, concentración, paciencia, reflexión, satisfacción, y silencio interior.

Impacta en su vida el amor un poco más que al resto de la gente. Resalta la parte intuitiva de sus valores, dándole buena prioridad a cualidades como amabilidad, amistad, ayuda, apoyo, compartir, compasión, cuidado, perdón, simpatía y tolerancia.

El valor no violencia está dentro de lo normal. La parte espiritual de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como amor universal, aprecio por las demás culturas y creencias, hermandad, justicia social y unidad humana.



**NATALY SIMANCA MARTINEZ**
**Psicóloga- Especialista en Gestión del Desarrollo Humano y Bienestar Social Empresarial**
**T.P 133938**

**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA**

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## Hace constar:

Que el Sr(a) FABIOLA VASQUEZ PORTES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1026586467 realizó el día 30/07/2021 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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

## Compromiso SST:

Yo FABIOLA VASQUEZ PORTES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1026586467 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.

Fabiola Vasquez

Firma

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

# CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN DEL DIA 30/06/2021

## DATOS DE LA EMPRESA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Tipo documento:** | NI | **Número de documento:** | 899999034 | **Cédula Usuario:** | C 40767036 |
| **Nombre:** | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA | | | | |
| **Dirección:** | CLL 57 NO 8-69 | | | | |
| **Departamento:** | BOGOTA D.C. | | **Municipio:** | BOGOTA D.C. | |
| **Correo electrónico:** | accidentalidadsst@sena.edu.co | | | | |
| **Teléfono:** | 5481500 | | **Tarifa:** | 0.522 | |
| **Actividad Económica:** | 1806001 ESTABLECIMIENTOS DE EDUCACION NO FORMAL INCLUYE PROGRAMAS DE ALFABETIZACION PARA ADULTOS ETC. | | | | |

## DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

| Cédula Usuario | Nombres y Apellidos del Usuario |
|---|---|
| C 40767036 | EDNA YADIRT TOVAR CARDOZO |

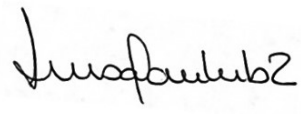
## DATOS AFILIADOS RADICADOS

| | Radicado | Cobertura | Documento | Nombre Trabajador | Riesgo | Tarifa | Tipo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 916 | 01/07/2021 | C 1026586467 | VASQUEZ PORTES FABIOLA | 2 | 1.044 | **Independiente** |

## OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,



**Gerencia de Afiliaciones y Novedades**
**Positiva Compañía de Seguros S.A.**

2D934C9271DC1FE650F45BDDB42A5855 Certificado impreso el día 6/30/2021 10:07:21 AM por el portal de empresas Edesk




www.positiva.gov.co

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

**FABIOLA**
**VASQUEZ PORTES**
1026586467

**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**
899999034

Este carné es personal e intransferible.

Bancolombia

Florencia, 30 de Julio 2021

Señores:
**INTERESADOS**
*La ciudad*

Cordial saludo,

**BANCOLOMBIA S.A.** se permite certificar que el cliente **FABIOLA VASQUEZ PORTES,** identificado con CC No **1026586467,** a la fecha de esta certificación tiene con el Banco los siguientes productos,

| Nombre del Producto | N° del Producto | Fecha de Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA AHORROS | 466-873134-53 | 2018/01/10 | Activa |

Estaremos a su disposición para ampliar la anterior información, en la sucursal Quinta Avenida teléfono 4364005 de la ciudad de Neiva, o en nuestras oficinas ubicadas en la en el momento que así lo estimen conveniente.

Cordialmente,

BANCOLOMBIA
Florencia - Of. 847 Gran Plaza Florencia

*YANDRI LORENA CAVIEDES VARGAS*
Supernumeraria
Sucursal Gran plaza Florencia

Grupo Bancolombia

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

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

| Ciudad de Expedición: | Sucursal: | Cod. Sucursal: | Nro. Póliza: | Anexo: |
|---|---|---|---|---|
| NEIVA | AGENCIA MANDATARIA - NEIVA | 61 | 61-46-101011676 | 0 |

| Fecha Expedición: | | | Vigencia Desde: | | | A las: | Vigencia Hasta: | | | A las: | Tipo Movimiento: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Día: | Mes: | Año: | Día: | Mes: | Año: | Horas: | Día: | Mes: | Año: | Horas: | |
| 29 | 06 | 2021 | 01 | 07 | 2021 | 00:00 | 18 | 04 | 2022 | 00:00 | EMISIÓN ORIGINAL |

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

| Nombre o Razón Social: | | Identificación: |
|---|---|---|
| VASQUEZ PORTES FABIOLA | | 1026586467 |
| **Dirección:** | **Ciudad:** | **Teléfono:** |
| CALLE 16A NUMERO 6-08 BARRIO 7 | FLORENCIA - CAQUETA | 3214750075 |

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

| Nombre o Razón Social: | | Identificación: |
|---|---|---|
| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL CAQUETA | | 899999034-1 |
| **Dirección:** | **Ciudad:** | **Teléfono:** |
| CARRERA 14 NO.5B-60 BARRIO JUAN XXIII | FLORENCIA - CAQUETA | 984374788 |

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:
EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.2620547 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR TÉCNICO Y APOYO A LA GESTIÓN DEL EMPRENDIMIENTO Y/O LA EMPLEABILIDAD RURAL, EN LA MODALIDAD PRESENCIAL Y/O A DISTANCIA, ENMARCADA EN LOS LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA SENA EMPRENDE RURAL SER EN EL ÁREA DE GASTRONOMÍA

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

| AMPAROS: | Vigencia Desde: | Vigencia Hasta: | Suma Asegurada / Actual: |
|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 01/07/2021 | 18/04/2022 | $ 1,848,000.00 |

OBSERVACIONES:

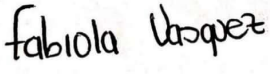
| Valor Prima Neta: | Gastos Expedición: | IVA: | Total a Pagar: | Valor Asegurado Total: | Fecha Límite de Pago: |
|---|---|---|---|---|---|
| $ 20,000.00 | $ 8,000.00 | $ 5,320.00 | $ 33,320.00 | $ 1,848,000.00 | 29/06/2021 |

| INTERMEDIARIO | | | DISTRIBUCIÓN COASEGURO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nombre: | Clave: | % DE PARTICIPACIÓN: | Nombre Compañía: | % Participación: | Valor Asegurado: |
| BIBIANA GONZALEZ ESPAÑA | 194558 | 100,00 | | | |

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

Para efecto de notificaciones la dirección de Seguros del Estado S.A. es CRA. 4 NO. 11 - 29 LOCAL 101 - Teléfono: 8721717 - NEIVA





FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdelestado.com

Oficina Principal: Cra. 11 No. 90-20 Bogotá D.C. Teléfono: 2186977

Verifique su póliza escaneando el código QR.
Aplica únicamente para la emisión original.

NO EFECTUAR RETENCIÓN EN LA FUENTE POR NINGUN CONCEPTO * RESPONSABLE IVA

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

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

Hacemos constar, que la póliza No. 61-46-101011676, 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 NEIVA, a los 29 días del mes de Junio de 2021



FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

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

## SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: RECIBO DE PAGO N°: 61461010116760

| FECHA | |
|---|---|
| 29/06/2021 | |

RECIBIMOS DE: VASQUEZ PORTES FABIOLA C.C. 1026586467

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

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 61-46-101011676

| SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA | PRIMA | GASTOS EXPEDICION | IVA | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| AGENCIA MANDATARIA - NEIVA - CU. ESTATAL - 101011676 - 0 - 0 | $ 20,000.00 | $ 8,000.00 | $ 5,320.00 | $ 33,320.00 |

FORMA DE PAGO

| | | |
|---|---|---|
| | EFECTIVO: | $ 33,320.00 |
| | CHEQUE: | $ 0.00 |
| | TARJETA: | $ 0.00 |
| | BD: | $ 0.00 |
| INTERMEDIARIO: BIBIANA GONZALEZ ESPAÑA - 194558 | OTROS: | $ 0.00 |
| | TOTAL: | $ 33,320.00 |
| | CAJERO: RAPIESTADO | |

ORIGINAL

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: RECIBO DE PAGO N°: 61461010116760

| FECHA | |
|---|---|
| 29/06/2021 | |

RECIBIMOS DE: VASQUEZ PORTES FABIOLA C.C. 1026586467

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

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 61-46-101011676

| SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA | PRIMA | GASTOS EXPEDICION | IVA | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| AGENCIA MANDATARIA - NEIVA - CU. ESTATAL - 101011676 - 0 - 0 | $ 20,000.00 | $ 8,000.00 | $ 5,320.00 | $ 33,320.00 |

FORMA DE PAGO

| | | |
|---|---|---|
| | EFECTIVO: | $ 33,320.00 |
| | CHEQUE: | $ 0.00 |
| | TARJETA: | $ 0.00 |
| | BD: | $ 0.00 |
| INTERMEDIARIO: BIBIANA GONZALEZ ESPAÑA - 194558 | OTROS: | $ 0.00 |
| | TOTAL: | $ 33,320.00 |
| | CAJERO: RAPIESTADO | |

COPIA

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

# PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
## SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.61-46-101011676

1. AMPAROS.

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ SEGURESTADO OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, HASTA EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO PACTADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA, CUBRIENDO CON ELLOS, SIEMPRE LOS PERJUICIOS DIRECTOS QUE CON SUJECIÓN A LA DEFINICIÓN DE LAS CONDICIONES ADELANTE INDICADAS, LLEGARE A CAUSAR EL GARANTIZADO POR EL INCUMPLIMIENTO QUE, ATRIBUIBLE A SU ACCIÓN U OMISIÓN, PRODUJERE.

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

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

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

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

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

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

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

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

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

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

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

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

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

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

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

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

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

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

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

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

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

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

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

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

2. EXCLUSIONES.

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

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

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

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

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

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

3. SUMA ASEGURADA.

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

4. VIGENCIA.

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

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

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

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

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

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

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

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

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

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

6. COMPENSACIÓN.

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

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

8. PLAZO PARA EL PAGO.

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

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

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

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

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

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

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

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

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

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

13. COASEGURO

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