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 DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE ELECTRICIDAD Y ELECTRONICA Y TELECOMUNICACION - BTA DC - SERVICOS PRESTAD
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	**11**
Código Centro	**921010**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2022**
Versión	**ENERO 2022 - 1,22**
ID de Proceso	**46049-919765**
No. de documento	**335859**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	LEONEL LOSADA CARDOZO	**C.C.**	7.725.916	**IP/Nº de contacto**	00000000
Correo electrónico contratista:	llosada61@misena.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 2021 fueron iguales o superiores	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		NO	
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		07608441977	
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 2022 supera los $ 125'413.200**				NO	

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	3461950/2022			**Nº Compromiso SIIF**		**14922**	
Valor Total del Contrato	$ 26.530.980	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 26.530.980	**1**	**Del**	**01/02/2022**	**Al**	**28/02/2022**	**$ 3.790.140,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 22.740.840		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR:PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DE FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA DE FORMA PRESENCIAL Y/O VIRTUAL; JUNTO CON OTRAS ACTIVIDADES QUE SE DERIVEN DE LA FORMACIÓN, EN LOS DIFERENTES PROGRA

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.790.140		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	**$ 3.790.140**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.518.455**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**22310210**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.516.056	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 189.600	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 242.600	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL IV	$ -	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.800.400	$ -	
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 $ 1.216.128	$ -	
Salud hasta $ 608.064	$ -	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 839.485	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.518.455,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.357.940,00	
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	32.438,00	0,966%
-	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	**$ 3.757.702,00**	

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1 Ficha 2024404 Tecnólogo en mantenimiento de equipo biomédico; Competencia: Evaluar desde el punto de vista técnico económico y clínico. con las siguientes actividades: Unidad diagnostica , unidades de medición , calibradores, practica de medicion.

2 Ficha 2239179 Tecnólogo en mantenimiento de equipo biomédico; Competencia:Establecer las actividades operativas para el mantenimiento de equipo biomédico teniendo en cuenta especificaciones técnicas y reglamentación existente.

3 Formación a los grupos Reposición practicas SG01 y SG02 tecnólogo mantenimiento de equipo biomédico.Competencia: Evaluar desde el punto de vista técnico económico y clínico. con las siguientes actividades: Practicas equipos biomedicos

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.

LEONEL LOSADA CARDOZO
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,

LUIS CARLOS GONZALEZ ARENAS
INSTRUCTOR G19

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

CLAUDIA JANET GOMEZ LARROTTA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

Certificado de Afiliación

El Señor LEONEL LOSADA CARDOZO , identificado con Cédula Ciudadanía 7.725.916, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan de Beneficios en Salud PBS en nuestra EPS044.

Información del Afiliado:

Nombre:	LEONEL LOSADA CARDOZO		
Número de identificación:	7725916	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	01/08/2017	Fecha de retiro:	
Estado actual:	VIGENTES	Razón de estado:	Al día - empleador pago al día
Tipo de Afiliado:	COTIZANTE	Nombre de Régimen	CONTRIBUTIVO
Dirección actual de residencia:	CARRERA 86 H BIS 66A-41 SUR BOSA LA PAZ SAN PEDRO	Municipio residencia:	Bogotá D.C.
Teléfono actual de residencia:	4122463	Depto. Residencia:	SANTAFE DE BOGOTA DC

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
7725916	LEONEL LOSADA CARDOZO	01/08/2017	

Información de los beneficiarios:

Tipo de Afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco
BENEFICIARIO	12102905	CC	ORLANDO LOSADA LOZANO	01/08/2017	VIGENTES		PADRE
BENEFICIARIO	36165868	CC	FLOR MARIA CARDOZO MUÑOZ	01/08/2017	VIGENTES		MADRE

Señor afiliado, por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización a través de EPS en Línea o APP Medimás

Se firma y expide en Bogotá a los 24 días del mes de Enero de 2022, a solicitud del interesado.

INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION

SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.
DECRETO 806 ART. 55

CORDIALMENTE



Jose Alexander De Los Reyes Aldana

Gerente de Operaciones

Elaboro: Jonathan Losada Cardozo

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14497523674

(415)7707212489984(8020) 000001449752367 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 7 2 5 9 1 6	9	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	7 7 2 5 9 1 6	2 0 0 1 1 2 0 7

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Huila 4 1	Neiva 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
LOSADA	CARDOZO	LEONEL	

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: CR 71 D 12 C 60 IN 1 AP 203 CON RESERVADO 2 BRR VILLA ALSACIA

42. Correo electrónico: llcar30@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 0 5 7 4 9 6 9 8	4 1 2 2 4 6 3

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
8 5 4 1	2 0 1 3 0 3 0 1	8 5 4 2	2 0 1 3 0 3 0 1			

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

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 2 0																									

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 01 - 22

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

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

984. Nombre LOSADA CARDOZO LEONEL
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

IPS Massalud SAS

Prestador:	41001143801
Dirección:	Calle 17 Nro 6-52 Neiva
Telefono:	8718978-8642201
Email:	massaludips@hotmail.com

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR - CARDIOVASCULAR

Información General

Fecha impresión:	NEIVA - 2019/12/24	Nro Ingreso:	021774 / PRINCIPAL
Paciente:	LEONEL . LOSADA CARDOZO	Origen:	TRABAJADOR INDEPENDIENTE OPS- SENA
C.C.:	7725916	Destino:	TRABAJADOR INDEPENDIENTE OPS- SENA
Edad:	36 años	Cargo:	INSTRUCTOR
Género:	Masculino	Fecha Ingreso:	2019-12-24 07:37:51
Tipo Evaluación:	EXAMEN INGRESO	Fecha Salida:	2019-12-24 11:36:00



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA		ÉNFASIS CARDIOVASCULAR	
OPTOMETRIA		EVALUACION FONIATRIACA	
PSICOLOGIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	**APTO CON RECOMENDACIONES**
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	REQUIERE CORRECCIÒN VISUAL PARA REALIZAR LA LABOR. REQUIERE ACTUALIZACIÒN * RESULTADO EVALUACIÓN VISUAL:REQUIERE CORRECCIÓN VISUAL. PERMANENTE. CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA. * RESULTADO EVALUACIÓN AUDITIVA:SIN HALLAZGOS. * RESULTADO EVALUACIÓN FONIÁTRICA:SIN HALLAZGOS. * PSICOLOGIA:SIN HALLAZGOS. * PRESENTA REPORTE DE LABORATORIOS: GLUCOSA, PERFIL LIPÍDICO; HEMOGRAMA: DENTRO DE PARáMETROS DE NORMALIDAD.
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	*OSTEOMUSCULAR:NO CASO. CON SUSCEPTIBILIDADES. * E. INDICE DE MASA CORPORAL (MENOR 18 MAYOR 27) PROMOVER MANTENER UN PESO ADECUADO, REALIZAR CONTROL PERIÓDICO DE PESO.FORTALECIMIENTO MUSCULAR. * CARDIOVASCULAR:BAJO MENOR 1%

Recomendaciones Generales

✓ Examen Periodico Ocupacional	Realizacion Pruebas Complementarias	✓ Uso de E.P.P.
Manejo Psicolaboral	Remitir a ARL	Control Periodico PP por EPS
Pausas Activas	Remitir a EPS	
Manejo de cargas o Posturas	Continuar Manejo Medico	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Recomendaciones Especificas

SE REALIZA EDUCACIÒN EN IMPORTANCIA DE MANTENER UN PESO SALUDABLE. BENEFICIOS DE ALIMENTACIÒN BALANCEADA Y CONTINUAR LA ACTIVIDAD FÍSICA.

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de IPS MASSALUD SAS.

esional Ocupacional: Flor Alba Molina Ramirez
egistro M.D: 41842001
Licencia S.O: 0578 2009 SSC
44179dd1cab26385db2a0b8afa669bcb

Firma del Paciente: LEONEL . LOSADA CARDOZO
Identificacion: C.C. - 7725916

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

IPS MASSALUD SAS
Prestador: 41001143801
LSO N° 1792 de 2013 SSH
Dirección: Cl 17 6-52 Quirinal Neiva Huila
Teléfono: 8642201-8718978
E Mail: massaludips@hotmail.com

CONTROL DE EXAMENES Y RECOMENDACIONES LABORALES

CODIGO FOR-AS - V 06 FEBRERO 23 -2019

FECHA DE EXAMEN: 24/12/2019

EMPRESA: Particular

CONSECUTIVO 2134

Apreciado usuario: Leonel Losada Cardozo CC: 77259[illegible] A continuación, encontrará, marcado con ☒ los exámenes que le han solicitado para la realización de la Evaluación médica Ocupacional, es importante que no se retire de la institución hasta no haber culminado cada uno de los exámenes solicitados, si existe alguno que no realicemos en nuestra sede le estaremos informando. Si tiene Toma de muestras de laboratorio, electrocardiograma, radiografías u otros exámenes que no es posible entregar el resultado una vez se realicen, es importante que regrese para informarle y registrarle el resultado.

Atendiendo a la Resolución 2346 de 2007-Art. 12 Tramite resultante de la evaluación médica ocupacional, si el profesional que lo atiende le informa que requiere controles por EPS, solicite la consulta y presente este documento al profesional y consérvelo en próximos controles médicos poder realizar comparativos.

EXAMEN	RESULTADO 7:50 / 8:01		INTERPRETACIÓN	RECOMENDACIONES	REALIZADO/ OBSERVACIÓN HORA DE FINALIZACIÓN DEL EXAMEN:
Evaluación médica ocupacional ☐NO ☒SI ☐Pre ocupacional. ☐Periódica ☐Egreso ☐ post incapacidad ☐ otros _____ **Énfasis** ☐Osteomuscular ☐Alimentos-BPM ☐Alturas ☐Espacio confinado ☐ Seguridad vial ☐Cardiovascular ☐Brigadista ☐Vascular periférico ☐ Dermatológico ☐ otros _____	Peso	90 Kg	☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos	☐Sin restricciones para el cargo ☐Apto con recomendaciones ☐Con restricciones para el cargo Correcciones Usuario Permanente ☐Aplazado ☐No cumple perfil del cargo_____ ☐ Sin novedad para el retiro/satisfactorio ☐Control y seguimiento por EPS/ARL RECOMENDACIONES GENERALES ☐ Solicite control por Medicina General. ☐Récord presión arterial. ☐Controles EPS programas promoción y prevención_____ ☐Valoración medicina laboral ☐valoración cirugía general ☐Valoración Urología ☐valoración Ginecología ☐Valoración Fisiatría ☐Valoración Medicina Interna ☐Control exámenes ☐Atención ARL. OTRO:_____ ☐Seguimiento nutricional ☒Disminuir y mantener un peso adecuado ☐ Realice actividad física- Camine por lo menos 30 minutos, 3 veces a la semana. ☐Practique actividades de recreación y de relajación – Alimentación balanceada. ☐Abandono consumo cigarrillo. ☐Disminuir consumo de alcohol ☐ Uso de medias con gradiente de presión ☐Desparasitación supervisada: Secnidazol tab 500mg # 4. Albendazol tab 200mg # 4.	
	Estatura	1,78 m			
	Índice de masa corporal <19-24,9>	28,4 Kg/cm²	☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos		
	Perímetro abdominal Mujer: Menor de 90cm Hombre: menor de 94cm	96 cm	☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos		
	Circunferencia cadera	115 cm			
	Relación cintura cadera Menor a 0.9	0,83	☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos		
	Frecuencia cardiaca <60-100 x minuto>	73 X minuto	☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos		
	PA-Sistólica: Menor de 120mm/hg PA-Diastólica: menor de 80mm/hg	125/76 mm/hg	☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos		
	Oximetría <95-100%>	97 %	☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos		
		86.4			
LABORATORIO CLÍNICO Objetivo: De acuerdo al tipo de examen ☒NO ☐SI	☐NO ☐SI Glicemia 60-100mg/dl		☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos	☐NO ☐SI ¿Las pruebas requieren ayuno ☐NO ☐SI ¿Se encuentra en ayuno? Última hora que consumió alimentos/bebidas___ ☐NO ☐SI ¿Comprende el propósito d los exámenes? ☐NO ☐SI ¿Padece alguna enfermedad?_____ ☐NO ☐Si ¿Está consumiendo algún medicamento?_____ ☐NO ☐Si ¿Se tomaron todas las muestras solicitadas? ¿Por qué?_____ Muestras pendientes_____	
	☐NO ☐SI Triglicéridos Menor de 150mg/dl		☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos		
	☐NO ☐SI Colesterol Total Menor de 200mg/dl		☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos		
	☐NO ☐SI Colesterol HDL M: mayor a 50mg/dl H: Mayor a 40mg		☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos		
	☐NO ☐SI Colesterol LDL Menor a 100mg/dl		☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos		
	☐NO ☐SI Creatinina		☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos		
	☐NO ☐SI BUN		☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos		
	☐NO ☐SI TGO/TGP		☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos		
	☐NO ☐SI uro análisis		☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos		
	☐NO ☐SI coprológico		☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos		
	☐NO ☐SI KOH uñas		☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos		
	☐NO ☐SI Frotis faringe		☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos		
	☐NO ☐ SI Baciloscopia		☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos		
	☐NO ☐SI Hemograma Hb: Hcto: L: Plaq:		☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos		
	☐NO ☐SI Test de drogas		☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos		
	☐NO ☐SI Antígeno prostático		☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos		
	Otros:		☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos		
	Otros :		☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos		
ESPIROMETRIA Objetivo: Evaluar la capacidad pulmonar ☒NO ☐SI ¿Presenta contraindicaciones para la realización de la prueba? ☐NO ☐SI	PREDICHO / MEDIDA / %DEL PREDICHO FVC Mayora 80% FEV1 Mayora 80% FEV1/FVC Mayora 80% FEF 25-75 Mayora 80 PEF Mayora 80		☐ Sin hallazgos ☐ Con hallazgos ☐No Realizado Técnica ☐Adecuada ☐Inadecuada Número de pruebas:_____ Reproductividad: ☐NO ☐SI	☐Patrón Normal: volúmenes y flujo normales ☐ Patrón Norma con volúmenes normales s y flujos disminuidos ☐ PEF ☐ FEF ☐ otros ☐ Patrón restrictivo (FVC disminuido, FEV1 disminuido, Tifenau Normal) ☐Patrón obstructivo con FVC Normal (FEV disminuido, Tifenau disminuido). ☐Patrón obstructivo con FVC disminuido (FEV1 disminuido, Tifenau disminuido). ☐ Leve 79-60. ☐ Moderado 64-50. ☐ Severo menor de 50 Control ☐ Anual o según PVE ☐ Requiere control ☐ Control en 6 meses ☐ Control por Neumología ☐ Radiografía de tórax	

IPS MASSALUD SAS
Prestador: 41001143801
LSO N° 1792 de 2013 SSH
Dirección: Cl 17 6-52 Quirinal Neiva Huila
Teléfono: 8642201-8718978
E Mail: massaludips@hotmail.com

CONTROL DE EXAMENES Y RECOMENDACIONES LABORALES

CODIGO FOR-AS - V 06 FEBRERO 23 -2019

FECHA DE EXAMEN: 27/12/2019

EMPRESA: Particular

CONSECUTIVO 3134

Apreciado usuario: Leonel Losada Cardozo CC: 7725796 A continuación, encontrará, marcado con ☒ los exámenes que le han solicitado para la realización de la Evaluación médica Ocupacional, es importante que no se retire de la institución hasta no haber culminado cada uno de los exámenes solicitados, si existe alguno que no realicemos en nuestra sede le estaremos informando. Si tiene Toma de muestras de laboratorio, electrocardiograma, radiografías u otros exámenes que no es posible entregar el resultado una vez se realicen, es importante que regrese para informarle y registrarle el resultado.

Atendiendo a la Resolución 2346 de 2007-Art. 12 Tramite resultante de la evaluación médica ocupacional, si el profesional que lo atiende le informa que requiere controles por EPS, solicite la consulta y presente este documento al profesional y consérvelo en próximos controles médicos poder realizar comparativos.

EXAMEN	RESULTADO 7:50 / 8:01		INTERPRETACIÓN	RECOMENDACIONES	REALIZADO/ OBSERVACIÓN HORA DE FINALIZACIÓN DEL EXAMEN:
Evaluación médica ocupacional ☐NO ☒SI ☐Pre ocupacional. ☐Periódica ☐Egreso ☐ post incapacidad ☐ otros _____ **Énfasis** ☒Osteomuscular ☐Alimentos-BPM ☐Alturas ☐Espacio confinado ☐ Seguridad vial ☒Cardiovascular ☐Brigadista ☐Vascular periférico ☐ Dermatológico ☐ otros _____	Peso	90 Kg	☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos	☐Sin restricciones para el cargo ☐Apto con recomendaciones ☐Con restricciones para el cargo Corrección Usos Permanentes ☐Aplazado ☐No cumple perfil del cargo_____ ☐ Sin novedad para el retiro/satisfactorio ☐Control y seguimiento por EPS/ARL RECOMENDACIONES GENERALES ☐ Solicite control por Medicina General. ☐Récord presión arterial. ☐Controles EPS programas promoción y prevención_____ ☐Valoración medicina laboral ☐valoración cirugía general ☐Valoración Urología ☐valoración Ginecología ☐Valoración Fisiatría ☐Valoración Medicina Interna ☐Control exámenes ☐Atención ARL. OTRO:_____ ☐Seguimiento nutricional ☒Disminuir y mantener un peso adecuado ☐ Realice actividad física- Camine por lo menos 30 minutos, 3 veces a la semana. ☐Practique actividades de recreación y de relajación – Alimentación balanceada. ☐Abandono consumo cigarrillo. ☐Disminuir consumo de alcohol ☐ Uso de medias con gradiente de presión ☐Desparasitación supervisada: Secnidazol tab 500mg # 4. Albendazol tab 200mg # 4.	
	Estatura	1.78 m			
	Índice de masa corporal <19-24.9>	28.4 Kg/cm²	☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos		
	Perímetro abdominal Mujer: Menor de 90cm Hombre: menor de 94cm	96 cm	☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos		
	Circunferencia cadera	115 cm			
	Relación cintura cadera Menor a 0.9	0,83	☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos		
	Frecuencia cardiaca <60-100 x minuto>	73 X minuto	☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos		
	PA-Sistólica: Menor de 120mm/hg PA-Diastólica: menor de 80mm/hg	125/76 mm/hg	☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos		
	Oximetría <95-100%>	97 %	☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos		
		36.4			
LABORATORIO CLÍNICO Objetivo: De acuerdo al tipo de examen ☒NO ☐SI	☐NO ☐SI Glicemia 60-100mg/dl		☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos	☐NO ☐SI ¿Las pruebas requieren ayuno ☐NO ☐SI ¿Se encuentra en ayuno? Última hora que consumió alimentos/bebidas___ ☐NO ☐SI ¿Comprende el propósito d los exámenes? ☐NO ☐SI ¿Padece alguna enfermedad?_____ ☐NO ☐Si ¿Está consumiendo algún medicamento?_____ ☐NO ☐Si ¿Se tomaron todas las muestras solicitadas? ¿Por qué?_____ Muestras pendientes_____	
	☐NO ☐SI Triglicéridos Menor de 150mg/dl		☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos		
	☐NO ☐SI Colesterol Total Menor de 200mg/dl		☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos		
	☐NO ☐SI Colesterol HDL M: mayor a 50mg/dl H: Mayor a 40mg		☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos		
	☐NO ☐SI Colesterol LDL Menor a 100mg/dl		☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos		
	☐NO ☐SI Creatinina		☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos		
	☐NO ☐SI BUN		☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos		
	☐NO ☐SI TGO/TGP		☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos		
	☐NO ☐SI uro análisis		☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos		
	☐NO ☐SI coprológico		☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos		
	☐NO ☐SI KOH uñas		☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos		
	☐NO ☐SI Frotis faringe		☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos		
	☐NO ☐ SI Baciloscopia		☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos		
	☐NO ☐SI Hemograma Hb: Hcto: L: Plaq:		☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos		
	☐NO ☐SI Test de drogas		☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos		
	☐NO ☐SI Antígeno prostático		☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos		
	Otros:		☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos		
	Otros :		☐Sin hallazgos ☐Con hallazgos		
ESPIROMETRIA Objetivo: Evaluar la capacidad pulmonar ☒NO ☐SI ¿Presenta contraindicaciones para la realización de la prueba? ☐NO ☐SI			☐ Sin hallazgos ☐ Con hallazgos ☐No Realizado Técnica ☐Adecuada ☐Inadecuada Número de pruebas:_____ Reproductividad: ☐NO ☐SI	☐Patrón Normal: volúmenes y flujo normales ☐ Patrón Norma con volúmenes normales s y flujos disminuidos ☐ PEF ☐ FEF ☐ otros ☐ Patrón restrictivo (FVC disminuido, FEV1 disminuido, Tifenau Normal) ☐Patrón obstructivo con FVC Normal (FEV disminuido, Tifenau disminuido). ☐Patrón obstructivo con FVC disminuido (FEV1 disminuido, Tifenau disminuido). ☐ Leve 79-60. ☐ Moderado 64-50. ☐ Severo menor de 50 Control ☐ Anual o según PVE ☐ Requiere control ☐ Control en 8 meses ☐ Control por Neumología ☐ Radiografía de tórax	

	PREDICHO	MEDIDA	%DEL PREDICHO
FVC Mayora 80%			
FEV1 Mayora 80%			
FEV1/FVC Mayora 80%			
FEF 25-75 Mayora 80			
PEF Mayora 80			

IPS MASSALUD SAS
Prestador: 41001143801
LSO N° 1792 de 2013 SSH
Dirección: Cl 17 6-52 Quirinal Neiva Huila
Teléfono: 8642201-8718978
E Mail: massaludips@hotmail.com

CONTROL DE EXAMENES Y RECOMENDACIONES LABORALES

CODIGO FOR-AS - V 06 FEBRERO 23 -2019

FECHA DE EXAMEN:

EMPRESA: _____ CONSECUTIVO ____

	Otros flujos Mayor a 80		

AUDIOMETRIA

Objetivo: Evaluar condición de salud auditiva

☐NO ☑SI

☐Tamizaje auditivo
☐Audiometría clínica
Último audiometría realizada
☐ Sin hallazgos
☐ Con hallazgos

VIA AEREA

	250	500	1	2	3	4	6	8	PTA	Perdida %
OD	10	10	10	15	15	15	15	15	12.5	
OI	10	10	10	10	10	20	20	15	10	

VIA OSEA

	250	500	1	2	3	4			PTA	Perdida %
OD										
OI										

0-25:Normal -Leve (26-40) -Moderado(41-55) -Moderado severa (56-70) - Severo(71-85) -Profunda (Mayor 85)

☐Sin hallazgos
☐Con hallazgos
☐No solicitado
☐Hallazgos que requieren seguimiento
☐ Hipoacusia no especifi-H919
☐ OD ☐ OI
☐ CUAP ☐ OD ☐ OI (H918)
☐ CUAT ☐ OD ☐ OI (H918)
Descenso auditivos (H918)
☐ OD ☐ OI

☐Audiometría confirmatoria
☐Audiometría clínica
☐Audiometría de control en ___ meses
☐Valoración Otorrino
☐ PVE Conservación auditiva ☐ Uso de elemento de protección auditiva si hay exposición:_____
Recomendaciones extra laborales
☐Si utiliza diadema, radio, manos libres, bluetooth cambie de oído cada dos horas. Mantenga el volumen bajo, tenga reposo auditivo luego de cada jornada - Escuche TV o radio a un volumeo moderado. Si conduce motocicleta, utilizar protectores auditivos- si juega tejo debe tener reposo auditivo
Otras recomendaciones
_____

EVALUACIÓN VISUAL

Objetivo: Evaluar condición de salud visual

☐NO ☑SI

☐Tamizaje visual
☑Optometría
¿Usa corrección visual ¿
☐NO ☐SI
¿La presenta para la evaluación?
☐NO ☐SI

AV	SC VL	CC VL	PH	SC VP	CC VP	TEST COLOR
OD	20/ 20/100	20/	20/	0.5/	0.5/	
OI	20/ 20/100	20/	20/	0.5/	0.5/	
AO	20/ 20/100	20/	20/	0.5/	0.5/	
Estereopsis	☑Sin hallazgos __ ☐ Con hallazgos ___					
Motilidad ocular	☑Sin hallazgo ☐ Con hallazgos_____					
Test color	☑Sin hallazgos ☐ Con hallazgos ___					
Observaciones	Cambio de Color					

☐ Sin hallazgos
☐ Con hallazgos
☐Aplazado
CONDUCTA
☐No requiere corrección
☐ Adecuadamente corregido
☑Inadecuadamente corregido
☐ No corregido
☐Hallazgos que requieren seguimiento

RECOMENDACIONES
☐Valoración Optometría. ☐Valoración Oftalmología ☐ Ortoptica
☐Nueva valoración con lentes correctivos
☐Cambio de formula. ☐Cambio de montura
Tipo de corrección
☐Corrección visual permanente /Para realizar las actividades laborales
☐Corrección visual lectoescritura/ visión Próxima
Tipo de lentes correctivos que requiere.
☐ Progresivo:_____
☐ Mono focal /lejos: Permanente lentes
☐ Mono focal visón próxima:_____
☐Lentes de contacto:_____
otros
☐Uso de lentes antirreflejo/Foto cromáticos. ☐Uso de lentes de protección
☐Haga ejercicio de relajamiento y acomodación de la visión
☐ Verifique que el nivel de iluminación sea apropiado para la actividad que está realizando.
☐ Hidrate su mucosa ocular, utilice lagrimas artificiales 3 veces al día.

ELECTROCARDIOGRAMA

Objetivo: Evaluar ritmo cardiaco

☑NO ☐SI

FRECUENCIA CARDIACA	
RITMO	
EJE	
PQ	
observaciones	

☐Sin Hallazgos
☐ Con Hallazgos

☐Valoración Medicina Interna
☐Valoración Cardiología

RADIOGRAFIAS

☑NO ☐SI

¿Presenta contraindicaciones para la realización de la prueba?
☐NO ☐S

☐Sin Hallazgos
☐ Con Hallazgos

☐Evite manipulación manual de cargas
☐Valoración Neumología
☐Remisión EPS

PSICOLOGIA

Objetivo: Evaluar condición de salud mental

☐NO ☑SI

☐CONSULTA INGRESO
☐SENSOMETRICA
☐NEUROPSICOLOGICA
☐PSICOTECNICA

☐Sin Hallazgos
☐ Con Hallazgos

☐ Psicoterapia
☐ Valoración Psiquiatría

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO ESPECIALISTA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO REG-LSO

FIRMA Y CEDULA DEL TRABAJADOR
1125216

IPS MASSALUD SAS
Prestador: 41001143801
LSO N° 1792 de 2013 SSH
Dirección: Cl 17 6-52 Quirinal Neiva Huila
Teléfono: 8642201-8718978
E Mail: massaludips@hotmail.com

CONTROL DE EXAMENES Y RECOMENDACIONES LABORALES

CODIGO FOR-AS - V 06 FEBRERO 23 -2019

FECHA DE EXAMEN:

EMPRESA: _____ CONSECUTIVO ____

	Otros flujos Mayor a 80		

AUDIOMETRIA
Objetivo: Evaluar condición de salud auditiva

☐NO ☑SI

☐Tamizaje auditivo
☐Audiometría clínica
Último audiometría realizada
☐ Sin hallazgos
☐ Con hallazgos

VIA AEREA

	250	500	1	2	3	4	6	8	PTA	Perdida %
OD	10	10	10	15	15	15	15	15	125	
OI	10	10	10	10	10	20	25	15	10	

VIA OSEA

	250	500	1	2	3	4			PTA	Perdida %
OD										
OI										

0-25:Normal -Leve (26-40) -Moderado(41-55) -Moderado severa (56-70) - Severo(71-85) -Profunda (Mayor 85)

☐Sin hallazgos
☐Con hallazgos
☐No solicitado
☐Hallazgos que requieren seguimiento
☐ Hipoacusia no especifi-H919
☐ OD ☐ OI
☐ CUAP ☐ OD ☐ OI (H918)
☐ CUAT ☐ OD ☐ OI (H918)
Descenso auditivos (H918)
☐ OD ☐ OI

☐Audiometría confirmatoria
☐Audiometría clínica
☐Audiometría de control en ___ meses
☐Valoración Otorrino
☐ PVE Conservación auditiva ☐ Uso de elemento de protección auditiva si hay exposición:_____
Recomendaciones extra laborales
☐Si utiliza diadema, radio, manos libres, bluetooth cambie de oído cada dos horas. Mantenga el volumen bajo, tenga reposo auditivo luego de cada jornada - Escuche TV o radio a un volumen moderado. Si conduce motocicleta, utilizar protectores auditivos- si juega tejo debe tener reposo auditivo
Otras recomendaciones
_____

EVALUACIÓN VISUAL
Objetivo: Evaluar condición de salud visual

☐NO ☑SI

☐Tamizaje visual
☑Optometría
¿Usa corrección visual ¿
☐NO ☐SI
¿La presenta para la evaluación?
☐NO ☐SI

AV	SC VL	CC VL	PH	SC VP	CC VP	TEST COLOR
OD	20/ 20/100	20/	20/	0.5/ 200	0.5/	ud
OI	20/ 20/100	20/	20/	0.5/ 080	0.5/	ud
AO	20/ 20/100	20/	20/	0.5/ 080	0.5/	ud
Estereopsis	☑Sin hallazgos __ ☐ Con hallazgos ___					
Motilidad ocular	☑Sin hallazgo ☐ Con hallazgos_____					
Test color	☑Sin hallazgos ☐ Con hallazgos ___					
Observaciones	Cambio de Gafas					

☐ Sin hallazgos
☐ Con hallazgos
☐Aplazado
CONDUCTA
☐No requiere corrección
☐ Adecuadamente corregido
☑ Inadecuadamente corregido
☐ No corregido
☐Hallazgos que requieren seguimiento

RECOMENDACIONES
☐Valoración Optometría. ☐Valoración Oftalmología ☐ Ortoptica
☐Nueva valoración con lentes correctivos
☐Cambio de formula. ☐Cambio de montura
Tipo de corrección
☐Corrección visual permanente /Para realizar las actividades laborales
☐Corrección visual lectoescritura/ visión Próxima
Tipo de lentes correctivos que requiere.
☐ Progresivo:_____
☐ Mono focal /lejos: Perfecto Santos
☐ Mono focal visón próxima:_____
☐Lentes de contacto:_____
otros
☐Uso de lentes antirreflejo/Foto cromáticos. ☐Uso de lentes de protección
☐Haga ejercicio de relajamiento y acomodación de la visión
☐ Verifique que el nivel de iluminación sea apropiado para la actividad que está realizando.
☐ Hidrate su mucosa ocular, utilice lagrimas artificiales 3 veces al día,

ELECTROCARDIOGRAMA
Objetivo: Evaluar ritmo cardiaco

☑NO ☐SI

FRECUENCIA CARDIACA	
RITMO	
EJE	
PQ	
observaciones	

☐Sin Hallazgos
☐ Con Hallazgos

☐Valoración Medicina Interna
☐Valoración Cardiología

RADIOGRAFIAS

☑NO ☐SI

¿Presenta contraindicaciones para la realización de la prueba?
☐NO ☐S

☐Sin Hallazgos
☐ Con Hallazgos

☐Evite manipulación manual de cargas
☐Valoración Neumología
☐Remisión EPS

PSICOLOGIA
Objetivo: Evaluar condición de salud mental

☐NO ☑SI

☐CONSULTA INGRESO
☐SENSOMETRICA
☐NEUROPSICOLOGICA
☐PSICOTECNICA

☐Sin Hallazgos
☐ Con Hallazgos

☐ Psicoterapia
☐ Valoración Psiquiatría

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO ESPECIALISTA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO REG-LSO

FIRMA Y CEDULA DEL TRABAJADOR
1125 [illegible]

No. de Orden	: **12240010**		
Usuario	: **LOSADA CARDOZO LEONEL**	Edad	: 36 Años
Documento Id	: 7725916	Telefono	: 3005749698
Medico	: MEDICO NO CODIFICADO	Empresa	: PARTICULAR 1
Fec. Ingreso	: 24/12/2019 06:46	Fec. Impresión	: 24/12/2019 10:53

Prueba	Resultado	Unidad	Valor de Referencia
QUIMICA SANGUINEA			
GLICEMIA EN AYUNAS	80.0	mg/dl	74.0 - 106.0
Tecnica: Colorimetrica - Quimica Seca			
Nota: Cambio de tecnica y valores de referencia a partir de mayo de 2019.			
COLESTEROL TOTAL	195	mg/dl	0 - 200
Técnica:Colorimétrica - Quimica Seca			
VALORES DE REFERENCIA:			
Limitrofe Alto: 200 - 239			
Alto: > o = 240			
Nota: Cambio de tecnica y valores de referencia a partir de Junio de 2019.			
COLESTEROL HDL	44.00	mg/dl	40.00 - 60.00
Técnica:Colorimétrica - Quimica Seca			
Nota: Cambio de tecnica y valores de referencia a partir de mayo de 2019.			
COLESTEROL LDL	123	mg/dl	79 - 189
Técnica:Valor Calculado			
COLESTEROL VLDL - CALCULADO	28	mg/dl	2 - 30
Técnica: Valor Calculado			
TRIGLICERIDOS	139	mg/dl	0 - 150
Técnica:Colorimétrica - Quimica Seca			
VALORES DE REFERENCIA:			
Limitrofe alto: 150 - 199			
Alto: 200 - 499			
Muy Alto: > o = 500			
Nota: Cambio de tecnica y valores de referencia a partir de mayo de 2019.			

Liliana Delgado Cotrina
BACTERIOLOGA Y LAB. CLINICO
Reg. 03163 del 2008
UNIVERSIDAD DE SANTANDER

Fecha de validación:
diciembre 24-2019, 9:33 AM

HEMATOLOGIA Y COAGULACION

CUADRO HEMATICO

RECUENTO DE G. ROJOS	5.01	X10*12/L	4.50 - 6.50
HEMOGLOBINA	15.40	g/dL	11.00 - 16.00
HEMATOCRITO.	44.6	%	36.0 - 54.0
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	89.00	fL	80.00 - 100.00
HB CORPUSCULAR MEDIA	30.7	pg	27.0 - 34.0

No. de Orden	: **12240010**		
Usuario	: **LOSADA CARDOZO LEONEL**	Edad	: 36 Años
Documento Id	: 7725916	Telefono	: 3005749698
Medico	: MEDICO NO CODIFICADO	Empresa	: PARTICULAR 1
Fec. Ingreso	: 24/12/2019 06:46	Fec. Impresión	: 24/12/2019 10:53

Prueba	Resultado	Unidad	Valor de Referencia
CONCENTRACION HB CORPUSCULAR MEDIA	34.50	g/dL	32.00 - 36.00
RDW-CV	12.40	%	10.00 - 15.00
RDW-SD	40.30	fL	35.00 - 51.00
PLAQUETAS	248.00	10^3/uL	150.00 - 450.00
VOLUMEN MEDIO PLAQUETARIO	10.90	fL	6.50 - 12.00
LEUCOCITOS	7.6	10^3/uL	5.0 - 10.0
NEUTROFILOS %	46.50	%	43.00 - 76.00
LINFOCITOS %	38.40	%	17.00 - 48.00
MONOCITOS %	9.60	%	4.00 - 10.00
EOSINOFILOS %.	4.200	%	0.000 - 7.000
BASOFILOS %	1.00	%	0.00 - 2.00
GRANULOCITOS INMADUROS %	0.000	%	0.000 - 0.001
GRANULOCITOS INMADUROS #	0.000	10^3/uL	0.000 - 0.001
NEUTROFILOS #	3.57	10^3/uL	1.20 - 6.80
MONOCITOS #	0.74	10^3/uL	0.10 - 1.20
EOSINOFILOS #	0.32	10^3/uL	0.00 - 0.60
BASOFILOS #	0.08	10^3/uL	0.00 - 0.80
LINFOCITOS #	2.9	10^3/uL	1.2 - 3.2

Milena Delgado Cotrina
BACTERIOLOGA Y LAB. CLINICO
Res. 03169 dic 2006
UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER

Fecha de validación:
diciembre 24-2019, 8:59 AM

I.P.S Massalud S.A.S

MAS SEGURIDAD MAS SALUD

NIT 900563300-5
Prestador: 41001143801
LSO 1792-2013 SSH

IDENTIFICACION			
Nombre Leonel Lozada Cardozo		Edad 36	Sexo M.
Cedula 7725916	Teléfono 3005749698	Fecha 24-12-19	

INFORMACION LABORAL	
Empresa Sena	Oficio Instructor
Tiempo de servicio 7 años	Horas laboradas/dia 8 horas.
Sección Mantenimiento Equipo B.	Horas Uso de la voz 8 horas.
Actividad extralaborales en las que usa la voz	

HISTORIA OCUPACIONAL DE EXPOSICION A FACTORES DE RIESGO					
EXPOSICION	SI	NO	EXPOSICION	SI	NO
Ventilación artificial		X	Ruido ambiental		X
Presencia de humo, gases...		X	Cambios de temperatura		X
Material particulado	X				

ANTECEDENTES PATOLOGICOS GENERALES					
ENFERMEDAD	SI	NO	ENFERMEDAD	SI	NO
Respiratoria		X	Gástrica		X
Hormonal		X	Otológica		X
Nerviosa		X	Patología laríngea		X
Odonto-estomatologica		X	Habito de fumar		X

SINTOMAS					
PRESENCIA	SI	NO	PRESENCIA	SI	NO
Dolor al hablar		X	Tos		X
Carraspera		X	Disfonía		X
Sensación de cuerpo extraño		X	Afonía		X
Fonastenia		X	Secreciones en la garganta		X
Disfagia		X			

OBSERVACIONES

I.P.S Massalud S.A.S

MAS SEGURIDAD MAS SALUD

NIT 900563300-5
Prestador: 41001143801
LSO 1792-2013 SSH

COMPORTAMIENTO RESPIRATORIO	
FICHA RESPIRATORIA	
ITEM	OBSERVACIONES
Rendimiento Vocal: A. 21" E 21" I 20" O 19" U. 20"	
Modo: Nasal(X), Oral( ), Mixto( )	
Tipo: Abdom (X), Cost. Sup( ), Combinado( )	
Tiempo Espiración Soplo Abierto: 13"	
Tiempo Espiración Soplo Cerrado: 28"	
Frecuencia Respiratoria: 18	
Tiempo de Retención: 1' 58"	
Prueba de Rosenthal: AN(N), ND(N), NI(N)	
Glatzer: Normal	
Coordinacion Neumofonica Dentro de parametros normales	

COMPORTAMIENTO VOCAL	
ITEM	OBSERVACIONES
Tono: Normal (X), Agravado ( ), Agudizado ( )	
Intensidad: Normal	
Timbre: Normal.	
Resonancia: Normal (X), Hipernasal ( ), Hiponasal ( )	

OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES:

Usuario que no presenta alteración en la voz; coordinación neumofonica dentro de parametros normales; se recomienda rehabilitación permanente.

Firma y Cedula del Evaluado

Lilia Inés Pinzón R.
FONOAUDIOLOGA
T.P. 2043
CC 45 93328

Firma del Fonoaudiólogo

Se consideran equivalentes de riesgo alto los pacientes con C-LDL >190, historia previa de diabetes, o de eventos coronarios agudos (incluyendo IAM y angina estable o inestable, ACV, ataque isquémico transitorio (AIT), historia previa de revascularización coronaria o de otra clase, o enfermedad vascular aterosclerótica de los miembros inferiores).

Esta herramienta fue desarrollada para apoyar la Implementación de las Guías de Práctica Clínica de Hipertensión Arterial y Dislipidemias del Ministerio de Salud y Protección Social 2013 en la ESE Metrosalud

CÁLCULO DE LA ESCALA DE FRAMINGHAM

PARA LA ESTIMACIÓN DEL RIESGO CORONARIO A LOS 10 AÑOS

Según Puntuación de Riesgo de Framingham ATP III

Sexo (hombre / mujer)

HOMBRE

Edad (años)

36

Colesterol total (mg/dL)

195

Colesterol HDL (mg/dL)

44

Fumador (SI/NO)

NO

Presión Arterial Sistólica (mmHg)

125

En tratamiento con medicamento para HTA (SI/NO)

NO

Puntuación	1
Riesgo	1%
Riesgo corregido para Colombia	0,8%

Hace constar:

Que el Sr(a) LEONEL LOSADA CARDOZO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 7725916 realizó el día 11/02/2022 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 LEONEL LOSADA CARDOZO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 7725916 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

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



Firma

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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que LEONEL LOSADA CARDOZO, con Cédula Ciudadanía No. 7725916 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 04/02/2022, para el contrato registrado con fecha desde 02/02/2022 y fecha hasta 31/08/2022, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 4.

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202201012383148.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Dada en Bogotá, a los 11 días del mes de febrero de 2022

Cordialmente

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

Impreso por Internet el 11/02/2022 04:49:06 p. m.
ISCDC: 11/02/2022 04:49:06 p. m.

Certificado Bancario

Lunes, 24 de enero de 2022

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que LEONEL LOSADA CARDOZO identificado(a) con CC 7725916, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	07608441977	2001/12/26	ACTIVA

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

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

Bancolombia

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

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. SUC:	NO. PÓLIZA:	ANEXO:
BOGOTA, D.C.	CHAPINERO	14	14-46-101071220	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
28	01	2022	28	01	2022	00:00	01	01	2023	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	LOSADA CARDOZO LEONEL		IDENTIFICACIÓN:	C.C. :7,725,916
DIRECCIÓN:	KR 30 NRO. 17 B - 25 SUR	CIUDAD: BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO:	3005749698

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA CENTRO DE ELECTRICIDAD ELECTRONICA Y TELECOMUNICACIONES DC		IDENTIFICACIÓN:	NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN:	CARRERA 30 NO 17B-25 SUR	CIUDAD: BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO:	5960050
ADICIONAL:				

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.3461950 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, PARA LA EJECUCIÓN DEACCIONES DE FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA DE FORMA PRESENCIALY/O VIRTUAL JUNTO CON OTRAS ACTIVIDADES QUE SE DERIVEN DE LA FORMACIÓN, ENLOS DIFERENTES PROGRAMAS DE LAS ÁREAS DE ELECTRICIDAD, ELECTRÓNICA,BIOMÉDICA, REFRIGERACIÓN, TELECOMUNICACIONES, TELEINFORMÁTICA Y GESTIÓNDE PROYECTOS PARA LOS SECTORES INDUSTRIAL Y DE SERVICIOS ATENDIDOS POR ELCENTRO DE ELECTRICIDAD Y ELECTRÓNICA Y TELECOMUNICACIONES DEL SENA.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	28/01/2022	01/01/2023	$ 2,653,098.00

ACLARACIONES:

LA PRESENTE POLIZA AMPARA EL PAGO DE MULTAS Y LA CLAUSULA PENAL PECUNIARIA CONVENIDA EN EL CONTRATO

VALOR PRIMA NETA:	GATOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00	$ 2,653,098.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
JAIRO WILCHEZ ROJAS	10178	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. 7 NO. 57 -67 - TELÉFONO: 2172417 - BOGOTA, D.C.

14-46-101071220

FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

FIRMA TOMADOR

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

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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. 14-46-101071220, 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 BOGOTA, D.C., a los 28 días del mes de Enero de 2022



FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

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

Hace constar que:

RECIBO DE PAGO N°: 14461010712200

FECHA	
CONTADO	

RECIBIMOS DE: LOSADA CARDOZO LEONEL — C.C. C.C. :7,725,916

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

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 14-46-101071220

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
CHAPINERO - CU. ESTATAL - 101071220 - 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
OTROS:	$ 0.00
TOTAL:	$ 33,320.00

INTERMEDIARIO: JAIRO WILCHEZ ROJAS - 10178

CAJERO: RAPIESTADO

ORIGINAL

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

Hace constar que:

RECIBO DE PAGO N°: 14461010712200

FECHA
CONTADO

RECIBIMOS DE: LOSADA CARDOZO LEONEL — C.C. C.C. :7,725,916

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

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 14-46-101071220

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
CHAPINERO - CU. ESTATAL - 101071220 - 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
OTROS: $ 0.00
TOTAL: $ 33,320.00

INTERMEDIARIO: JAIRO WILCHEZ ROJAS - 10178

CAJERO: RAPIESTADO

COPIA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.14-46-101071220

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 830.009.578-6

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.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

3. SUMA ASEGURADA.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1079 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO NO ESTARA 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.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Comprobante

de pago en línea

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Pago realizado por: LEONEL LOSADA CARDOZO

Nro. de factura: 10000035827889

Descripción del pago: Pago de Seguros del Estado Generales

Nro. de referencia: 45.238.183.209

Nro. de referencia 2:

Nro. de referencia 3: 7725916

Fecha y hora de la transacción: Viernes 28 de Enero de 2022 09:36:56 PM

Nro. de comprobante: 0000008516

Valor pagado: $ 33,320.00

Cuenta: *******1977

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com

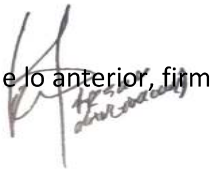
Bogotá, febrero 28 de 2022

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
La Ciudad

Asunto: Información solicitada por el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013

Dando cumplimiento a lo establecido con el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013, y como persona actualmente residente en Colombia que durante el año calendario actual les estará cobrando rentas de trabajo (salarios, u honorarios, o comisiones, o servicios personales, o emolumentos eclesiásticos, etc.), suministro a ustedes la siguiente información para efectos de que ustedes mismos definan el valor de la retención en la fuente que se ha de aplicar a los valores a mi favor por concepto de rentas de trabajo :

a. Durante el año gravable 2021, el 80% o más de mis ingresos brutos SI provinieron la prestación de servicios de manera personal o el desarrollo de una actividad económica bajo cuenta y riesgo un empleador o contratante.
b. Durante el año gravable 2021, el 80% o más de mis ingresos brutos NO provinieron de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o de la prestación de servicios técnicos que no requieren la utilización de materiales o insumos especializados, o de maquinaria o equipo especializado.
c. Por el año gravable 2021, soy una persona natural que NO quedé obligado a presentar declaración anual del impuesto de renta al gobierno colombiano"
d. Por el año gravable 2021, soy una persona natural que NO obtuvo ingresos brutos totales superiores a 1.400 UVT ($50.831.100)
e. Por el año gravable 2021, NO desarrollé una de las actividades señaladas en el artículo 340 del Estatuto Tributario y si la desarrollé no representó más del veinte por ciento (20%) de mis ingresos brutos.
f. Por el año gravable 2021, NO presté servicios técnicos que requirieron de materiales o insumos especializados, o maquinaria o equipo especializado, cuyo costo representa más del veinticinco por ciento (25%) del total de los ingresos percibidos por concepto de tales servicios técnicos.



En constancia de lo anterior, firmo en Bogotá, a los 11 días del mes de Febrero de 2022.

FIRMA: ____ _____

NOMBRES Y APELLIDOS: LEONEL LOSADA CARDOZO

C.C. No. 7725916