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 ANTIOQUIA**
**CENTRO PARA EL DESARROLO DEL HABITAT Y LA CONSTRUCCION- ANTIOQUIA**
**Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1**
**Resolución DIAN Nº 18764024257695 autoriza desde 360,001 hasta 750,000 (Enero 18 de 2022)**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **5** |
| **Código Centro** | **920310** |
| **Fecha Elaboración** | **30 de Julio de 2022** |
| **Versión** | **MAYO 2022 - 2,22** |
| **ID de Proceso** | **49598-037986** |
| **No. de documento** | **491534** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | CARLOS ALBERTO PEÑA SALGADO | **C.C.** | 1.083.904.595 | **IP/Nº de contacto** | 3219238567 |
| **Correo electrónico contratista:** | capenas@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 2021 fueron iguales o superiores** | NO | **Inducción SST** | SI | **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** | | SI | |
| **Banco al cual consignar:** | BANCOLOMBIA | **Tipo de cta** | AHORROS | **Nº Cuenta** | | 45381818300 | |
| **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:** | 3787131/2022 | | | **Nº Compromiso SIIF** | **180422** | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 20.787.000 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 20.787.000 | **1** | **Del** | **11/07/2022** | **Al** **31/07/2022** | **$ 2.665.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 18.122.000 | | Legalización comisiones del periodo | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:**
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR DE FORMACIÓN COMPLEMENTARIA EN LA MODALIDAD VIRTUAL PARA LA ENSEÑANZA DE IDIOMAS EN EL ÁREA TEMÁTICA BILINGÜISMO EN EL CENTRO PARA EL DESARROLLO DEL HÁBITAT Y LA COSTRUCCIÓN

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 2.665.000 | 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** | **$ 2.665.000** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 1.770.825** | **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** | ---------- | **0** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.066.000 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 133.300 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 170.600 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 5.600 | $ 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 | $ 590.275 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 1.770.825,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 2.361.100,00 | |
| 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 | 0,00 | 0,400% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Jaime Isaza Cadavid | 10.660,00 | 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** | **$ 2.654.340,00** | |

**SON: DOS MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

El profeso de formación se ejecutó mediante el uso de herramientas tecnológicas como Microsoft Teams, Territorium y Gmail en la ciudad de Medellín a las fichas de formación 2577151-English Dot Works 1, 2577159-English Dot Works 2, 2577160-English Dot Works 3 y 2577153 English Dot Works 4. Se realizó el alistamiento y ejecución de los cursos de acuerdo a la guía de Orientaciones para la formación en Ambientes Virtuales de Aprendizaje V4.
Por otro lado, es importante mencionar que tengo el certificado de nivel de inglés vigente llamado APTIS en el cual obtuve nivel C1.

**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.

**CARLOS ALBERTO PEÑA SALGADO**
**EL CONTRATISTA**

## CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

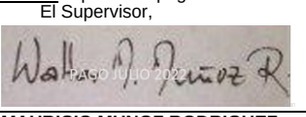
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

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,




**WALTER MAURICIO MUNOZ RODRIGUEZ**
**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**

**XIOMARA POSADA ZULUAGA**
**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02**

**NIT 900033371-4**

Medellín, Saturday 16 de July de 2022

**Certificación de afiliación al fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio- FOMAG**

La Unión Temporal REDVITAL U.T. certifica que **CARLOS ALBERTO PENA SALGADO** identificado(a) con **CC** N° **1083904595** se encuentra **Activo** como **Cotizante docente** en el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio- FOMAG, con IPS primaria **SUMIMEDICAL S.A.S SEDE ENVIGADO**.

Cordialmente,



**EDWING ANDRES MEJIA RENGIFO**
COORDINADOR DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y BASE DE DATOS
Red Vital UT

Número radicado: **352220**

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CARLOS ALBERTO PEÑA SALGADO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1083904595,** se encuentra afiliado/a desde **01/12/2020** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 16 de julio de 2022.



**Blanca Nubia Ramirez Aldana**
**Dirección de Afiliaciones**

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14838261480

(415)7707212489984(8020) 000001483826148 0

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 8 3 9 0 4 5 9 5 | 3 | Impuestos de Medellín 1 1 | |

## 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 8 3 9 0 4 5 9 5 | 2 0 1 1 1 2 1 3 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Huila 4 1 | Pitalito 5 5 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| PEÑA | SALGADO | CARLOS | ALBERTO |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Antioquia 0 5 | Envigado 2 6 6 |

41. Dirección principal: CR 24 B SUR 40 A 162 UN LAS PALMERAS ET 1 TO 1 AP 920

42. Correo electrónico: caps_2409@hotmail.com

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

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

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

### 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

53. Código 49

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 2022 - 07 - 16 / 22 : 35: 18

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 PEÑA SALGADO CARLOS ALBERTO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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: |
|---|---|---|---|---|
| MEDELLIN | MEDELLIN | 65 | 65-46-101027987 | 0 |

| FECHA EXPEDICIÓN: | | | VIGENCIA DESDE: | | | A LAS: | VIGENCIA HASTA: | | | A LAS: | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DÍA: | MES: | AÑO: | DÍA: | MES: | AÑO: | HORAS: | DÍA: | MES: | AÑO: | HORAS: | TIPO MOVIMIENTO: |
| 08 | 07 | 2022 | 11 | 07 | 2022 | 00:00 | 18 | 04 | 2023 | 23:59 | EMISIÓN ORIGINAL |

### DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | PEÑA SALGADO CARLOS ALBERTO | | IDENTIFICACIÓN: | C.C. :1,083,904,595 |
|---|---|---|---|---|
| DIRECCIÓN: | CRA 24B SUR NO. 40A-162 | CIUDAD: MEDELLIN - ANTIOQUIA | TELÉFONO: | 3219238567 |

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

| ASEGURADO/BENEFICIARIO: | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA CENTRO PARA EL DESARROLLO DEL HABITAT Y LA CONSTRUCCION REGIONAL ANTIOQUIA | | IDENTIFICACIÓN: | NIT. :899,999,034-1 |
|---|---|---|---|---|
| DIRECCIÓN: | DIAGONAL 104 # 69 - 120 | CIUDAD: MEDELLIN - ANTIOQUIA | TELÉFONO: | 6044442800 |
| 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.3787131 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR DE FORMACIÓN COMPLEMENTARIA EN LA MODALIDAD VIRTUAL PARA LA ENSEÑANZA DE IDIOMAS EN EL ÁREA TEMÁTICA BILINGÜISMO EN EL CENTRO PARA EL DESARROLLO DEL HÁBITAT Y LA CONSTRUCCIÓN

### AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

| AMPAROS: | VIGENCIA DESDE: | VIGENCIA HASTA: | SUMA ASEG/ACTUAL: |
|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 11/07/2022 | 18/04/2023 | $ 2,078,700.00 |

ACLARACIONES:

| 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 | $ 2,078,700.00 | CONTADO |

| INTERMEDIARIO | | | DISTRIBUCIÓN COASEGURO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: | CLAVE: | % PART: | NOMBRE COMPAÑÍA: | % PART: | VALOR ASEGURADO: |
| FEDERICO CARTAGENA | 184152 | 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 CALLE 53 NO 45-45 OFICINA 1006 - TELÉFONO: 3695060 - MED

65-46-101027987

FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

FIRMA TOMADOR

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

USTED PUEDE CONSULTAR ESTAR PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

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

INT184152A

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. 65-46-101027987, 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 MEDELLIN, a los 8 días del mes de Julio 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°: 65461010279870

| | |
|---|---|
| FECHA | |
| CONTADO | |

RECIBIMOS DE: PEÑA SALGADO CARLOS ALBERTO — C.C. C.C. :1,083,904,595

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

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 65-46-101027987

| SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA | PRIMA | GASTOS EXPEDICION | IVA | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| MEDELLIN - CU. ESTATAL - 101027987 - 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: FEDERICO CARTAGENA - 184152

CAJERO: RAPIESTADO

ORIGINAL

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

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

Hace constar que:

RECIBO DE PAGO N°: 65461010279870

| | |
|---|---|
| FECHA | |
| CONTADO | |

RECIBIMOS DE: PEÑA SALGADO CARLOS ALBERTO — C.C. C.C. :1,083,904,595

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

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 65-46-101027987

| SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA | PRIMA | GASTOS EXPEDICION | IVA | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| MEDELLIN - CU. ESTATAL - 101027987 - 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: FEDERICO CARTAGENA - 184152

CAJERO: RAPIESTADO

COPIA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

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

SOPORTE DE PAGO






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 CARLOS ALBERTO PEÑA SALGADO, identificado con Cédula Ciudadanía No. 1083904595 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 11/07/2022, para el contrato registrado con fecha desde 11/07/2022 y fecha hasta 16/12/2022, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 1.

Recuerde que una vez cumplida la fecha 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): 202201017231801.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Dada en Bogotá, a los 15 días del mes de julio de 2022

Cordialmente

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



Impreso por Internet el 15/07/2022 05:54:00 a. m.
ISCDC: 15/07/2022 05:54:00 a. m.

## Hace constar:

Que el Sr(a) CARLOS ALBERTO PEÑA SALGADO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1083904595 realizó el día 16/07/2022 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 CARLOS ALBERTO PEÑA SALGADO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1083904595 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 -

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

# Hace constar:

Que el Sr(a) CARLOS ALBERTO PEÑA SALGADO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1083904595 realizó el día 16/07/2022 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la

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

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## Hace constar:

Que el Sr(a) CARLOS ALBERTO PEÑA SALGADO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1083904595 realizó el día 16/07/2022 la Capacitación Módulo 2 - Riesgos en el puesto de trabajo y medidas de prevención de la entidad y aprobó la

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

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## Hace constar:

Que el Sr(a) CARLOS ALBERTO PEÑA SALGADO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1083904595 realizó el día 16/07/2022 la Capacitación de protocolos de bioseguridad.

De acuerdo a lo establecido en la Resolución 666 de 2020 del ministerio de salud y protección y social, la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del SENA, mediante la cual se establece el protocolo de medidas generales y de bioseguridad para prevenir y mitigar la propagación del COVID-19, Circular 01-03-2020-000156 del 02 de septiembre del 2020 del Sena, mediante el cual se establece el alcance a la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

# Hace constar:

Que el Sr(a) CARLOS ALBERTO PEÑA SALGADO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1083904595 el día 16/07/2022 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

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

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

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

CALIDAD·COLOMBIA SERVICES
SALUD OCUPACIONAL - SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

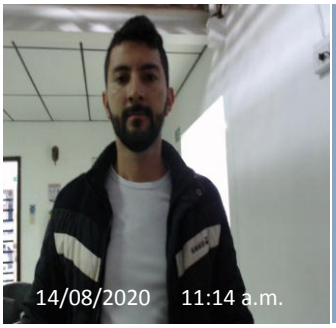
Codigo de Prestador No.
415510156901

Licencia 2401 de 2015
expedida por la Secretaria
Deptal del Huila

## Certificado Medico
**041935**

**Fecha/Hora EXAMEN**
14-ago-20 11:14 a.m.

**Clase de Certificado**
**Evaluación Médica Pre-Ocupacional o de Ingreso**




## CARLOS ALBERTO PEÑA SALGADO

Documento **1083904595** (•) Masculino ( ) Femenino
Fecha Nacimiento ***24-sep-93*** Lugar ***SALADOBLANCO***
Dirección ***CALLE 24AS N 4-31***
Teléfono/Movil ***(321)923-85-67 PITALITO, HUILA***
Tipo Sangre - RH ***A +*** Estado Civil ***Unión Libre***
Escolaridad ***Especializado*** Servicio Militar ***NO***
Empresa ***SENA***
Cargo ***DOCENTE***

EPS: Nueva Promotora de Salud Nueva EPS | ARL: No Refiere | AFP: No Refiere

### EXAMENES PARACLINICOS OCUPACIONALES

| TIPO EXAMENES | FECHA | N | A | TIPO EXAMENES | FECHA | N | A | TIPO EXAMENES | FECHA | N | A |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SEROLOGIA | | | | GLICEMIA | 14/08/2020 | X | | TRIGLICERIDOS | | | |
| SEROLOGIA II | | | | PERFIL LIPIDICO | 14/08/2020 | X | | CREATININA | | | |
| CUADRO HEMATICO | 14/08/2020 | X | | COPROLOGICO | | | | AUDIOMETRIA | | | |
| EKG | | | | FROTIS GARGANTA | | | | OPTOMETRIA | 14/08/2020 | X | |
| KOH DE UÑAS | | | | PARCIAL DE ORINA | | | | ESPIROMETRIA | | | |
| OTROS | | | | COLESTEROL TOTAL | | | | PSICOMOTRIZ | | | |

**PRUEBAS ADICIONALES REQUERIDAS PARA EL CARGO** PRUEBA PSICOMOTRIZ NORMAL

### CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL PARA EVALUACIÓN MÉDICA PRE-OCUPACIONAL O DE INGRESO

| Enfasis Osteomuscular X | Enfasis Cardiovascular | Enfasis Neurológico | Enfasis Respiratorio | Enfasis Dermatológico |
|---|---|---|---|---|

| Objetivo de la consulta | Con Restricc. | Sin Restricc. | Aplazado |
|---|---|---|---|
| Evaluación Médica Pre-Ocupacional o de Ingreso | | X | |
| Paciente con Condición Especial - | | | |
| Cambio de Ocupacion | | | |
| Reintegro - Programado | | | |
| Periódico | | | |
| Bomberos | | | |
| Trabajo en Frío | | | |
| Manipulación de Alimentos | | | |
| Practica Deportiva | | | |
| Trabajo Seguro en Alturas | | | |
| Espacios Confinados | | | |

| ENCUESTA COVID-19 | SI | NO |
|---|---|---|
| Es usted trabajador de la salud? | | X |
| Ha presentado algunos de los siguientes sintomas? | | |
| Fiebre mayor de 38°C (36,2°C actualmente) | | X |
| Tos seca | | X |
| Dolor de garganta | | X |
| Falta de animo | | X |
| Dificultad para Respirar | | X |
| Ha estado en contacto con personas a quienes se les ha notificado o estan en estudio por posible contagio con el COVID-19? | | X |
| Ha estado fuera del pais en los ultimos 14 dias? | | X |
| Si la respuesta es afirmativa cual pais visito? | | |

### CONDUCTAS Y PROCEDIMIENTOS

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HIGIENE POSTURAL | ☑ | PRUEBAS COMPLEMENTARIAS | ☐ | NO FUMAR | ☐ | CONTROL PYP EPS | ☐ | SEGUIMIENTO CASO ARL | ☐ | | |
| USO EPP | ☑ | DIETA | ☑ | REDUCIR ALCOHOL | ☐ | REMISION A EPS | ☐ | CONTINUAR MANEJO MEDICO | ☐ | | |
| USO AYUDAS ERGONOMICAS | ☐ | EJERCICIOS REGULAR | ☑ | PAUSAS ACTIVAS | ☑ | REMISION ARL PARA MANEJO | ☐ | CONTROL PERIODICO | ☑ | | |

### RESTRICCIONES Y RECOMENDACIONES

RESTRICCIONES: NO APLICA

RECOMENDACIONES: EXAMEN OSTEOMUSCULAR NORMAL - PACIENTE SIN SIGNOS DE INFECCION RESPIRATORIA (SIN TOS, FIEBRE, MALESTAR GENERAL, DOLOR DE GARGANTA, O DIFICULTAD RESPIRATORIA) - SEGUIR PROTOCOLOS PARA EVITAR INFECCION POR COVID19 – LAVADO DE MANOS CADA 2 HORAS – USO DE TAPABOCA OBLIGATORIO – EVITAR AREAS CON AGLOMERACIONES – MANTENER DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 2 METROS

**CONSENTIMIENTO INFORMADO:** Autorizo al profesional, mencionado en este documento, a realizar los procedimientos pertinentes para el examen médico y/o paraclínicos ocupacionales registrados en esta evaluación medica, teniendo de antemano claridad sobre el objetivo de este examen. La realización de las pruebas requeridas para este examen fueron realizadas de forma voluntaria y sin ninguna coacción por parte de terceros, teniendo la oportunidad de cancelar dicho proceso en cualquier momento. La empresa **CALIDAD COLOMBIA SERVICES SAS** me ha aclarado que dicha información va a ser de tipo confidencial. Certifico que no omití ningún dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobres mi estado de salud y que toda la información que he expresado, para la elaboración de este documento, es cierta, además autorizo el envío de este informe a mi empleador.

**AUTORIZACION DE TRATAMIENTO DE DATOS:** Autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a **CALIDAD COLOMBIA SERVICES SAS** para tratar mis datos personales de acuerdo con su procedimiento de protección de datos expuesto en cartelera, para los fines relacionados con su objeto social y en especial para fines legales, contractuales, comerciales. La información obtenida para el tratamiento de mis datos personales la he

**CAMILO ANDRES SASTOQUE MEÑACA**
MEDICO LABORAL Licencia SST: 2141/15

**Paciente: CARLOS ALBERTO PEÑA SALGADO**
Cedula No: 1083904595

CALIDAD·COLOMBIA SERVICES
SALUD OCUPACIONAL - SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

| Examen No. |
|---|
| **041935** |
| FECHA EXAMEN |
| 18/08/2020 |



## CARLOS ALBERTO PEÑA SALGADO

| | |
|---|---|
| Documento | **1083904595** |
| Fecha Nacimiento | viernes, 24 de septiembre de 1993 |
| Edad | 28 AÑOS |
| Dirección | CALLE 24AS N 4-31 |
| Teléfono/Movil | (321)923-85-67 |
| Empresa | SENA |

**Dr JOAQUIN JUNIOR PACHECO ROCA**
Optometra
UNIVERSIDAD METROPOLITANA

## VALORACION VISIOMETRICA

**ANAMNESIS:**

USUARIO DE LENTES DE CONTACTO

**VALORACION**

AV:VL OD: **20/25** OI: **20/25** AV:VC OD **050M** OI **050M**

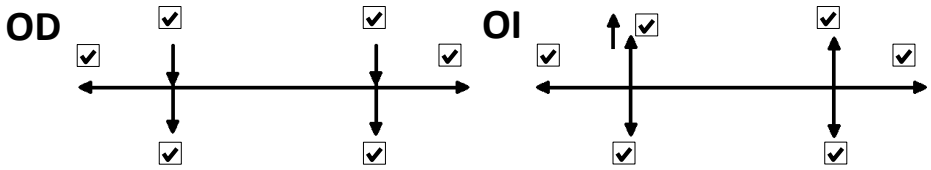
| | |
|---|---|
| VISION PROFUNDIDAD: | NORMAL |
| VISION COLOR: | NORMAL |
| ESTADO MOTOR: | ORTOFORICO |

## EXAMEN VISION BINOCULAR

EXAMEN MOTOR: HISBERG CENTRADO KAPPA CERO

DUCCIONES OD NORMAL OI NORMAL

VERSIONES




## VALORACION OPTOMETRICA

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| RETINOSCOPIA: | OD | | AV | | **EXAMEN EXTERNO** | |
| | OI | | AV | | SEGMENTO ANTERIOR OD | |
| SUBJETIVO Y AFINACION: | OD | | AV | | OI | |
| | OI | | AV | | OFTALMOSCOPIA OD | |
| | ADD | | AV | | OI | |

## DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL

RELACION 1 RELACION 2

CONDUCTA

PRESCRIPCION OPTICA OD OI TIPO DE LENTE

PRESCRIPCION FARMACOLOGICA

Joaquin Pacheco Roca
Optometra
RM 25...

Firma Profesional Responsable
**JOAQUIN JUNIOR PACHECO ROCA**

CALIDAD·COLOMBIA SERVICES
SALUD OCUPACIONAL - SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

| Examen No. |
|---|
| **041935** |
| FECHA EXAMEN |
| 14/08/2020 |

## CARLOS ALBERTO PEÑA SALGADO

| | |
|---|---|
| Documento | **1083904595** |
| Fecha Nacimiento | viernes, 24 de septiembre de 1993 |
| Edad | 28 AÑOS |
| Dirección | CALLE 24AS N 4-31 |
| Teléfono/Movil | (321)923-85-67 |
| Empresa | SENA |

**Dr FABIANA MARCELA RAMOS MENZA**
Psicologo(a)

## RESULTADO DE EVALUACION PSICOMOTRIZ

| | | | |
|---|---|---|---|
| Atención concentrada y Resistencia a la Monotonía | TIEMPO MEDIO DE RESPUESTA | 0,00 | TMR Max 890 Ms |
| | ERRORES | 0 | Errores Max 4 |
| Reacciones Multiples | TIEMPO MEDIO DE RESPUESTA | 0,00 | TMR Max 1486 Ms |
| | ERRORES | 0 | Errores Max 6 |
| Velocidad de Anticipación | TIEMPO MEDIO DE RESPUESTA | 0,00 | TT Max 948 Ms |
| Reaccion al Frenado | TIEMPO MEDIO DE REACCION | 0,00 | TT Max 867 Ms |
| Coordinación Bimanual | TIEMPO TOTAL DE ERROR | 0,00 | TTE Max 5553 Ms |
| | ERRORES | 0 | Errores Max 27 |

**OBSERVACION DE CONDUCTAS**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Presentacion | (●) Adecuado | ( ) Inadecuado | |
| | Postura | (●) Erguida | ( ) Encorvada | |
| **DISCURSO** | Ritmo | ( ) Lento | ( ) Rapido | (●) Fluido |
| | Tono | ( ) Bajo | ( ) Moderado | (●) Alto |
| | Articulacion | (●) Con Dificultad | ( ) Sin Dificultad | |
| **ORIENTACION** | Tiempo | (●) Orientado | ( ) Desorientado | |
| | Espacio | (●) Orientado | ( ) Desorientado | |
| | Persona | (●) Orientado | ( ) Desorientado | |

| | |
|---|---|
| Nivel Intelectual: | NORMAL |
| Nivel Memoria: | NORMAL |
| Personalidad: | NORMAL |
| Afectividad: | NORMAL |
| Sustancias: | NORMAL |
| Inteligencia: | NORMAL |

Motivo de Evaluacion:
Conclusion Area Congnitiva: NORMAL
Conclusion Area Emocional: NORMAL
Valoracion Psicologica:
Recomendaciones:

FMR
36294904 p.n.

**FABIANA MARCELA RAMOS MENZA**
Tarjeta Profesional Numero:188645

Firma Paciente
CARLOS ALBERTO PEÑA SALGADO

# AUDIOMETRÍA

CARRERA 2 NO. 4-50 CENTRO
Tel(s). 836 3170 - 836 1491 Cel(s). 315 6408296
web : www.saludocupacionalpitalito.com correo : info@saludocupacionalpitalito.com

Resolución 766 habilitación de servicios
SECRETARIA DE SALUD DEPTAL

**Codigo de Prestador No. 415510156901 Licencia 2401 de 2015 expedida por la Secretaria Deptal del Huila**

Ciudad de Expedición: PITALITO - HUILA

Fecha de Reconocimiento: 2021-02-03

## DATOS BASICOS

Empresa: **SENA** Nit: **899999034**

Nombres y apellidos: **CARLOS ALBERTO PEÑA SALGADO** CC: **1083904595**

Cargo Actual: **INSTRUCTOR**

Fecha Naciemiento: 1993-09-24 Edad: 27 Años Género: Masculino

## ANTECEDENTES LABORALES CON EXPOSICIÓN A RUIDO

Antecendentes Laborales con Exposición a Ruido

| EMPRESA | CARGO | TIEMPO (AÑOS) | TIPO DE ELEMENTO DE PROTECCION AUDITIVA UTLIZADO |
|---|---|---|---|
| No refiere antecedentes | | | |

## ANTECEDENTES PERSONALES Y EXTRALABORALES

PERSONALES

| | SI | NO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| Otitis | ☐ | ☑ | |
| Trauma | ☐ | ☑ | |
| Cirugía | ☐ | ☑ | |
| Ingesta Ototoxicos | ☐ | ☑ | |
| Hipocausia Subjetiva | ☐ | ☑ | |
| Acúfenos | ☐ | ☑ | |
| Otros Personales | ☐ | ☑ | |

ACTIVIDAD EXTRALABORAL

| | SI | NO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| Tejo | ☐ | ☑ | |
| Moto | ☐ | ☑ | |
| Discoteca | ☐ | ☑ | |
| Servicio Militar | ☐ | ☑ | |
| Polígono | ☐ | ☑ | |
| Audifonos | ☐ | ☑ | |
| Otros | ☐ | ☑ | |

## CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso Auditivo: SI

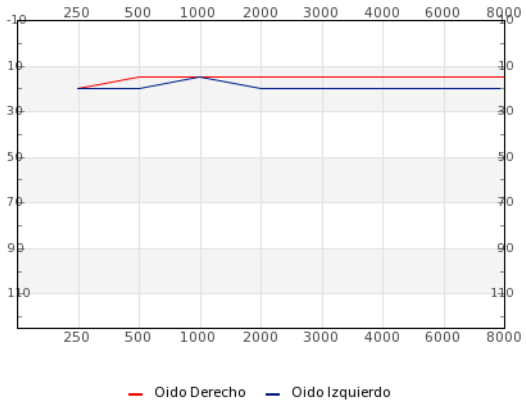
## EVALUACION

Tipo Valoración: Tamizaje

AUDIMETRIA (Los siguientes valores son en dB (A))

| Frecuencia en HZ => | | 250 | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 | 8000 | Con E | Sin E | PTA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Vía Aérea | Oido Derecho | 20 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | ☐ | ☑ | 15 |
| | Oido Izquierdo | 20 | 20 | 15 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | ☐ | ☑ | 18.75 |

Audiograma



# AUDIOMETRÍA

CARRERA 2 NO. 4-50 CENTRO
Tel(s). 836 3170 - 836 1491 Cel(s). 315 6408296
web : www.saludocupacionalpitalito.com correo : info@saludocupacionalpitalito.com

CALIDAD·COLOMBIA SERVICES
SALUD OCUPACIONAL - SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 766 habilitación de servicios
SECRETARIA DE SALUD DEPTAL

**Codigo de Prestador No. 415510156901 Licencia 2401 de 2015 expedida por la Secretaria Deptal del Huila**

## DIAGNÓSTICO AUDILÓGICO

| Oido Derecho | Oido Iquierdo |
|---|---|
| MEMBRANA TIMPÁNICA INTEGRA | MEMBRANA TIMPÁNICA INTEGRA |

## OTOSCOPIA

| Diagnóstico | Observaciones Adicionales al Diagnóstico |
|---|---|
| Z011-EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION. | SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFÉRICA BILATERAL DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES |

## RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES
Ninguna.

Limpieza Otica
☑ No aplica

| Audiometria Confirmatoria | Exámenes Audiológios Complementarios |
|---|---|
| NO | NO |

Observaciones
NINGUNA

Evaluado por:

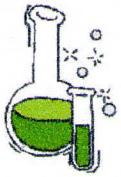



VIANY DAYANA RUBIANO LOPEZ
RES 01640/2018

Trabajador:



CARLOS ALBERTO PEÑA SALGADO
CC: 1083904595



# LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MIRYAM CAMACHO

N.I.T. 40757991

**8826**

**CARLOS ALBERTO PEÑA SALGADO**

Fecha/Hora Muestra: 18/08/2020 09:01:47 a.m.

Documento No.: 1083904595 Sexo: M Edad: 26 Años

Dirección / Teléfono : CALIDAD COLOMBIA

Médico Dr.: _

EMPRESA : CALIDAD COLOMBIA Contrato 1

## GLICEMIA SANGUÍNEA

| PARAMETROS | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| GLICEMIA BASAL | 79 | mg/dL | 70 - 110 |

*Tecnica: Glucosa oxidasa*
*Sensibilidad 99%*
*Especificidad 99%*

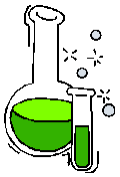
## HEMOGRAMA

| PARAMETROS | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| **ERITROGRAMA** | | | |
| HEMATOCRITO | 48,8 | % | H:42.0 - 52.0<br>M:37.0 - 47.0 |
| HEMOGLOBINA | 15,6 | mg/dL | H:13.0 - 18.0<br>M:12.5 - 15.5 |
| **LEUCOGRAMA** | | | |
| LEUCOCITOS | 8500 | x mm3 | 5.000 - 10.000 |
| PLAQUETAS | 246000 | x mm3 | 150.000 - 450.000 |
| NEUTROFILOS | 25,4 | % | 55 - 65 |
| LINFOCITOS | 68 | % | 35 - 45 |
| EOSINOFILOS | 6,6 | % | 2 - 5 |

## QUÍMICA SANGUÍNEA

| PARAMETROS | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL] | 34 | mg/dL | Hombres : Mayor de 35<br>Mujeres: Mayor de 55 |
| COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD (LDL) | 81,6 | mg/dl | |
| COLESTEROL TOTAL | 130 | mg/dL | Menor de 180 |
| TRIGLICERIDOS | 72 | mg/dL | Hasta 150 |

Fecha/Hora Reporte: 18/08/2020 11:03:25 a.m.



# LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MIRYAM CAMACHO

N.I.T. 40757991

**2364**

**CARLOS ALBERTO PEÑA SALGADO**

Fecha/Hora Muestra: 04/02/2021 09:18:12 a.m.

Documento No.: 1083904595 Sexo: M Edad: 27 Años

Dirección / Teléfono : CALIDAD COLOMBIA

Médico Dr.: _

EMPRESA : CALIDAD COLOMBIA Contrato 1

## UROANÁLISIS

| PARAMETROS | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| **FÍSICO - QUÍMICO** | | | |
| PH | 6,0 | | |
| DENSIDAD | 1015 | | |
| GLUCOSA | NEGATIVO | | |
| PROTEINAS | NEGATIVO | | |
| SANGRE | NEGATIVO | | |
| CETONAS | NEGATIVO | | |
| UROBILINOGENO | NORMAL | | |
| BILIRRUBINA | NEGATIVO | | |
| NITRITOS | NEGATIVO | | |
| ESTERASA LEUCOCITARIA | NEGATIVO | | |
| **MICROSCÓPICO** | | | |
| LEUCOCITOS | 0-1 | X C | |
| HEMATIES | NO HAY | X C | |
| CELULAS EPITELIALES | 0-1 | X C | |
| BACTERIAS | NO HAY | | |

Fecha/Hora Reporte: 04/02/2021 09:59:12 a.m.

# HISTORIA CLINICA

| FECHA DE ELABORACION |
|---|
| 14-ago-20 |

| No. DOCUMENTO | NOMBRES Y APELLIDOS | Fecha Nac | EDAD | LUGAR | RH | GENERO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1083904595 | CARLOS ALBERTO PEÑA SALGADO | 24 09 1993 | 28 | SALADOBLANCO | A + | |

| ESTADO CIVIL | | | | | | ESTUDIOS (Años aprobados) | | | | SERVICIO MILITAR | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Soltero | Casado | Divorciado | Viudo | Union Libre X | Separado | Primaria | Secundaria | Tecnica | Universitario X | SI | NO X |

| DIRECCION | TELEFONO | PROFESION U OFICIO | CARGO |
|---|---|---|---|
| CALLE 24AS N 4-31 | (321)923-85-67 | Educación/Universidad | DOCENTE |

| EMPRESA | EPS | ARL | AFP |
|---|---|---|---|
| SENA | Nueva Promotora de Salud Nueva EPS | No Refiere | No Refiere |

## CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL PARA EVALUACIÓN MÉDICA PRE-OCUPACIONAL O DE INGRESO

| Enfasis Osteomuscular X | Enfasis Cardiovascular | Enfasis Neurológico | Enfasis Respiratorio | Enfasis Dermatológico |
|---|---|---|---|---|

| Objetivo de la consulta | CON RESTRICCIONES | SIN RESTRICCIONES | APLAZADO |
|---|---|---|---|
| Evaluación Médica Pre-Ocupacional o de Ingreso | | X | |
| Paciente con Condición Especial - | | | |
| Cambio de Ocupacion | | | |
| Reintegro - Programado | | | |
| Periódico | | | |
| Bomberos | | | |
| Trabajo en Frío | | | |
| Manipulación de Alimentos | | | |
| Practica Deportiva | | | |
| Trabajo Seguro en Alturas | | | |
| Espacios Confinados | | | |

## DIAGNOSTICO, OBSERVACIONES, LIMITACIONES Y RESTRICCIONES

### DIAGNOSTICOS CIE

LUMBAGO - - - -

ANTECEDENTES: ESPONDILITIS ANQUILOSANTE COLUMNA

RECOMENDACIONES: EXAMEN OSTEOMUSCULAR NORMAL - PACIENTE SIN SIGNOS DE INFECCION RESPIRATORIA (SIN TOS, FIEBRE, MALESTAR GENERAL, DOLOR DE GARGANTA, O DIFICULTAD RESPIRATORIA) - SEGUIR PROTOCOLOS PARA EVITAR INFECCION POR COVID19 – LAVADO DE MANOS CADA 2 HORAS – USO DE TAPABOCA OBLIGATORIO – EVITAR AREAS CON AGLOMERACIONES – MANTENER DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 2 METROS

RESTRICCIONES: NO APLICA

OTRAS OBSERVACIONES:

## INMUNIZACIONES

| TIPO DE VACUNA | ACTUALES | | INMUNIZACIONES |
|---|---|---|---|
| | NUMERO DE DOSIS | ULTIMA FECHA | |
| TETANOS | | | |
| INFLUENZA | | | |
| FIEBRE AMARILLA | | | |

OTRAS: SI NO CUAL?

SINTOMAS ACTUALES: SI NO CUAL?

## ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES (P) Y FAMILIARES (F)

| ENFERMEDADES | P | F | ENFERMEDADES | P | F | ENFERMEDADES | P | F |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Alergias | | | 10. Varices en miembros | | | 19. Oculares | | |
| 2. Asma | | | 11. Epilepsia y/o convulsiones | | | 20: Lumbalgia | | |
| 3. Cancer | | | 12. Hipertension | | | 21. Drogadiccion | | |
| 4. Dermatitis | | | 13. Infarto cardiaco | | | 22. Alcoholismo | | |
| 5. Bronquitis | | | 14. Infecciones | | | 23. Problemas en los pies | | |
| 6. ACV | | | 15. Otitis-sordera | | | 24. Otros | | |
| 7. Diabetes | | | 16. Quirurgicos y hospitalarios | | | 25. Traumaticos o fracturas | | |
| 8. Hipoglicemia | | | 17. Trastorno de tiroides | | | (fecha, tipo de lesion y secuelas) | | |
| 9. Mareo o Vertigo | | | 18. Trastornos mentales | | | | | |

DESCRIPCION DE ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES (Cite el numeral y describa)

ESPONDILITIS ANQUILOSANTE COLUMNA

## ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

| Menarca | Ciclos menstruales | Fecha mestruacion | Mortinatos |
|---|---|---|---|
| Fecha Ultima Citologia | Resultado | Cantidad embarazos | Abortos |

| Dismenorrea | Menopausia | Planifica? | Metodo de planificacion | Ultimo parto |
|---|---|---|---|---|
| SI NO | SI NO | SI NO | ACO DIU QUIRURGICO OTRO NINGUNO | Procedimiento |

# HISTORIA CLINICA

| FECHA DE ELABORACION |
|---|
| 14-ago-20 |

**EXAMEN FISICO (N: Normal; AN: Anormal; N.E: No Examinado)**

| PESO (Kg) | 70 | ESTATURA (Cm) | 175 | IMC | 23 | RESPIRACION | 20 | NORMAL | ANORMAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PULSO | 84 | NORMAL | ANORMAL | PRESION ARTERIAL | 100/80 | DIESTRO | ZURDO | AMBIDESTRO | |

| | | N | AN | N.E. | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|
| ASPECTO GENERAL | | X | | | |
| CABEZA | | X | | | |
| CARA | | X | | | |
| CUELLO | | X | | | |
| OIDO | PABELLONES | X | | | |
| | OTOSCOPIA | X | | | |
| NARIZ | | X | | | |
| BOCA | LABIOS-LENGUA | X | | | |
| | FARINGE-AMIGDALAS | X | | | |
| | CONCEPTO ODONTOLOGICO | X | | | |
| PIEL | PIEL Y FANERAS | X | | | |
| | CICATRICES-TATUAJES | X | | | |
| TORAX | | X | | | |
| PULMONES | | X | | | |
| CORAZON | | X | | | |
| ABDOMEN | PARED | X | | | |
| | VISCERAS (MEGALIAS) | X | | | |
| | HERNIAS | X | | | |
| GENITALES EXTERNOS | | X | | | |
| COLUMNA VERTEBRAL | | X | | | |
| MIEMBROS SUPERIORES | | X | | | |

| TINNEL DER | POSITIVO | NEGATIVO | IZQ | POSITIVO | NEGATIVO | PHALEN DER | POSITIVO | NEGATIVO | IZQ | POSITIVO | NEGATIVO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| MIEMBROS INFERIORES | | X | | | | |
| VASCULAR PERIFERICO | | X | | | | |
| SISTEMA NERVIOSO | REFLEJOS | X | | | | |
| | COORDINACION | X | | | | |
| | IMPRESION PSICOLOGICA | X | | | | |

**HABITOS / AFICIONES**

| Habito | SI | NO | EX | FRECUENCIA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|
| Tabaquismo | | | | | |
| Licor | | | | | |
| Drogas Psicoactivas | | | | | |
| Medicamentos | | | | | |
| Deportivas | | | | | |

**ANTECEDENTES LABORALES, ACCIDENTES Y ENFERMEDADES LABORALES REGISTRADAS**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO:** Autorizo al profesional, mencionado en este documento, a realizar los procedimientos pertinentes para el examen médico y/o paraclínicos ocupacionales registrados en esta evaluación medica, teniendo de antemano claridad sobre el objetivo de este examen. La realización de las pruebas requeridas para este examen fueron realizadas de forma voluntaria y sin ninguna coacción por parte de terceros, teniendo la oportunidad de cancelar dicho proceso en cualquier momento. La empresa **CALIDAD COLOMBIA SERVICES SAS** me ha aclarado que dicha información va a ser de tipo confidencial. Certifico que no omití ningún dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobres mi estado de salud y que toda la información que he expresado, para la elaboración de este documento, es cierta, además autorizo el envío de este informe a mi empleador.

**AUTORIZACION DE TRATAMIENTO DE DATOS:** Autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a **CALIDAD COLOMBIA SERVICES SAS** para tratar mis datos personales de acuerdo con su procedimiento de protección de datos expuesto en cartelera, para los fines relacionados con su objeto social y en especial para fines legales, contractuales, comerciales. La información obtenida para el tratamiento de mis datos personales la he

**CAMILO ANDRES SASTOQUE MEÑACA**
MEDICO LABORAL - Licencia SST: 2141/15

ESTA HISTORIA CLINICA NO REQUIERE DE FIRMA DEL PROFESIONAL , DE ACUERDO AL ARTICULO 18 DE LA RESOLUCION 1995 DEL MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL.

# Certificado Bancario

Domingo, 17 de julio de 2022

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que CARLOS ALBERTO PEÑA SALGADO identificado(a) con CC 1083904595, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | 45381818300 | 2012/04/09 | 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: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 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.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

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

Medellín. 11/07/2022

Doctora
XIOMARA POSADA ZULUAGA
Subdirectora
Centro para el Desarrollo del Hábitat y la Construcción
Sena Regional Antioquia

**CERTIFICACIÓN DE NO TENER CONTRATOS CON ENTIDADES PÚBLICAS (ESTATALES) DIFERENTES AL CENTRO PARA EL DESARROLLO DEL HABITAT Y LA CONSTRUCCCION**.

En atención al cumplimento de lo establecido al numeral 1º y 3º de la Directiva Presidencial No. 01 de 2022 del 17 de enero de 2022, me permito **CERTIFICAR** que a la fecha **NO** tengo contrato suscrito de prestación de servicios profesionales y/o apoyo a la gestión con alguna entidad del Estado, diferente al Centro para el Desarrollo del Hábitat y la Construcción, y me comprometo a que si llegare a celebrar un contrato cualquiera sea su naturaleza con otra entidad estatal, lo reportare de manera inmediata al Centro.

Cordialmente;



Firma
Carlos Alberto Peña Salgado
CC. 1083904595