SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL QUINDÍO
CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO - QUINDIO - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION

Código Regional	**63**
Código Centro	**953810**
Fecha Elaboración	**Enero de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**84832-430168**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	CARLOS ALBERTO CIRO CASTAÑO	**C.C.**	7.546.292	**IP/Nº de contacto**	62694
Correo electrónico contratista:	cciro@sena.edu.co				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** SI **Es Pensionado?** NO

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: SI **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 75617286351

Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los $ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA) NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 4464764/2023 **Nº Compromiso SIIF** **4623**

Valor Total del Contrato	$ 42.981.900	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 42.981.900	**1**	**Del**	**25/01/2023**	**Al**	**31/01/2023**	**$ 803.400,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 42.178.500		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: ORIENTAR FORM. PROFESIONAL TITULADA/COMPLEMENTARIA PRESENCIAL/VIRTUAL_NIS_2023-02-014487

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 803.400		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	**$ 803.400**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 350.025**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Enero	Diciembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**25026917**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.160.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 145.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 185.600	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 6.100	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 200.850	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.241.200	$ -	
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 $ 1.357.184	$ -	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 116.675	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	350.025,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	472.800,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	0,00	0,000%
-	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	**$803.400,00**	

SON: OCHOCIENTOS TRES MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se ejecuta FPI según currículo, desarrollo curricular, proyecto formativo a fichas: 2503663, 2560296, 2560334 y 2616620 del I trimestr
No se puede realizar proceso Alistamiento según modalidad, estrategias enseñanza y seguimiento, no hay fichas asignadas en SOFIA y Ter
Se participa en jornada de capacitación pedagógica orientada por el funcionario Cesar Ernesto López Villegas, el 30 de enero 2023.
Se cumple con actividades necesarias para cumplimiento contrato: respuesta oportuna de correos y presentación de informes solicitados.
Se acatan los lineamientos del SIG y el SSST, se realiza el curso de inducción en Seguridad en Salud en el Trabajo SIIGA.
Se cuenta con la norma de competencia "orientar formación presencial de acuerdo con procedimientos técnicos y normativa", 17/09/2021.
Se cumple actividades necesarias para cumplimiento del contrato: respuesta oportuna a correos, presentación de informes.
Las demás actividades desarrolladas se reflejan en el informe mensual de ejecución contractual.

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 CIRO CASTAÑO
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,

GIOVANNY VICENTE IBARRA PALACIOS
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

CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **CARLOS ALBERTO CIRO CASTAÑO** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **7546292** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 7546292
NOMBRES Y APELLIDOS	CARLOS ALBERTO CIRO CASTAÑO
TIPO DE AFILIADO	SEGUNDO COTIZANTE
PARENTESCO	CONYUGE
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/11/2016
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	307
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	47

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **04/01/2023**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CARLOS ALBERTO CIRO CASTAÑO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **7546292,** se encuentra afiliado/a desde **11/02/1985** 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 04 de enero de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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.

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14736425880

(415)7707212489984(8020) 000001473642588 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 5 4 6 2 9 2	3	Impuestos y Aduanas de Armenia 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	7 5 4 6 2 9 2	1 9 8 3 0 6 1 4

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Quindío 6 3	Armenia 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CIRO	CASTAÑO	CARLOS	ALBERTO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Quindío 6 3	Armenia 0 0 1

41. Dirección principal
CR 12 2 N 59 BL 2 AP 203 CON TORRES DE ALCAZAR

42. Correo electrónico construccioneseinversionesayc@gmail.com

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

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
0 0 9 0	2 0 0 5 0 4 1 6	8 8 9 9	2 0 0 5 0 1 0 1			3 4 1 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

Obligados aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 01 - 27 / 11 : 24: 39

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 CIRO CASTAÑO CARLOS ALBERTO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 16-01-2023 05:11:23PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Powered by CamScanner

VALSALUD

CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2023-01-23

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	INDEPENDIENTE	Actividad económica:	Servicios
Nombre:	CARLOS ALBERTO CIRO CASTAÑO	Documento:	CC 7546292
Fecha de nacimiento:	1964-11-24	Lugar de nacimiento:	ARMENIA (QUINDIO)
Edad:	58 años	Género:	Masculino
Estado civil:	Casado	No. hijos vivos:	2
Dirección actual:	CRA 12 # 2 NORTE 59 BLOQUE A APTO 203 TORRES DE ALCAZAR	Municipio:	ARMENIA
Teléfono:	3006184624	Escolaridad:	Estudios_posgrado
Ocupación:	INSTRUCTOR SENA	EPS:	Sura
Responsable**:	PIEDAD CARDOZO (ESPOSA)	Teléfono:	3186743020
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		



*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

Ya vacunado para covid 19 no trajo el carnet de vacunacion

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría: NO APLICA.
Optometría: Su capacidad visual actual es adecuada para el desempeño de su trabajo habitual gracias a la corrección que tiene
Audiometría: Su capacidad auditiva está disminuida unilateralmente
Espirometría computarizada: NO APLICA.

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a CARLOS ALBERTO CIRO CASTAÑO con documento de identificación No. 7546292 se considera no presenta restricciones para desempeñar la ocupación de INSTRUCTOR SENA del sector económico Servicios

CONDUCTAS OCUPACIONALES PREVENTIVAS

1. CLASIFICACIÓN EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OSTEOMUSCULAR: De acuerdo a la información disponible y el examen realizado se clasifica como NO CASO.

RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. Se le recomienda solicitar en su entidad de salud evaluación y plan de manejo de su patología de origen común.
2. Hacer audiometria clinica confrimatoria
3. val por Tg anormal pero no genera limitacion

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

OBSERVACIONES FINALES

Perfil lipídico: Por fuera de los parámetros normales
Glucosa: Dentro de los parametros normales
Psicologia: Normal

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

CONSIDERACIONES ESPECIALES DE HISTORIA OCUPACIONAL EN PANDEMIA POR CORONAVIRUS: La presente evaluación médica ocupacional que se realiza durante la pandemia por COVID 19 , Se lleva a cabo de forma integral, teniendo en cuenta una encuesta de síntomas, presencia de signos y síntomas respiratorios agudos, verificación de antecedentes de patologías o condiciones que lo enmarquen en una población de manejo especial o de mayor riesgo de complicación en caso de sufrir la infección y verificación de estado de la vacunación contra COVID 19. Cualquier hallazgo significativo encontrado se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado e implicaciones ocupacionales. Esta evaluación no garantiza que a futuro el trabajador no padezca la enfermedad. En caso de presentar algún síntoma al respecto, será pertinente que se le haga una nueva valoración médica en su Entidad de Salud. Por todo lo anterior se recomienda implementar las medidas generales y específicas según proceso productivo y sector económico, en el marco del Programa de Bioseguridad de cada empresa y en atención a los lineamientos de autoridades competentes como Ministerios de Trabajo, Salud y Seguridad Social.

Es de vital importancia para PROTEGERNOS DEL CORONAVIRUS:

- Lavar nuestras manos regularmente con abundante agua y jabón.
- Usar tapabocas convencionales todo el tiempo en espacios donde sea imposible mantener distancias mayores a 1 metro, como: transporte público, taxis, supermercados, bancos, entre otros.
- Si se usa transporte masivo usar siempre tapabocas y lavarse las manos después de usarlo.
- Evitar tocarse la cara, especialmente después de tener contacto con superficies contaminadas o personas enfermas.
- Limpiar constantemente con desinfectante las superficies con las que tenemos contacto.
- Mantener una distancia no inferior a un metro con otras personas: No salude de beso ni de mano y evite el contacto físico.
- Descargue el aplicativo Coronapp-Colombia para recibir información personalizada e Infórmese a través de fuentes confiables.
- SI TIENE LOS SIGUIENTES SíNTOMAS: Fiebre, Tos, Dificultad para respirar, dolor para tragar, notifíquelo a su empleador y su EPS, No vaya a lugares públicos, es ideal que se aísle preventivamente.

VALSALUD SAS
NIT. 900069014-5

Eleonora Diaz Palacios
C.C 31793523
Medico Especialista en salud ocupacional
Universidad Central del Valle
RES. 63-5179 de 2021
Fundacion Universitaria del Area Andina



Indice der

CARLOS ALBERTO CIRO CASTAÑO
Documento: 7546292

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE INGRESO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO DE INGRESO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

Impreso por: sandra.hernandez
Fecha: 2023-01-23 Hora: 14:59

VALSALUD SAS
NIT. 900069014-5

VALSALUD SAS
NIT. 900069014-5

VALSALUD SAS
NIT. 900069014-5

VALSALUD

CONSENTIMIENTO Y DECLARATORIA
Fecha: 2023-01-23 Hora: 08:37:09

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA:

Este documento es propiedad exclusiva del titular de la historia clínica que en él figura en virtud de lo consignado en la resolución 1995 de 1999 que establece las normas para el manejo de historias clínicas generales y las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 para historias clínicas relacionadas con procesos de salud ocupacional. Para la protección y confidencialidad de la historia clínica del paciente este documento sólo podrá ser entregado a terceras personas o empresas con la autorización previa y escrita del titular de la historia.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN EN LA IPS Val-Salud

Declaro que asisto de manera voluntaria a la Institución Prestadora de Servicios de Salud Val-Salud para la realización de un Examen Médico Ocupacional y unas pruebas complementarias diagnósticas, que permitan establecer mi condición de salud y aptitud para el desempeño de la ocupación en la Empresa, de manera segura para mi integridad personal y la de terceros. Por ello, al firmar este documento, acepto conocer y entender las condiciones para someterme voluntariamente a la realización de los procedimientos. Me queda entendido que en caso de posteriormente no estar de acuerdo su realización, podré retirar este consentimiento para lo cual tendré que firmar el respectivo desistimiento.

Adicionalmente, se me ha informado que las Pruebas Complementarias o Ayudas Diagnósticas que se me podrían realizar, puede ser una o varias de las siguientes:

- Evaluación de mi capacidad visual mediante un examen realizado por Optómetra.
- Evaluación de mi capacidad respiratoria mediante una Espirometría.
- Evaluación de mi capacidad auditiva y/o de la voz por medio de un examen de Fonoaudiología.
- Evaluación de mi capacidad osteomuscular para el manejo de cargas o movimientos repetitivos
- Evaluación de mi capacidad mental mediante una Evaluación Psicológica.
- Examen para evaluar el consumo de sustancias psicoactivas.
- Toma de muestras de laboratorio.

Estas evaluaciones no representan en si mismas ningún riesgo que ponga en peligro mi integridad física o mental y no existe un riesgo especial previsible.
Cada evaluador está a su disposición para ampliarle la información de la prueba a realizar, por lo que le puede preguntar cualquier duda o inquietud que usted tenga.
El uso de su firma electrónica, se reglamenta según los criterios de Ley 527 de 1999 â€œPor medio de la cual se define y reglamenta el acceso y uso de los mensajes de datos, del comercio electrónico y de las firmas digitales, y se establecen las entidades de certificación y se dictan otras disposiciones." y el Decreto 2364 de 2012 "Por medio del cual se reglamenta el artículo 7 de la Ley 527 de 1999, sobre la firma electrónica y se dictan otras disposiciones", y acompaÃ±ado al uso de su imagen y huella dactilar, servirá como mecanismo para comprobar su identidad y ratificar de su voluntad de aceptación. Así entonces, se considera que usted acepta conocer y entender las condiciones para someterse voluntariamente a la realización de los procedimientos y queda entendido para nosotros que en caso de posteriormente no estar de acuerdo con alguno, podrá retirar este consentimiento.

Acepta que los documentos de la atención tengan su imagen, huella dactilar y firma electrónica según corresponda, ello entendiendo que garantizamos la reserva y confidencialidad de su información y que la misma es usada estrictamente para el proceso de su atención en el marco de la ejecución de las evaluaciones médicas ocupacionales y las normas referidas anteriormente.

DECLARATORIA DE ESTADO DE SALUD GENERAL Y ANTECEDENTES PERSONALES DE IMPORTANCIA

Para que el Médico Especialista en Salud en el Trabajo pueda evaluar su condición de salud y antecedentes de enfermedades, usted acepta y se compromete a suministrar información veraz y real sobre su condición de salud, a no decir mentiras ni ocultar datos o información que pudiese afectar los conceptos e intervenciones de los médicos. La información suministrada por usted puede ser usada para intervenir su condición de salud procurando su mejoramiento de acuerdo al Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la Empresa. Además, podrá ampliar al Médico lo que considere necesario.

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre CARLOS ALBERTO CIRO CASTAÑO
Documento: 7546292

Si ha padecido, padece o es tratado de alguna enfermedad o presenta algún tipo de incapacidad, relacionada con los siguientes aspectos, por favor marque con una "X" en la columna correspondiente a afirmativo (**SI**) o negativo (**NO**).

PATOLOGIA	Resp	PATOLOGIA	Resp	PATOLOGIA	Resp
1. En los últimos 12 meses ha asistido a una consulta médica o ha estado hospitalizado?	Si	2. Ha tenido alguna operación, transfusión de sangre, hospitalización, tratamiento o está en consulta por una enfermedad que le afecte o pueda afectar el desempeño de su trabajo?	No	3. Presenta secuelas de alguna enfermedad, cirugía o de un accidente?	No
4. Alguna vez ha tenido alergia respiratoria o en piel, asociada a: uso de medicamentos, consumo de alimentos, picaduras de insectos, contactos con productos químicos y detergentes, polvo u otro factor?	No	5. Ha presentado alguna enfermedad o accidente relacionado con su trabajo?	No	6. Está actualmente en tratamiento de alguna enfermedad o cirugía, o tiene pendiente algún examen diagnóstico, tratamiento médico, cirugía o procedimiento, o está en proceso de reclamación por algún evento que le afectó su salud en una Empresa, la EPS, la ARL o la AFP?	No
7. Tiene actualmente alguna incapacidad laboral, se encuentra en condición de discapacidad, es limitado en su movilidad, o se le ha calificado alguna merma de su capacidad laboral?	No	8. Consume actualmente alguna de las siguientes sustancias psicoactivas: Marihuana, bazuco, perico, cocaína, disolventes, pastillas o alcohol hasta quedar ebrio?	No	9. Presenta algún trastorno mental, psiquiátrico, psicológico, epilepsia o "ataques"?	No
10. Si es mujer, presenta o ha presentado alguna enfermedad ginecológica, de la pelvis o de las mamas, incluido dolores? o Tiene prótesis mamaria?	No	11. Actualmente toma medicamentos de cualquier tipo?	Si	12. Presenta o ha presentado adormecimiento, calambres, picadas o dolor en las manos?	No
13. Presenta o ha presentado dolor, enfermedad o tiene una cirugía en los hombros?	No	14. Presenta o ha presentado dolor, Enfermedad pérdida de la fuerza, cirugía en codos muñecas o manos, enfermedad de síndrome del túnel del carpo, tendinitis de la mano, muñecas o codos?	No	15. En las rodillas Presenta o ha presentado dolor, enfermedad, o dificultad para moverse, agacharse, caminar o para poder estar en cuclillas, o levantar cargas, cirugía en una o las 2 rodillas rodillas, piernas o caderas, secuelas de accidente deportivo, de trabajo o tránsito, o secuelas por alguna otra causa?	No

16. Ha presentado fractura de cualquier hueso o articulación del cuerpo? o Tiene actualmente insertados clavos, varillas, placas o cualquier tipo de material de osteosíntesis en algún hueso o articulación?	No	17. Presenta o ha tenido enfermedad, cirugía de la columna o espalda, limitaciones o dolor que le impidan movilizar o levantar cargas, estar en posición de pie o sentado por largo tiempo?	No	18. Presenta o ha presentado dolor, enfermedad o cirugía de brazos, antebrazo o codos?	No
19. Presenta o ha presentado una lesión de los ligamentos, meniscos o esguinces de rodilla?	Si	20. Presenta o ha presentado dolor, enfermedad, cirugía o limitaciones en las articulaciones?	No	21. Presenta o ha presentado enfermedad, cirugía de los ojos o tiene un déficit visual?	No
22. Presenta alguna enfermedad de los oídos o alguna deficiencia auditiva que no le permita oír bien?	No	23. Presenta o ha presentado trastornos del peso, enfermedades del metabolismo del azúcar (diabetes, hipoglicemia), o de las grasas (colesterol, triglicéridos altos o dislipidemia)?	Si	24. Tiene alguna enfermedad cardíaca como: soplos, infarto, trombosis, derrames, o le han realizado cirugía cardiovascular?	No
25. Tiene miedo a los espacios cerrados, que sean oscuros o estrechos (claustrofobia)?	No	26. Tiene actualmente miedo, pánico o temor anormal para realizar trabajos en alturas (acrofobia) o en socavones, aún con la protección necesaria y el entrenamiento adecuado?	No	27. Sufre de hipertensión arterial (presión alta), vértigos, mareos o enfermedades vasculares?	No
28. Sufre de alguna enfermedad infectocontagiosa que sea un riesgo en el trabajo?	No	29. Sufre o ha tenido alguna enfermedad respiratoria como infecciones, bronquitis, asma, rinitis alérgica, tuberculosis, laringitis, sinusitis; o tiene dificultad para usar protección respiratoria?	No	30. Presenta o ha presentado hernias en el abdomen (inguinal, umbilical o epigástrica)?	No
31. Presenta o ha presentado dificultades de cualquier tipo que le hayan afectado su capacidad de trabajo, su aptitud para desempeñar el trabajo o que le haya obligado a retirarse y buscar otro trabajo?	No	32. Tiene usted disponible su carnet de vacunación para revisión por el médico?	No		

VALSALUD SAS NIT. 900069014-5

Eleonora Diaz Palacios
C.C 31793523
Medico Especialista en salud ocupacional
Universidad Central del Valle
RES. 63-5179 de 2021
Fundacion Universitaria del Area Andina

CARLOS ALBERTO CIRO CASTAÑO
Documento: 7546292

Indice der

Escanee el código si desea verificar datos

Impreso por: sandra.hernandez
Fecha: 2023-01-23 Hora: 14:58

VALSALUD SAS NIT. 900069014-5

VALSALUD SAS NIT. 900069014-5

VALSALUD SAS NIT. 900069014-5

VALSALUD

EXAMEN DE OPTOMETRIA No. 7546292

Fecha: 2023-01-23

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA:

Este documento es propiedad exclusiva del titular de la historia clínica que en él figura en virtud de lo consignado en la resolución 1995 de 1999 que establece las normas para el manejo de historias clínicas generales y las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 para historias clínicas relacionadas con procesos de salud ocupacional. Para la protección y confidencialidad de la historia clínica del paciente este documento sólo podrá ser entregado a terceras personas o empresas con la autorización previa y escrita del titular de la historia.

1. INFORMACIÓN GENERAL



Empresa Usuaria:	INDEPENDIENTE	Actividad económica:	Servicios
Nombre:	CARLOS ALBERTO CIRO CASTAÑO	Documento:	7546292
Fecha de nacimiento:	1964-11-24	Lugar de nacimiento:	ARMENIA (QUINDIO)
Edad:	58 años	Género:	Masculino
Dirección actual:	CRA 12 # 2 NORTE 59 BLOQUE A APTO 203 TORRES DE ALCAZAR	Municipio:	
Teléfono:	3006184624	Escolaridad:	Secundaria_completa
Ocupación:	INSTRUCTOR SENA	EPS:	NO SABE
Responsable:	PIEDAD CARDOZO (ESPOSA)	Teléfono:	3186743020
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		

INFORMACIÓN OCUPACIONAL DEL PUESTO DE TRABAJO (Perfil del cargo)
INSTRUCTOR SENA

2. ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES - FAMILIARES DE IMPORTANCIA VISUAL Y OCULAR (P=Positivo, N=Negativo)

	Per.	Fam.		Per.	Fam.		Per.	Fam.		Per.	Fam.
1. Congénitos	N	N	4. Musculares	N	N	7. Autoinmunes	N	N	10. Cáncer	N	N
2. Quirurgicos	N	N	5. Tóxicos o alérgicos	N	N	8. Cardiovasculares	P	N	11. Tiroides	N	N
3. Traumáticos	N	N	6. Dermatológicos	N	N	9. Metabólicos	N	N	12. Otros	N	N

Antecedentes patológicos personales: .8. Enf. Cardiovascular (per): TRIGLICERIDOS

No refiere antecedentes patológicos familiares.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES - OCULARES Y VISUALES (P=Positivo, N=Negativo)

1. Congénitos	N	5. Patologías de los párpados	N	9. Patologías del iris	N	13. Patologías musculares	N
2. Quirúrgicos	N	6. Patologías de la conjuntiva	N	10. Patologías del cristalino	N	14. Patologías de la visión	N
3. Traumáticos	N	7. Patologías de la córnea	N	11. Patologías de la retina	N	15. Glaucoma	N
4. Infecciosas	N	8. Patologías cámara anterior	N	12. Patologías aparato lagrimal	N	16. Otras Patologías	N

Ampliación de antecedentes patológicos oculares y visuales: No refiere ningún antecedente de importancia de patología ocular o visual.

ANTECEDENTES PERSONALES SOBRE EL USO DE LENTES

Usa actualmente lentes?	Si	Desde qué edad usa lentes?	52
Tipo de lentes	Monofocal	Frecuencia de uso	Solo para la lectura
Último cambio de lentes?	36 meses	Trae los lentes al exámen?	Si

3. ANTECEDENTES DE EXPOSICION OCUPACIONAL DE IMPORTANCIA VISUAL

Ocupación(Ocup)-Factores de riesgo(Fr)-Tiempo de Exposición(Te)-Protección ocular(PO)
No refiere ningún antecedente de exposición ocupacional de importancia visual

4. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS OCUPACIONALES

Area afectada (AA) - Tipo de lesión (TL) - Tiempo en años (TO) - Secuelas (Sec)

No refiere ningún antecedente patológico ocupacional.

5. REVISION DE SINTOMATOLOGIA OCULAR O VISUAL ACTUAL

No refiere ninguna sintomatología de enfermedad ocular o visual actualmente.

6. EVALUACION DE LA VISION Y LOS OJOS

	VISIÓN LEJANA			VISIÓN CERCANA			
	Sin lentes	Con lentes	Agujero estenopeico		Sin lentes	Con lentes	Agujero estenopeico
Ojo derecho	20/30			Ojo derecho		0.75 m	
Ojo izquierdo	20/30			Ojo izquierdo		0.75 m	
Ambos ojos	20/30		No aplica	Ambos ojos		0.75 m	No aplica

Ampliación de hallazgos
La agudeza visual para cerca y lejos (monocular y binocularmente) está dentro de parámetros normales.

EXAMEN FISICO DE LOS OJOS Y ANEXOS (N=Normal, A=Anormal)

Cejas	N	Conjuntiva tarsal	N	Pupilas	N	Papila óptica	N
Pestañas	N	Conjuntiva bulbar	A	Cristalino	N	Mácula	N
Párpados	N	Córnea	N	Humor vitreo	N	Vasos sanguíneos	N

Aparato lagrimal	N	Cámara anterior	N	Retina	N	Coroides y Esclera	N
Órbita	N	Iris	N				

Ampliación de hallazgos:
Conjuntiva bulbar: Pterigio NASAL I BILATERAL / HIPEREMIA MODERADA

LENSOMETRIA

	Esfera	Cilindro	Eje
Ojo derecho			
Ojo izquierdo			
ADICION			

Ampliación de hallazgos
Se verifica que los lentes y la montura actual se encuentran en buen estado.

EXAMEN DEL PARALELISMO Y LA MOTILIDAD OCULAR (N=Normal, A=Anormal)

Reflejo de Hirschberg sin lentes	N	Cover test visión lejana sin lentes	N	Ducciones ojo derecho	N
Reflejo de Hirschberg con lentes	N	Cover test visión lejana con lentes	N	Ducciones ojo izquierdo	N
Versiones ojo derecho	N	Cover test visión cercana sin lentes	N	Punto próximo de convergencia con objeto real	N
Punto próximo de convergencia con luz	N	Cover test visión cercana con lentes	N	Versiones ojo izquierdo	N

Ampliación de hallazgos:
Las pruebas realizadas para evaluar el paralelismo, la motilidad ocular y la convergencia son normales.

QUERATOMETRIA
Ojo derecho: / X 0 grados
Ojo izquierdo: / X 0 grados
Anotaciones acerca de los resultados:
NA

REFRACCION
Tipo de retinoscopia realizada: Estática

	Esfera	Cilindro	Eje	Agudeza visual
Ojo derecho	-0.50			20/20
Ojo izquierdo	-0.50			20/20

SUBJETIVO

	Esfera	Cilindro	Eje	Agudeza visual
Ojo derecho	-0.50			20/20
Ojo izquierdo	-0.50			20/20

Visión cromática: Policromacia Normal
Estereopsis: 40 seg/arco

Ampliación de hallazgos:

7. CORRECCION OPTICA RECOMENDADA

	Esfera	Cilindro	Eje	AVL	AVC
Ojo derecho	-0.50			20/20	0.50 m
Ojo izquierdo	-0.50			20/20	0.50 m
Adición	2.75				

- Distancia pupilar:
- Distancia nasopupilar ojo derecho:
- Distancia nasopupilar ojo izquierdo:
- Altura bifocal:
- Filtro/Tratamiento:
- Material de los lentes:
- Uso recomendado de los lentes:
- Tipo de lentes recomendado:
- Remisli¿½n a la EPS:
- Control en la fecha: 0000-00-00 (AAAA-MM-DD)

8. DIAGNOSTICOS
Z010 - Exámen de ojos y de la visión
H524 - Presbicia
H521 - Miopía
H110 - Pterigión

9. CONCLUSIONES DEL EXAMEN OPTOMETRICO
Su capacidad visual actual es adecuada para el desempeño de su trabajo habitual gracias a la corrección que tiene

10. RECOMENDACIONES

Cuando trabaje con pantallas de video terminales, tenga en cuenta las siguientes recomendaciones: Parpadee cada 5 segundos o cada vez que lo recuerde; Aproximadamente cada 20 minutos de trabajo con el computador dirija su mirada a un punto lejano (6 metros); Cada 3 horas de trabajo en computador, cierre los ojos suavemente e imagine una visión panorámica, como el mar, durante un minuto; Sitúese siempre a por lo menos 40 cms. de la pantalla de videoterminal y evite reflejos molestos; Procure que el puesto de trabajo tenga adecuadas condiciones de iluminación, acorde con las exigencias del oficio.

-Debe actualizar la fórmula de corrección de los lentes

-Se recomienda usar lubricantes oftálmicos
-SE RECOMIENDA USO DE CORRECCION PERMANENTE CON PROTECCION UV

11. OBSERVACIONES FINALES

-Debe actualizar la fórmula de corrección de los lentes

-Se recomienda usar lubricantes oftálmicos
-SE RECOMIENDA USO DE CORRECCION PERMANENTE CON PROTECCION UV

VALSALUD SAS NIT. 900069014-5

Luz Maryori Lopez Henao
Optometra
TP 24695891
Reg 3902 CTNPO
Fundacion Universitaria Del Area Andina

Indice der

CARLOS ALBERTO CIRO CASTAÑO
Documento: 7546292

Escanee el código si desea verificar datos

Impreso por: sandra.hernandez
Fecha: 2023-01-23 Hora: 14:58

VALSALUD SAS NIT. 900069014-5

VALSALUD SAS NIT. 900069014-5

VALSALUD SAS NIT. 900069014-5

VALSALUD

EXAMEN DE AUDIOMETRIA DIGITAL No. 7546292

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA:

Este documento es propiedad exclusiva del titular de la historia clínica que en él figura en virtud de lo consignado en la resolución 1995 de 1999 que establece las normas para el manejo de historias clínicas generales y las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 para historias clínicas relacionadas con procesos de salud ocupacional. Para la protección y confidencialidad de la historia clínica del paciente este documento sólo podrá ser entregado a terceras personas o empresas con la autorización previa y escrita del titular de la historia.

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	INDEPENDIENTE	Fecha:	2023-01-23
Nombre:	CARLOS ALBERTO CIRO CASTAÑO	Documento:	7546292
Edad:	58 años	Género:	Masculino
Ocupación:	INSTRUCTOR SENA	Teléfono:	3006184624
Nivel de ruido en el puesto de trabajo:	Desconocido		



2. ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES (P=Positivo, N=Negativo)

Acufenos	N	Diabetes	N	Otitis media	N	Hipertensión arterial	N
Adenoidectomía	N	Epilepsia	N	Otorrea	N	Reumatológicos	N
Alergias	N	Labio y paladar hendido	N	Ototóxicos	N	Sordera familiar	N
Amigadalitis	N	Mareos	N	Patología infecciosa	N	Tabaquismo	N
Amigdalectomía	N	Meningitis	N	Patología viral	N	Vertigos	N
Cirugías de oido	N	Otalgia	N	Trauma craneo encefálico	N	Otros	N

Observaciones: No refiere patologías personales de importancia audiológica.

3. EXPOSICION AL RUIDO NO INDUSTRIAL

Audífonos Ocasional, Servicio militar (POLÍGONO)Trimestral.

4. EXPOSICION OCUPACIONAL AL RUIDO

Ocupación(Ocup)-Tiempo de exposición(Te)-Protección auditiva(PA)

Ocup: Instructor - Te: 168 Meses - Fr: Diariamente - PA: Ninguna

5. EVALUACIÓN DEL OIDO (N=Normal, A=Anormal)

Pabellón	N	Conductos	N	Timpanos	N	Lóbulos	N

Ampliación de hallazgos: Tapón de cerumen parcial bilateral

6. AUDIOMETRIA TONAL

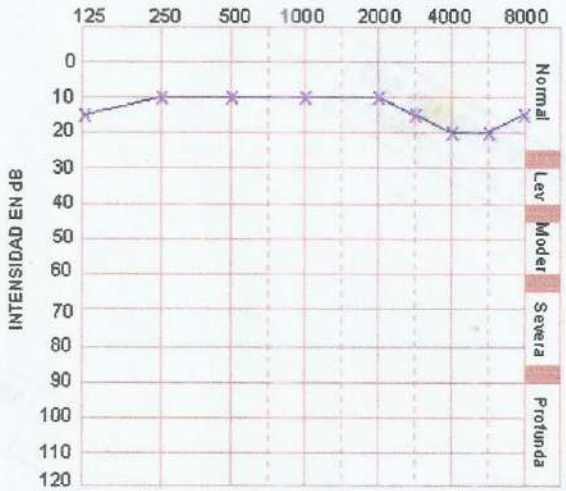
OIDO DERECHO

FRECUENCIA EN Hz



OIDO IZQUIERDO

FRECUENCIA EN Hz



	PROMEDIO (Frec. 500-1k-2k-3k)	CLASIFICACION ELI	INTERPRETACION
Oído derecho:	23	A	Normal excelente
Oído izquierdo:	11	A	Normal excelente

CLASIFICACION S.A.L.: B — Casi normal

PRESBIACUSIA: 29 dB

7. CONCEPTO AUDIOLOGICO

AUDIOMETRIA DE INGRESO:

Audición normal oído derecho con descenso leve en las frecuencias de 3000 y 8000 Hertz, vía aérea.

Audición normal oído izquierdo.

8. RECOMENDACIONES

Realizar control de acuerdo al programa de vigilancia epidemiológica de la empresa.
Utilizar protección auditiva adecuada en ambientes ruidosos laborales.
Solicitar en la EPS extracción del tapón auditivo.

VALSALUD SAS NIT. 900069014-5

Yulisa Muñoz Campo
Fonoaudiologa
Universidad del Cauca
Reg.1061818832

Indice der

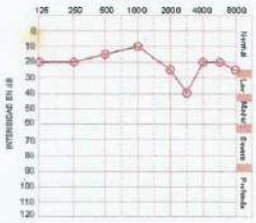
CARLOS ALBERTO CIRO CASTAÑO
Documento: 7546292

Escanee el código si desea verificar datos

ANEXO: RESULTADOS DE AUDIOMETRIAS ANTERIORES Vs ULTIMA AUDIOMETRIA

A continuación se presentan los audiogramas de evaluaciones anteriores que reposan en nuestro sistema para este usuario, con las fechas de realización y dos tablas con los resultados obtenidos en cada una de las frecuencias de prueba, así como el cambio en decibeles con la audiometría actual. Esto de acuerdo a lo establecido en el GATISO del Ministerio de la Protección Social, permite hacer el seguimiento de la variabilidad en cada una de las frecuencias.

OIDO DERECHO

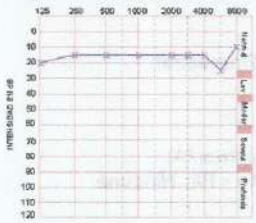


Audiometría realizada en **2019-10-08**								
Frec.	250	500	1K	2K	3K	4K	6K	8K
VA	20	15	10	25	40	20	20	25
VO	0	0	0	0	0	0		

Variación en dB con audiometría actual

Frec.	250	500	1K	2K	3K	4K	6K	8K
VA	0	0	-5	0	5	5	5	-10
VO	0	0	0	0	0	0		

OIDO IZQUIERDO



Audiometría realizada en **2019-10-08**								
Frec.	250	500	1K	2K	3K	4K	6K	8K
VA	15	15	15	15	15	15	25	10
VO	0	0	0	0	0	0		

Variación en dB con audiometría actual

Frec.	250	500	1K	2K	3K	4K	6K	8K
VA	5	5	5	5	0	-5	5	-5
VO	0	0	0	0	0	0		

Impreso por: sandra.hernandez
Fecha: 2023-01-23 Hora: 14:58

VALSALUD SAS NIT. 900069014-5

VALSALUD SAS NIT. 900069014-5

VALSALUD SAS NIT. 900069014-5

VALSALUD
NIT: 900069014-5

RESULTADOS

FECHA: 2023-01-23 HORA: 08:07:12

7546292

GLUCOSA EN SUERO

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA:

Este documento es propiedad exclusiva del titular de la historia clínica que en él figura en virtud de lo consignado en la resolución 1995 de 1999 que establece las normas para el manejo de historias clínicas generales y las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 para historias clínicas relacionadas con procesos de salud ocupacional. Para la protección y confidencialidad de la historia clínica del paciente este documento sólo podrá ser entregado a terceras personas o empresas con la autorización previa y escrita del titular de la historia.



NOMBRE:	CARLOS ALBERTO CIRO CASTAÑO	**DOCUMENTO:**	7546292	**EDAD:**	58.18 Años
DIRECCIÓN:	CRA 12 # 2 NORTE 59 BLOQUE A APTO 203 TORRES DE ALCAZAR ARMENIA	**TELÉFONO:**	3006184624	**F.Nacimiento:**	1964-11-24
EMPRESA:	INDEPENDIENTE			**GENERO:**	M

ANALISIS	RESULTADO	V.REFERENCIA
Suero o Plasma, tecnica enzimatica colorimetrica	mg/dL 96	70-110 mg/mL

VALSALUD SAS NIT. 900069014-5

Responsable: Maria Elena Muriel Salazar
Bacteriologa
Reg 640-1989
Pontificia Universidad Javeriana

CARLOS ALBERTO CIRO CASTAÑO

Indice der

Escanee el código si desea verificar datos

Calle 4 NORTE No. 13 - 66 - Armenia-Quindio PBX: 745 58 19
www.valsalud.com valsalud@gmail.com

VALSALUD SAS NIT. 900069014-5

VALSALUD SAS NIT. 900069014-5

VALSALUD SAS NIT. 900069014-5

VALSALUD
NIT: 900069014-5

RESULTADOS

FECHA: 2023-01-23 HORA: 08:07:12

7546292

PERFIL LIPIDICO

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA:

Este documento es propiedad exclusiva del titular de la historia clínica que en él figura en virtud de lo consignado en la resolución 1995 de 1999 que establece las normas para el manejo de historias clínicas generales y las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 para historias clínicas relacionadas con procesos de salud ocupacional. Para la protección y confidencialidad de la historia clínica del paciente este documento sólo podrá ser entregado a terceras personas o empresas con la autorización previa y escrita del titular de la historia.



NOMBRE:	CARLOS ALBERTO CIRO CASTAÑO	**DOCUMENTO:**	7546292	**EDAD:**	58.18 Años
DIRECCIÓN:	CRA 12 # 2 NORTE 59 BLOQUE A APTO 203 TORRES DE ALCAZAR ARMENIA	**TELÉFONO:**	3006184624	**F.Nacimiento:**	1964-11-24
EMPRESA:	INDEPENDIENTE			**GENERO:**	M

ANALISIS	RESULTADO	V.REFERENCIA
COLESTEROL TOTAL Interpretación según recomendaciones de la Sociedad Europea de Ateroesclerosis Intervalo ideal: <200 mg/dL Intervalo Límite: 200-240 mg/dL Colesterol Alto: >240 mg/dL TECNICA:Método enzimático colorimétrico	TXT 211	0 - 200 mg/dL
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL) TECNICA: Método enzimático colorimétrico 3a generación	TXT 38	Hombres:35-120 mg/dL Mujeres:45-120 mg/dL
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD (LDL) Rango cercano a lo optimo: <100 mg/dL Limite normal alto: 130-159 mg/dL Valor elevado: 160-189 mg/dL Limite muy alto: >190 mg/dL TECNICA: Método enzimático colorimétrico	TXT 130.6	-
TRIGLICERIDOS Interpretación según recomendaciones de la Sociedad Europea de Ateroesclerosis Límite normal alto: 150-199 mg/dL Límite Alto: 200-499 mg/dL Límite muy Alto: >500 mg/dL TECNICA: Método enzimático colorimétrico	TXT 212	0 - 150 mg/dL
VLDL (colesterol de muy baja densidad	TXT 42.4	menor de 30 mg/dL

Observaciones: TRIGLICERIDOS CONFIRMADOS

VALSALUD SAS NIT. 900069014-5

Responsable: Maria Elena Muriel Salazar
Bacteriologa
Reg 640-1989
Pontificia Universidad Javeriana

CARLOS ALBERTO CIRO CASTAÑO

Indice der

Escanee el código si desea verificar datos

VALSALUD SAS NIT. 900069014-5

VALSALUD SAS NIT. 900069014-5

VALSALUD
NIT: 900069014-5

RESULTADOS DE PRUEBA PSICOLOGICA

FECHA: 2023-01-23

7546292

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA:

Este documento es propiedad exclusiva del titular de la historia clínica que en él figura en virtud de lo consignado en la resolución 1995 de 1999 que establece las normas para el manejo de historias clínicas generales y las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 para historias clínicas relacionadas con procesos de salud ocupacional. Para la protección y confidencialidad de la historia clínica del paciente este documento sólo podrá ser entregado a terceras personas o empresas con la autorización previa y escrita del titular de la historia.



PACIENTE:	CARLOS ALBERTO CIRO CASTAÑO	**DOCUMENTO:**	7546292	**EDAD:**	58 Años
DIRECCIÓN:	CRA 12 # 2 NORTE 59 BLOQUE A APTO 203 TORRES DE ALCAZARARMENIA	**TELÉFONO:**	3006184624	**GENERO:**	M
ESCOLARIDAD:	Secundaria_completa	**CATEGORIA DE LICENCIA:**	N/A		

BLOQUE	Resultados	NumeroPreguntas	Calificación
Transtornos amnesicos y otros transtornos congnoscitivos	3	3	Aprobado
Control de impulsos	3	3	Aprobado
Transtorno limitrofe de la personalidad	3	3	Aprobado
Transtorno de personalidad por evitacion	3	3	Aprobado
Transtorno relacionado con sustancias	4	4	Aprobado
Esquizofrenia	3	3	Aprobado
Narcisista	2	3	Aprobado
Ansiedad	3	3	Aprobado
Paranoide	3	3	Aprobado
Transtornos del estado de ánimo	3	3	Aprobado
Dependiente	3	3	Aprobado
Esquizoide	3	3	Aprobado
Transtornos por comportamiento perturbador	3	3	Aprobado
Disociativa	3	3	Aprobado
Antisocial	3	3	Aprobado
Obsesivo Compulsivo	3	3	Aprobado
Transtornos del sueño	3	3	Aprobado
Histrionico	3	3	Aprobado
Adaptativo	3	3	Aprobado
Transtornos mentales debido a enfermedad médica	2	2	Aprobado
Transtornos del desarrollo intelectual	5	5	Aprobado

Observaciones: El evaluado cuenta con unas adecuadas aptitudes mentales, lo que le permite realizar con éxito determinada labor y hacer frente a los Factores de Riesgo Psicosociales, protegiendo así su salud mental.

VALSALUD SAS NIT. 900069014-5

Claudia Ceron F

Responsable: Claudia Patricia Ceron Fernandez
Psicologo Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
Corporacion Universitaria Empresarial Alexander Von Humboldt
Res. 63-00966 / 20/02/2020
Universid

Indice der

CARLOS ALBERTO CIRO CASTAÑO

Escanee el código si desea verificar datos

VALSALUD SAS NIT. 900069014-5

Hace constar:

Que el Sr(a) CARLOS ALBERTO CIRO CASTAÑO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 7546292 realizó el día 11/02/2023 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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

Compromiso SST:

Yo CARLOS ALBERTO CIRO CASTAÑO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 7546292 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

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 CIRO CASTAÑO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 7546292 el día 11/02/2023 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

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

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **CARLOS ALBERTO CIRO CASTAÑO** con **CC** No. **7546292**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
Contratante: NI 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	**Fecha de última cobertura:** 24/01/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 24/01/2023 **Fecha fin de Contrato:** 15/12/2023 **Clase de Riesgo:** 1 **Cargo :** INSTRUCTOR **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301012330032.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 12 días del mes de febrero de 2023.

Cordialmente

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_06

Certificado Bancario

Martes, 3 de enero de 2023

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que CARLOS ALBERTO CIRO CASTAÑO identificado(a) con CC 7546292, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	75617286351	2004/04/07	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.

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:
ARMENIA	ARMENIA	60	60-46-101002261	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO	HORAS	DÍA	MES	AÑO	HORAS: *	TIPO MOVIMIENTO:
25	01	2023	25	01	2023	00:00	15	04	2024	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	CIRO CASTANO CARLOS ALBERTO			IDENTIFICACIÓN:	C.C. :7,546,292
DIRECCIÓN:	BLOQUE 2 APTO 203 TORRES DEL A	CIUDAD:	ARMENIA - QUINDIO	TELÉFONO:	3006184624

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA			IDENTIFICACIÓN:	NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN:	CRA. 18 4-2	CIUDAD:	ARMENIA - QUINDIO	TELÉFONO:	5461500
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.4464764 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA EN LA MODALIDAD PRESENCIAL Y/O VIRTUAL CONFORME A LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS EN EL CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO DEL SENA REGIONAL QUINDÍO, ATENDIENDO LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES Y LA NORMATIVA VIGENTE.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	25/01/2023	15/04/2024	$ 4,298,190.00

ACLARACIONES:

entidad contratante Sena regional Quindio grupo de apoyo administrativo mixto

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
$ 21,008.14	$ 8,000.00	$ 5,511.55	$ 34,519.69	$ 4,298,190.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO
PATRIMONIO SEGURO AGEN	184497	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. 14 NO. 14 N - 30 PISO 1 - TELÉFONO: 7358800 - ARMENIA

60-46-101002261
FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Powered by CamScanner

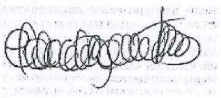
SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

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

Hacemos constar, que la póliza No. 60-46-101002261, 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 ARMENIA, a los 25 días del mes de Enero de 2023



FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Powered by CamScanner

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: RECIBO DE PAGO N° 60461010022610

FECHA	
CONTADO	
RECIBIMOS DE:	CIRO CASTANO CARLOS ALBERTO C.C. C.C. :7,546,292
LA SUMA DE:	TREINTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS DIECINUEVE CON SESENTA Y NUEVE CENTAVOS PESOS M/CTE
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 60-46-101002261

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
ARMENIA - CU. ESTATAL - 101002261 - 0 - 0	$ 21,008.14	$ 8,000.00	$ 5,511.55	$ 34,519.69

FORMA DE PAGO

	EFECTIVO:	$ 34,519.69
	CHEQUE:	$ 0.00
	TARJETA:	$ 0.00
	BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO: PATRIMONIO SEGURO AGEN - 184497	OTROS:	$ 0.00
	TOTAL:	$ 34,519.69
	CAJERO: RAPIESTADO	

ORIGINAL

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: RECIBO DE PAGO N° 60461010022610

FECHA	
CONTADO	
RECIBIMOS DE:	CIRO CASTANO CARLOS ALBERTO C.C. C.C. :7,546,292
LA SUMA DE:	TREINTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS DIECINUEVE CON SESENTA Y NUEVE CENTAVOS PESOS M/CTE
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 60-46-101002261

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
ARMENIA - CU. ESTATAL - 101002261 - 0 - 0	$ 21,008.14	$ 8,000.00	$ 5,511.55	$ 34,519.69

FORMA DE PAGO

	EFECTIVO:	$ 34,519.69
	CHEQUE:	$ 0.00
	TARJETA:	$ 0.00
	BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO: PATRIMONIO SEGURO AGEN - 184497	OTROS:	$ 0.00
	TOTAL:	$ 34,519.69
	CAJERO: RAPIESTADO	

COPIA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Powered by CamScanner

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

PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.60-46-101002261

1. AMPAROS.

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ SEGUROESTADO 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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Powered by CamScanner

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

3. SUMA ASEGURADA.

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

4. VIGENCIA.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. COMPENSACIÓN.

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

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

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

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

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

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

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

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

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

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

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

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

13. COASEGURO

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Powered by CamScanner

SISTEMA NACIONAL DE RECAUDOS

SEGUROS DEL ESTADO S.A. Nit. 860009578-6 — irecaudo

Nro. de Referencia de Pago	30000044455931
Fecha de Emisión	25/01/2023

		Fecha de Pago		
		DIA	MES	AÑO
Consignado Por:	CIRO CASTANO CARLOS ALBERTO			
Valor a Pagar:	$34.519,00			
Cantidad de Documentos a Pagar	1	Fecha Vencimiento Boleta	30/01/2023	

CLIENTE

Debe tener sello y firma de entidad recaudadora para que tenga validez de comprobante de pago

Lugares de Pag Grupo Éxito (Carulla Éxito, Surtimax) | Cajeros ATH | Edeq | Colsubsidio | MovilRed | Copidrogas |

Recuerde llevar los comprobantes separados para pago en Banco

SISTEMA NACIONAL DE RECAUDOS

SEGUROS DEL ESTADO S.A. Nit. 860009578-6 — irecaudo

Nro. de Referencia de Pago	30000044455931
Fecha de Emisión	25/01/2023

Nombre de quién realiza la consignación:	Fecha de Pago		
	DIA	MES	AÑO
CIRO CASTANO CARLOS ALBERTO			
Teléfono:	TOTAL A PAGAR	$34.519,00	

(415)7709998021167(8020)30000044455931(3900)00000000034519(96)20230130

BANCO - CHEQUE

Debe tener sello y firma de entidad recaudadora para que tenga validez de comprobante de pago

Lugares de Pag Grupo Éxito (Carulla Éxito, Surtimax) | Cajeros ATH | Edeq | Colsubsidio | MovilRed | Copidrogas |

Recuerde llevar los comprobantes separados para pago en Banco

MARTES Y JUEVES DIA SIN BOLSA
EXITO UNIARMENIA.
COMPRA Y RECOGE TEL 3054829046

712499 PAGUEST SEGUR DEL 34.519
Factura: 30000044455931
**** SUBTOTAL/TOTAL >>>> $ 34.519
EFECTIVO 50.000

FACTURAS APROBADAS
Fac.30000044455931 Aprob:035987 BANCO:0052
CAMBIO 15.481

DISCRIMINACION TARIFAS IVA

TARIFA	COMPRA	BASE/IMP.	IVA
0%	34519	34519	0
TOTAL=	34519	34519	0

>> MAPA:1369 ID:2023012-5152833
Vr.POS:243 Motor:7.1.10#232
TOTAL ARTICULOS COMPRADOS = 1
RETENEDOR IMPUESTO IVA
SISTEMA P.O.S : BE16 112
RES.DIAN# 18764041819263 VIG 18 MESES
DEL 23/12/2022 AL 22/06/2024
RANG.AUT BE16 1 AL BE16 1000000
Toshiba Global Commerce Solutions
(Colombia) S.A.S NIT 900545074-9
SuperMarket Application
Almacenes Exito S.A. NIT 890.900.608-9
AUTORRETENEDOR RES.8825 DE 16/NOV/2016
PARA RECLAMOS LLAMAR AL 018000428800
RESPONSABLE DE IVA- GRAN CONTRIBUYENTE

25/ENE/2023 15:29 0065 11 0187 0460

2TJ6R

ENE 25 2023 15:29:11 REMICT 9.45
EXITO UNICENTRO
CCO UNICENTRO LOC 1-09
CORRESPONSAL
BANCO AV VILLAS
C.UNICO: 0013388574 TER: IZ092814
C.BANC: 0052
ID CAJERO: 0004960460
RECIBO: 044761 RRN: 060412
RECAUDO APRC: 035987
SERVICIO: 4361
FACTURA: 00000000003000044455931
** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA
RECAUDO $ 34.519

BANCO AV VILLAS es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros por su cuenta.
Para reclamos comuníquese al:
01 8000518000
CONSERVE ESTA TIRILLA COMO SOPORTE.
*** CLIENTE ***