SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL ANTIOQUIA**
**CENTRO PARA EL DESARROLLO DEL HABITAT Y LA CONSTRUCCION-ANTIOQUIA - SERVICIOS PRES**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **5** |
| **Código Centro** | **920310** |
| **Fecha Elaboración** | **28 de Febrero de 2023** |
| **Versión** | **ENERO 2023 - 1,23** |
| **ID de Proceso** | **41257-030985** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | BERNARDO IVAN MUÑOZ MONCAYO | **C.C.** | 98.396.422 | **IP/Nº de contacto** | 84260 |
| **Correo electrónico contratista:** | bimunoz@sena.edu.co | | | | |

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

**Banco al cual consignar:** BANCO CAJA SOCIAL **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

**Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000:** NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 24050657368

**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:** 4585590/2023 **Nº Compromiso SIIF** **13923**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 41.445.232 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 41.445.232 | **1** | **Del** | **15/02/2023** | **Al** | **28/02/2023** | **$ 2.044.995,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 39.400.237 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

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

INSTRUCTOR 5_9203_ 162 IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL MEDIANTE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR, PARA ORIENTAR FORMACIÓN TITULADA Y COMPLEMENTARIA EN LOS DISTINTOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN DE LA OFERTA

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 2.044.995 | | 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** | **$ 2.044.995** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 1.127.846** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | Febrero | Enero |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **0000000000** |
| **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 $ 511.248 | $ - | |
| 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 | $ 204.500 | |
| Salud hasta $ 678.592 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 2.792.123 | $ 375.949 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 1.127.846,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 1.714.395,00 | |
| 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 | 8.180,00 | 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** | **$2.036.815,00** | |

**SON: DOS MILLONES TREINTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Etapa de inducción , reuniones generales y con el equipo ejecutor , inicio de formación fichas asignadas.
Se orienta formación en las siguientes tecnologías : Decoración de espacios interiores y dibujo y modelado
Todas las actividades e instrumentos de evaluación que desarrolle durante la formación del mes, las he creado acorde a las guías aprendizaje y al proyecto formativo de cada tecnología siguiendo lo establecido en el desarrollo curricular del centro de formacion
se ha impartido formación profesional de manera integral de conformidad con lo establecido en la normatividad
Responder por el buen uso de los materiales, equipos y demás elementos de la institución puestos bajo mi cuidado
manteniendo actualizado el portafolio de evidencias del instructor en el LMS, el cual debe contener plan de trabajo concertado
y el seguimiento al portafolio de evidencias del aprendiz según procedimiento de ejecución de la formación profesional integral.

**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.

**BERNARDO IVAN MUÑOZ MONCAYO**
**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,

**CARLOS ALBER LONDOÑO SARRAZOLA**
**INSTRUCTOR G20**

**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**

**MARIA ELICENIA QUINTERO CARDONA**
**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)**

# ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

**Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud**

**Resultados de la consulta**

## Información Básica del Afiliado :

| COLUMNAS | DATOS |
|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | CC |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 98396422 |
| NOMBRES | BERNARDO IVAN |
| APELLIDOS | MUÑOZ MONCAYO |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | ANTIOQUIA |
| MUNICIPIO | MEDELLIN |

## Datos de afiliación :

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. | CONTRIBUTIVO | 01/11/2019 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

| Fecha de Impresión: | 02/18/2023 16:41:37 | Estación de origen: | 192.168.70.220 |
|---|---|---|---|

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

**Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.**

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del**

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**BERNARDO IVAN MUÑOZ MONCAYO,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **98.396.422**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 de Febrero del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14897225005

(415)7707212489984(8020) 000001489722500 5

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

## 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 | 98396422 | 1995 05 30 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Nariño 5 2 | Pasto 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| MUÑOZ | MONCAYO | BERNARDO | IVAN |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 3 A 24 A 08

42. Correo electrónico: bimdideco@hotmail.com

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

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 7 4 9 0 | 2 0 2 2 0 7 2 5 | 7 4 1 0 | 2 0 0 5 1 2 1 2 | | | 3 4 7 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código 4 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

| Obligados aduaneros | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Exportadores | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
| 54. Código | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 2023 - 02 - 18 / 16 : 02: 12

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 MUÑOZ MONCAYO BERNARDO IVAN
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

*CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS*

Medellín, 18 de febrero de 2023

Señores
**SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)**
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **T.I.** | **1080045114** | **JUAN ESTEBAN MUÑOZ BRAVO** | **HIJO** |

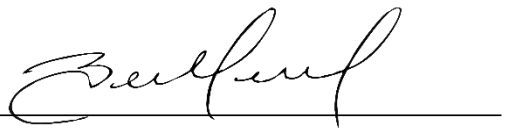
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud dela normatividad arriba citada.

Igualmente con mi firma declaro: que **NINGUNA PERSONA** ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,



FIRMA

Nombre: Bernardo Iván Muñoz Moncayo

C.C. 98396422 de Pasto

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 | 65-46-101034090 | 0 |

| FECHA EXPEDICIÓN: | | | VIGENCIA DESDE: | | | A LAS: | VIGENCIA HASTA: | | | A LAS: | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DÍA: | MES: | AÑO: | DÍA: | MES: | AÑO: | HORAS: | DÍA: | MES: | AÑO: | HORAS: | TIPO MOVIMIENTO: |
| 14 | 02 | 2023 | 14 | 02 | 2023 | 00:00 | 20 | 04 | 2024 | 23:59 | EMISIÓN ORIGINAL |

### DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | | IDENTIFICACIÓN: | |
|---|---|---|---|
| MUÑOZ MONCAYO BERNARDO IVAN | | | C.C. :98,396,422 |
| DIRECCIÓN: | CIUDAD: | | TELÉFONO: |
| CR 3 A 24 A 08 | PASTO - NARIÑO | | 3177023950 |

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

| ASEGURADO/BENEFICIARIO: | | IDENTIFICACIÓN: | |
|---|---|---|---|
| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENACENTRO PARA EL DESARROLLO DEL HABITAT Y LA CONSTRUCCION CDHC REGIONAL ANTIOQUIA | | | NIT. :899,999,034-1 |
| DIRECCIÓN: | CIUDAD: | | TELÉFONO: |
| DIAGONAL 104 # 69 - 120 | MEDELLIN - ANTIOQUIA | | 4442800 |
| 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.4585590 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: 5_9203_ 162 IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL MEDIANTE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR, PARA ORIENTAR FORMACIÓN TITULADA Y COMPLEMENTARIA EN LOS DISTINTOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN DE LA OFERTA REGULAR Y DEMÁS PROGRAMAS DEL 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 | 14/02/2023 | 20/04/2024 | $ 4,144,523.20 |

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 | $ 4,144,523.20 | 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 OFICI

Bernardo Muñoz

65-46-101034090

FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

FIRMA TOMADOR



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. 65-46-101034090, 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 14 días del mes de Febrero de 2023



FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

## SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que:

RECIBO DE PAGO N°: 65461010340900

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

RECIBIMOS DE: MUÑOZ MONCAYO BERNARDO IVAN — C.C. C.C. :98,396,422

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

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 65-46-101034090

| SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA | PRIMA | GASTOS EXPEDICION | IVA | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| MEDELLIN - CU. ESTATAL - 101034090 - 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.
NIT. 860.009.578-6

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que:

RECIBO DE PAGO N°: 65461010340900

FECHA
CONTADO

RECIBIMOS DE: MUÑOZ MONCAYO BERNARDO IVAN — C.C. C.C. :98,396,422

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

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 65-46-101034090

| SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA | PRIMA | GASTOS EXPEDICION | IVA | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| MEDELLIN - CU. ESTATAL - 101034090 - 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. 860.009.578-6

# PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
## SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.65-46-101034090

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

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.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

CUFE: 7a98534a3bcc19f41611245a9cd1ee96049266f5551aacb396c008e7c34fb6248bc738b1545c0083092ab5f2e0c88d48

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578

Factura Electrónica
De Venta

N°. 65G-168393

Grandes Contribuyentes
RESPONSABLES DE IVA
Agente Retenedor de I.V.A.
Código CIIU 6511

Fecha: 14 02 2023

Hora: 00:00:00

Somos Gran Contribuyente de ICA para Bogotá según Resolución Número DDI-023769 29 de noviembre de 2021.
Resolución Dían No. 18764026603413. Fecha de vigencia desde 2022/03/14 hasta 2023/09/14 Con Prefijo 65G, Desde 112773 A 500000.
Autoriza DE 112773 AL 500000

**Fecha validación Dian:**2023/02/15 8:13:59

La factura no es constancia del recaudo o pago de la póliza

| | |
|---|---|
| **Razón Social:** | MUÑOZ MONCAYO BERNARDO IVAN |
| **Cédula de ciudadanía:** | 98396422 |
| **Dirección:** | CR 3 A 24 A 08 |
| **Teléfono:** | 3177023950 |
| **E-mail:** | BIMDIDECO@HOTMAIL.COM |

| No. | Cód Ramo Comercial | Descripción | Unidad | Cantidad | Valor Uni | Valor |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 46 | POLIZA DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL ONLINE - 65 - 101034090 | unidad | 1 | 28.000 | 28.000 |

**Total** 1

Observaciones:

Valor en letras: SON: TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS

| | |
|---|---|
| Subtotal | 28.000,00 |
| Impoconsumo | 0.00 |
| IVA | 5.320,00 |
| Total | 33.320,00 |

Forma de Pago: Contado

Medio de Pago: Efectivo

Firma Autorizada

IFactura Transfiriendo
Proveedor Tecnológico Autorizado DIAN Nit: 900.032.159-4

Referencia pago
1101261779869-3

(415)7709998021167(8020)11012617798693(3900)000000033320(96)20240214

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 **BERNARDO IVAN MUÑOZ MONCAYO** con **CC** No. **98396422**, 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:** 09/02/2023<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 09/02/2023<br>**Fecha fin de Contrato:** 19/12/2023<br>**Clase de Riesgo:** 5<br>**Cargo :** INSTRUCTOR<br>**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): 202301012525889.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 18 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

## Hace constar:

Que el Sr(a) BERNARDO IVAN MUÑOZ MONCAYO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 98396422 realizó el día 18/02/2023 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 BERNARDO IVAN MUÑOZ MONCAYO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 98396422 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) BERNARDO IVAN MUÑOZ MONCAYO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 98396422 realizó el día 18/02/2023 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) BERNARDO IVAN MUÑOZ MONCAYO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 98396422 realizó el día 18/02/2023 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) BERNARDO IVAN MUÑOZ MONCAYO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 98396422 realizó el día 18/02/2023 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) BERNARDO IVAN MUÑOZ MONCAYO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 98396422 el día 18/02/2023 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

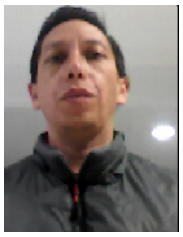
Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

# CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2023-02-02

## 1. INFORMACIÓN GENERAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| Empresa Usuaria: | BERNARDO IVAN MUÑOZ MONCAYO | Actividad económica: | Educación |
| Nombre: | BERNARDO IVAN MUÑOZ MONCAYO | Documento: | CC 98396422 |
| Fecha de nacimiento: | 1977-03-14 | Lugar de nacimiento: | Pasto (Narino) |
| Edad: | 45 años | Género: | Masculino |
| Estado civil: | Casado | No. hijos vivos: | 1 |
| Dirección actual: | CRA 3 NO 24A-08 BR VILLA RECREO | Municipio: | PASTO |
| Teléfono: | 3177023950 | Escolaridad: | Universitario_completo |
| Ocupación: | INTRUCTOR | EPS: | Sanitas |
| AFP: | Porvenir | ARL: | Positiva |
| Responsable**: | MONICA ANDREA BRAVO (ESPOSA) | Teléfono: | 3226058827 |
| 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:

1. Vacuna:Covid-19 - Dosis 2 - Ultima dosis: 2022/01/14, Sinovac dos dosis

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

| | |
|---|---|
| Visiometría: | NO APLICA. |
| Audiometría: | Su capacidad auditiva está disminuida en forma bilateral. |
| Espirometría computarizada: | Su capacidad respiratoria es adecuada para la ocupación |

## CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a BERNARDO IVAN MUÑOZ MONCAYO con documento de identificación No. 98396422 se considera no presenta restricciones para desempeñar la ocupación de INTRUCTOR del sector económico Educación

## 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.
2. CLASIFICACIÓN EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA CARDIOVASCULAR FRAMINGHAM: De acuerdo a la información disponible y el examen realizado se clasifica como RIESGO BAJO.
3. Uso de EPP auditivo en caso de exposición a ruido, audiometrías anuales, autocuidado auditivo.
4. Uso de corrección óptica permanente, autocuidado visual.

## 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 defecto de refracción por Optómetra.
2. Estilos de vida saludables.

## CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

## OBSERVACIONES FINALES

Valoracion con énfasis Respiratorio y Neurológico: Sin alteraciones.

PRUEBA COMPLEMENTARIA DE ELECTROCARDIOGRAMA (EKG) BASAL PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA CARDIOVASCULAR: El trazado electrocardiográfico muestra ritmo y morfología de apariencia normal.

RESULTADO DE EXAMEN DE LABORATORIO CLINICO PARA SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA: El examen de Laboratorio Clínico realizado presenta el siguiente resultado: - Citoquímico de Orina: Resultado dentro de valores límites normales.

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

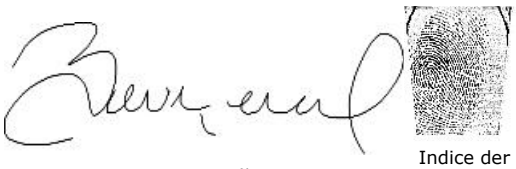
enfermedad. En caso de presentar algún síntoma al respecto, será pertinente que se le haga una nueva valoración médica en su Entidad de Salud. Por todo lo anterior se recomienda implementar las medidas generales y específicas según proceso productivo y sector económico, en el marco del Programa de Bioseguridad 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.



Carmen Elena Lopez Arevalo
Medica u. Cooperativa
Esp. en SST
U. de Nariño
Licencia S.O. N. 1209-2017



Indice der
BERNARDO IVAN MUÑOZ MONCAYO
Documento: 98396422

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: johana.tapia
Fecha: 2023-02-04 Hora: 10:40

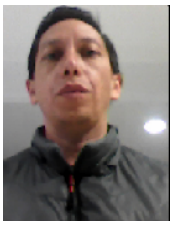
# ESPIROMETRÍA CLÍNICA OCUPACIONAL No. 98396422

Fecha: 2023-02-04

## 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: | BERNARDO IVAN MUÑOZ MONCAYO | Actividad económica: | Educación |
| Nombre: | BERNARDO IVAN MUÑOZ MONCAYO | Documento: | 98396422 |
| Fecha de nacimiento: | 1977-03-14 | Lugar de nacimiento: | Pasto (Narino) |
| Edad: | 45 años | Género: | Masculino |
| Dirección actual: | CRA 3 NO 24A-08 BR VILLA RECREO | Municipio: | PASTO |
| Teléfono: | 3177023950 | Escolaridad: | Secundaria_completa |
| Ocupación: | INTRUCTOR | EPS: | Sanitas |
| Responsable: | MONICA ANDREA BRAVO (ESPOSA) | Teléfono: | 3226058827 |
| Acompañante: | El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante. | | |

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

## 2. ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE IMPORTANCIA RESPIRATORIA (Personales-Familiares)

| | Per. | Fam. | | Per. | Fam. | | Per. | Fam. | | Per. | Fam. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Congénitos respiratorios | N | N | Tóxicos o alergicos | N | N | Vía respiratoria inferior | N | N | Neumoconiosis | N | N |
| Quirúrgicos respiratorios | N | N | Rinitis | N | N | Cardiovasculares | N | N | Autoinmunes | N | N |
| Traumáticos respiratorios | N | N | Vía respiratoria superior | N | N | Metabólicos | N | N | Infecciosas | N | N |
| Musculares | N | N | Asma | N | N | Cáncer | N | N | Otras | N | N |
| Reflujo gastroesofágico | N | N | EPOC/Bronquitis crónica | N | N | TBC | N | N | Neumonía | N | N |
| COVID | N | N | | | | | | | | | |

Antecedentes patológicos personales: No refiere antecedentes personales de patologías o cirugías de importancia para el sistema respiratorio.
No refiere antecedentes de patologías de importancia para el sistema respiratorio en su familia.

TRATAMIENTO ACTUAL: No refiere tratamiento actual para ninguna patología respiratoria.

## 3. ANTECEDENTES DE EXPOSICIÓN OCUPACIONAL DE IMPORTANCIA RESPIRATORIA

No refiere ningun antecedente de exposición ocupacional de importancia respiratoria

## 4. CUESTIONARIO DE SINTOMAS RESPIRATORIOS SOCIEDAD AMERICANA DEL TORAX

No refiere ningun signo o sintoma respiratorio interrogado en encuesta de sintomas respiratorios Sociedad Americana del Torax

## 5. REVISION DE SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA ACTUAL

No refiere ninguna sintomatología de enfermedad respiratoria actualmente.

## 6. HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA (SALUDABLES Y DE RIESGO PARA LA SALUD)

| HABITO | TIPO | FRECUENCIA | TIEMPO |
|---|---|---|---|
| Deportes | Baloncesto | Semanal | Hace 20 años |
| Tabaquismo: | | No Fuma | |

## 7. EXAMEN FISICO RESPIRATORIO (N=Normal, A=Anormal)

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Apariencia | Sano | Peso (Kilos) | 56 | Talla cms. | 162 | Índice Masa Corporal | | | 21.3 |
| Cabeza | N | Cuello | N | Tórax | N | Pulmonar | N | | |

Ampliación de hallazgos: Al examen físico no se encuentra ningún hallazgo patológico o anormal.

## 8. PRINCIPALES VALORES OBTENIDOS DE LA ESPIROMETRÍA

| | ESPIROMETRIA ACTUAL | | | COMPARATIVO ESPIRO ANTERIOR | | ESPIROMETRIA POST BD | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PARÁMETRO | LLN | VALOR OBTENIDO | RESULTADO | VALOR OBTENIDO | COMPARATIVO % CAMBIO | VALOR OBTENIDO POST BROCODILATADOR | PORCENTAJE DE CAMBIO |
| FVC | 3.21 | 147 | Normal | | 100 % | | % |
| FEV1 | 2.59 | 126 | Normal | | 100 % | | % |
| FEV1/FVC | 85 % | % | Normal | NA | NA | % | % |

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ELA | NA | 45 años | NA | NA | NA | NA | NA |

**Informe de calidad:** A
**Duración en segundos de la mejor curva:** 6 segundos

Ampliación: La prueba se realiza sin el uso de broncodilatador

## 9. INTERPRETACIÓN DE LA ESPIROMETRÍA

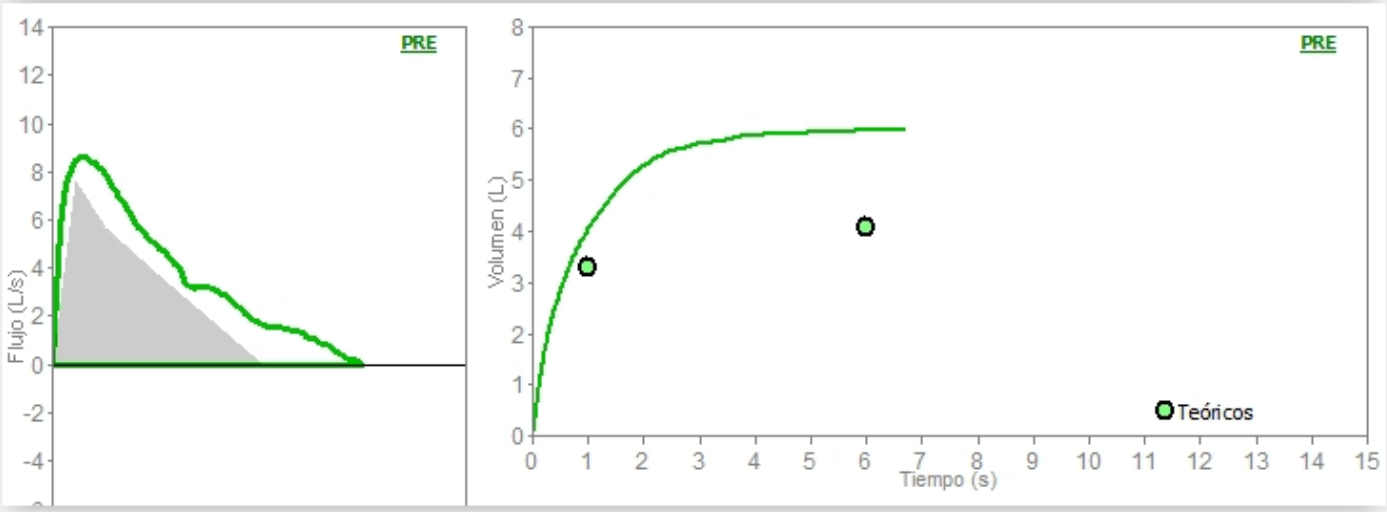
Resultado: **Espirometria de esfuerzo dentro de parametros normales** Clasificación de la gravedad: **No aplica** Mejor % FEV1 obtenido: **126**

## 9.1. COMPARACIÓN CON ESPIROMETRÍA ANTERIOR

No se cuenta con espirometria anterior para realizar comparacion

## 11. RECOMENDACIONES

1. El ejercicio aeróbico regular, al menos 5 veces a la semana, en sesiones de al menos media hora, está asociado a una mejora en el estado físico y es un elemento para la prevención de patologías cardiovasculares y respiratorias, por lo que le recomendamos la practica de trote, caminata enérgica, natación, ciclismo u otra actividad deportiva, acorde con su estado de salud y estilo de vida..




**Fecha prueba PRE 2/02/2023 2:38:24 p. m.**

| Parámetros | | LLN | Teór. | Best | %Teór. | Z-score | PRE #1 | PRE #2 | PRE #3 | POST | %Teór. | %Cam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FVC | L | 3,21 | 4.08 | 6,01* | 147 | 3.62 | 6,01 | | | * | | |
| FEV1 | L | 2,59 | 3.29 | 4,15* | 126 | 2.11 | 4,15 | | | * | | |
| FEV1/FVC | % | 70,1 | 80.9 | 69,1* | 85 | -1.78 | 69,1 | | | * | | |
| PEF | L/s | 4,21 | 7.63 | 8,73* | 114 | 0.53 | 8,73 | | | * | | |
| ELA | años | | 45 | 45 | 100 | | 45 | | | | | |
| FEF2575 | L/s | 1,82 | 3.25 | 2,94 | 90 | -0.32 | 2,94 | | | | | |
| FEV1/VC | % | 70,1 | 80.9 | | | | | | | | | |

*Mejores valores de todas las curvas - BTPS 1,092 25 °C (77 °F) - Teóricos GLI Caucasian

**Informe médico**

ANGELICA ISABEL IBARRA
TERAPEUTA RESPIRATORIA
REGISTRO N. 76-6368

Indice der

BERNARDO IVAN MUÑOZ MONCAYO
Documento: 98396422

Escanee el código si desea verificar datos

**Carrera 28 No 17 - 39 CENTRO PISO 5 EDIFICIO TABAREC PASTO - NARINO** **PBX: (574) 722 88 67**
www.kumarasst.com info@kumarasst.com

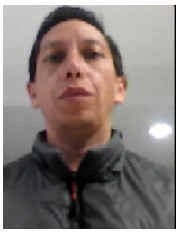
Impreso por: johana.tapia
Fecha: 2023-02-04 Hora: 10:42

# EXAMEN DE AUDIOMETRIA DIGITAL No. 98396422


## 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: | BERNARDO IVAN MUÑOZ MONCAYO | Fecha: | 2023-02-02 |
| Nombre: | BERNARDO IVAN MUÑOZ MONCAYO | Documento: | 98396422 |
| Edad: | 45 años | Género: | Masculino |
| Ocupación: | INTRUCTOR | Teléfono: | 3177023950 |
| 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

Conducción de vehículos Ocasional, Uso de moto Ocasional, Músico Ocasional.

## 4. EXPOSICION OCUPACIONAL AL RUIDO

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

No refiere antecedentes de importancia de exposición ocupacional a ruido

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

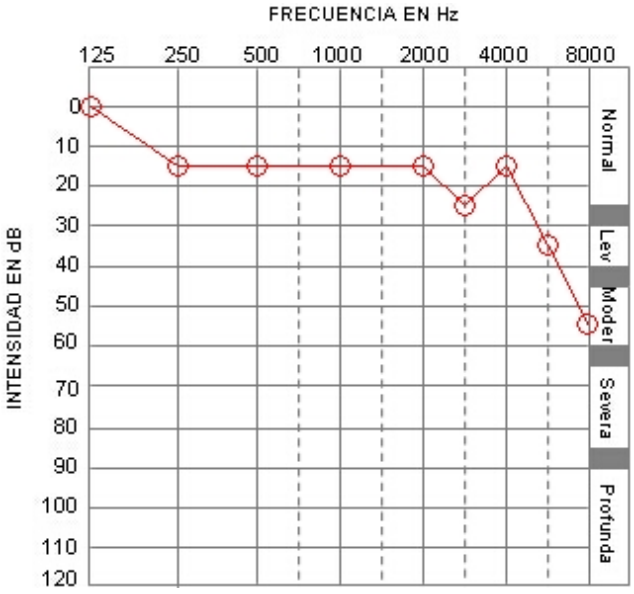
| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pabellón | N | Conductos | A | Tímpanos | N | Lóbulos | N |

Ampliación de hallazgos:

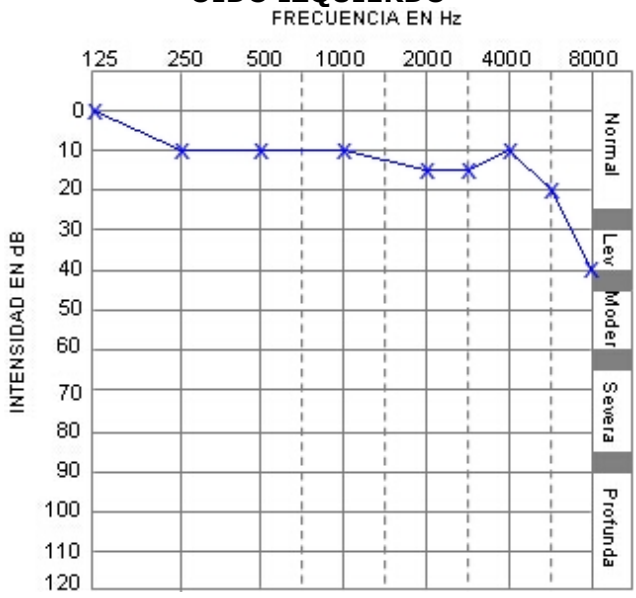
Conductos: Tapón de cerumen completo bilateral

## 6. AUDIOMETRIA TONAL

**OIDO DERECHO**




**OIDO IZQUIERDO**




| | PROMEDIO (Frec. 500-1k-2k-3k) | CLASIFICACION ELI | INTERPRETACION |
|---|---|---|---|
| Oído derecho: | 18 | A | Normal excelente |
| Oído izquierdo: | 13 | A | Normal excelente |

CLASIFICACION S.A.L.: B Casi normal

PRESBIACUSIA: 15 dB

## 7. CONCEPTO AUDIOLOGICO

AUDIOMETRIA DE INGRESO.
Audición normal oído derecho con descenso leve y moderado en las frecuencias de 6000 y 8000 Hertz.
Audición normal oído izquierdo con descenso leve en la frecuencia de 8000 Hertz.

## 8. RECOMENDACIONES

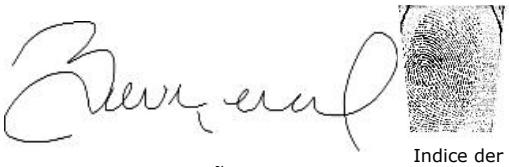
Solicitar en la EPS extracción del tapón auditivo.
Se sugiere conducir el vehículo con la ventanilla cerrada.
Se dan recomendaciones y limpieza y cuidado auditivo.

## 9. OBSERVACIONES FINALES

En el sistema no registran audiometrias, que permitan realizar correlación.



MARIA ANDREA BENAVIDES JIMENEZ
FONOAUDIOLOGA
UNIVERSIDAD DEL CAUCA
REG. 19-09107



Indice der

BERNARDO IVAN MUÑOZ MONCAYO
Documento: 98396422

Escanee el código si desea verificar datos

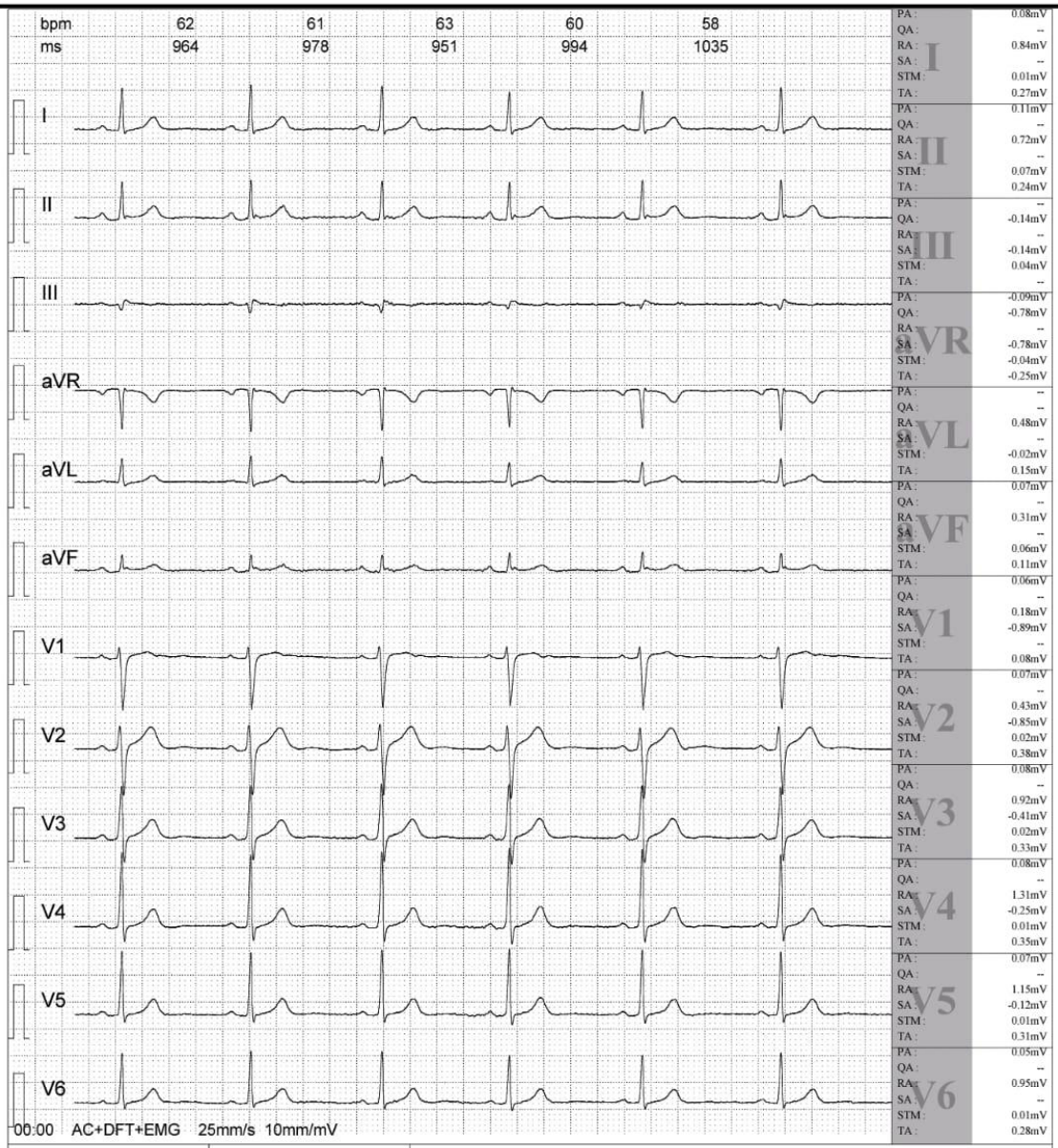


Impreso por: johana.tapia
Fecha: 2023-02-04 Hora: 10:41

# ECG

Name: BERNARDO IVAN MUÑOZ MONCAYO  Cli No.:98396422  Sex:Male  Age:45Y  SN:0000147

Section:  CaseNo.:  BedNo.:  Date:02/02/2023 08:51:02




| | | | |
|---|---|---|---|
| Frequency: | 1000Hz | QT Interval: | 368ms |
| Sample Time: | 133s | QTc Interval: | 382ms |
| HR: | 65bpm | P Axis: | 41.10¡ã |
| P Interval: | 81ms | QRS Axis: | 29.90¡ã |
| QRS Interval: | 87ms | T Axis: | 30.30¡ã |
| T Interval: | 201ms | RV5/SV1 | 1.15/0.89mV |
| PR Interval: | 157ms | RV5+SV1 | 2.04mV |

DIAGNOSTICO:

Ritmo sinusal normal

CARDIOLOGO: DR. EGAR MARTINEZ

Kumara
Seguridad y Salud en el Trabajo

## EXAMEN DE OPTOMETRIA No. 98396422

Fecha: 2022-07-22



### 1. INFORMACIÓN GENERAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| Empresa Usuaria: | BERNARDO IVAN MUÑOZ MONCAYO | Actividad económica: | Educación |
| Nombre: | BERNARDO IVAN MUÑOZ MONCAYO | Documento: | 98396422 |
| Fecha de nacimiento: | 1977-03-14 | Lugar de nacimiento: | Pasto (Narino) |
| Edad: | 45 años | Género: | Masculino |
| Dirección actual: | CRA 3 NO 24A-08 BR VILLA RECREO | Municipio: | PASTO |
| Teléfono: | 3177023950 | Escolaridad: | Secundaria_completa |
| Ocupación: | INTRUCTOR | EPS: | NO SABE |
| Responsable: | MONICA ANDREA BRAVO (ESPOSA) | Teléfono: | 3226058827 |
| Acompañante: | El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante. | | |

CORRECCION OPTICA RECOMENDADA

| | Esfera | Cilindro | Eje | AVL | AVC |
|---|---|---|---|---|---|
| Ojo derecho | Neutro | -3.50 | 45 grados | 20/30 | 1.00 m |
| Ojo izquierdo | Neutro | | | 20/20 | 0.50 m |
| Adición | | | | | |

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

CLAUDIA MARIA VASQUEZ GUERRERO
OPTOMETRA ESP. LENTES DE CONTACTO
UNIVERSIDAD DE LA SALLE
REG. N. 1769

Indice der

BERNARDO IVAN MUÑOZ MONCAYO
Documento: 98396422

Escanee el código si desea verificar datos



Impreso por: marcela.munoz
Fecha: 2022-07-22 Hora: 15:13

Powered by CamScanner

laboratorio clínico especializado ltda.

60025371

Página : 1 De : 1
No. Autorizacion :
Fecha Registro : 2022-07-22 07:10:36
Fecha Impresión : 2022-07-22 11:06:23.
C.Costo : CONSULTA EXTERNA
Identificación : CC 98396422
Edad/Sexo : 45 A / MASCULINO
Telefonos : 3177023950 -

Paciente : BERNARDO IVAN MUÑOZ MONCAYO
Direccion : CR 3 A 24 A 08 VILLA RECREO
Entidad : KUMARA SST
Médico : PARTICULAR

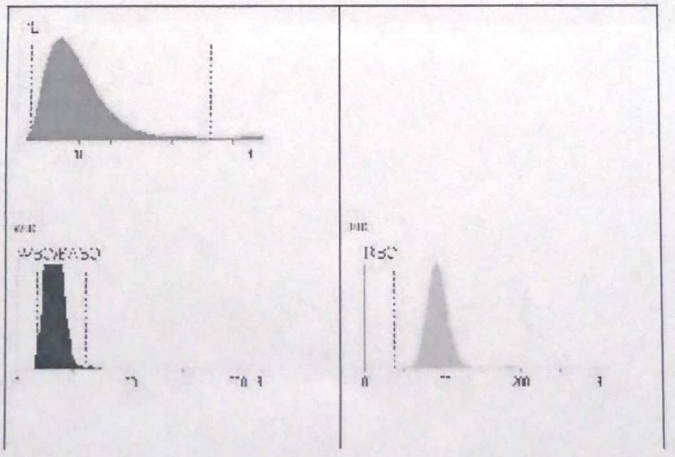
## HEMATOLOGIA

RESULTADO:

| ANALISIS | RESULTADO | UNIDADES | VALORES DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento de Eritrocitos | 5.02 | | 4.2 - 5.8 x10^6/mm^3 |
| Hemoglobina | 16.6 | | Hom. 14.5-16.5 Muj. 12.0-15.0 g/dl |
| Hematocrito | 48.9 | | Hom. 40 - 50 Muj. 35 - 45 % |
| Volumen Corpuscular Medio | 97.4 | | 80 - 97 fl |
| HB Corpuscular Media | 33.1 | | 26.5 - 33.5 pg |
| Concentración HB Corpuscular Media | 34.0 | | 31.0 - 38.0 g/dl |
| Ancho Distribución Eritrocitaria | 11.5 | | 11.5 - 15.0 % |
| Recuento de Plaquetas | 267 | | 150 - 450 x10^3/mm^3 |
| Volumen Plaquetario Medio | 9.6 | | 6.0 - 10.0 fl |
| Ancho Distribución Plaquetaria | 15.8 | | 10 - 18 fl |
| Plaquetocrito | 0.256 | | 0.10 - 0.5 % |
| Recuento de Leucocitos | 6.81 | | 4.5 - 10.0 x10^3mm^3 |
| % Granulocitos | 54.5 | | 43.0 - 78.0 % |
| % Linfocitos | 35.8 | | 17.0 - 48.0 % |
| % Monocitos | 3.7 | | 4.0 - 10.0 % |
| % Eosinofilos | 5.4 | | 0.1 - 5.0 % |
| % Basofilos | 0.6 | | 0.0 - 2.0% |
| # Granulocitos | 3.71 | | x10^3mm^3 |
| # Linfocitos | 2.44 | | x10^3mm^3 |
| # Monocitos | 0.25 | | x10^3mm^3 |
| # Eosinofilos | 0.37 | | x10^3mm^3 |
| # Basofilos | 0.04 | | x10^3mm^3 |

OBSERVACIONES: **SIN ALTERACIONES MORFOLOGICAS EVIDENTES EN LAS LINEAS CELULARES.**

Fecha / Hora Validado : 2022-07-22 / 09:10



Revisado Por:

SARA RECALDE MORILLO
BACTERIOLOGA
C.C 30735192

Paola Isabel Salazar C

PAOLA ISABEL SALAZAR CIFUENTES
BACTERIOLOGA
T.P 1089031196



Powered by CamScanner

laboratorio clínico especializado ltda.

60025371



No. Autorizacion :
Fecha Registro : 2022-07-22 07:10:36
Fecha Impresión : 2022-07-22 11:06:23.

Paciente : BERNARDO IVAN MUÑOZ MONCAYO
Direccion : CR 3 A 24 A 08 VILLA RECREO
Entidad : KUMARA SST
Médico : PARTICULAR

C.Costo : CONSULTA EXTERNA
Identificación : CC 98396422
Edad/Sexo : 45 A / MASCULINO
Telefonos : 3177023950 -

| ANALISIS | RESULTADO | UNIDADES | VALORES DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| **QUIMICA** | | | |
| **COLESTEROL TOTAL** | | | |
| RESULTADO : | **208** | mg/dl | Hasta 200 mg/dl |
| Fecha / Hora Validado : 2022-07-22 / 10:14 | | | |
| **COLESTEROL ALTA DENSIDAD - HDL** | | | |
| RESULTADO: | **60.8** | mg/dl | 40 - 60 mg/dl |
| Fecha / Hora Validado : 2022-07-22 / 10:14 | | | |
| **FRACCION LDL** | | | |
| RESULTADO: | **134.06** | mg/dl | 0 - 150 mg/dl |
| Fecha / Hora Validado : 2022-07-22 / 10:14 | | | |
| **TRIGLICERIDOS** | | | |
| RESULTADO: | **66.0** | mg/dl | Hasta 150 mg/dl |
| Fecha / Hora Validado : 2022-07-22 / 10:14 | | | |
| **FRACCION VLDL** | | | |
| RESULTADO: | **13.2** | mg/dl | 5 - 40 mg/dl |
| Fecha / Hora Validado : 2022-07-22 / 10:14 | | | |
| **INDICE ARTERIAL** | | | |
| RESULTADO: | **3.42** | | Hasta 5 |
| Fecha / Hora Validado : 2022-07-22 / 10:14 | | | |



Powered by CamScanner

laboratorio clínico
especializado ltda.

60025371

Página : 2 De : 2
No. Autorizacion :
Fecha Registro : 2022-07-22 07:10:36
Fecha Impresión : 2022-07-22 11:06:23.

Paciente : BERNARDO IVAN MUÑOZ MONCAYO
Direccion : CR 3 A 24 A 08 VILLA RECREO
Entidad : KUMARA SST
Médico : PARTICULAR

C.Costo : CONSULTA EXTERNA
Identificación : CC 98396422
Edad/Sexo : 45 A / MASCULINO
Telefonos : 3177023950 -

| ANALISIS | RESULTADO | UNIDADES | VALORES DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| **QUIMICA** | | | |
| **GLUCOSA** | | | |
| RESULTADO: | **90** | mg/dl | 70 - 100 mg/dl |

Fecha / Hora Validado : 2022-07-22 / 10:15

LUZ DELIA PORTILLA GIRALDO
BACTERIOLOGA
C.C. 59824982

Nit. 891.224.312-8
www.laboratorioclinicoespecializado.com

Edificio Tabarec - Carrera 28 No. 17-39
Tels: (57) (2) 729 0452 - 722 2487 - Cel: 312 6339181 - 321 7259346
San Juan de Pasto - Colombia

Powered by CamScanner

laboratorio clínico especializado ltda.

60028336



No. Autorizacion :
Fecha Registro : 2023-02-02 08:28:58
Fecha Impresión : 2023-02-04 09:36:31.

**Paciente** : BERNARDO IVAN MUÑOZ MONCAYO
**Direccion** : CR 3 A 24 A 08 VILLA RECREO
**Entidad** : KUMARA SST
**Médico** : PARTICULAR

**C.Costo** : CONSULTA EXTERNA
**Identificación** : CC 98396422
**Edad/Sexo** : 45 A / MASCULINO
**Telefonos** : 3177023950 -

| ANALISIS | RESULTADO | UNIDADES | VALORES DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| **ORINAS** | | | |
| **UROANALISIS** | | | |
| **ANALISIS FISICO QUIMICO** | | | |
| COLOR: | **AMARILLO** | | |
| ASPECTO: | **LIGERAMENTE TURBIO** | | |
| PH: | **5.5** | | |
| DENSIDAD: | **1.025** | | |
| GLUCOSA: | **Negativo** | | |
| PROTEINAS: | **Negativo** | | |
| CETONAS: | **Negativo** | | |
| BILIRRUBINAS: | **Negativo** | | |
| UROBILINOGENO: | **Normal 0.2 mg/dL** | | |
| NITRITOS: | **Negativo** | | |
| SANGRE (HEMOGLOBINA): | **Negativo** | | |
| LEUCOCITOS: | **Negativo** | | |
| **ANALISIS MICROSCOPICO** | | | |
| CELULAS EPITELIALES BAJAS: | **0 - 5** | x C | |
| LEUCOCITOS: | **6 - 10** | /AP | |
| ERITROCITOS EUMORFOS: | **NO SE OBSERVA** | /AP | |
| BACTERIAS: | **Escasas** | | |
| MOCO: | **1 +** | | |
| CRISTALES: | **NEGATIVO** | | |
| CILINDROS: | **NEGATIVO** | | |
| **OTROS:** | | | |

**OBSERVACIONES:**

Fecha / Hora Validado : 2023-02-02 / 11:37

laboratorio clínico especializado ltda.

60028336



**No. Autorizacion** :
**Fecha Registro** : 2023-02-02 08:28:58
**Fecha Impresión** : 2023-02-04 09:36:31.

**Paciente** : BERNARDO IVAN MUÑOZ MONCAYO
**Direccion** : CR 3 A 24 A 08 VILLA RECREO
**Entidad** : KUMARA SST
**Médico** : PARTICULAR

**C.Costo** : CONSULTA EXTERNA
**Identificación** : CC 98396422
**Edad/Sexo** : 45 A / MASCULINO
**Telefonos** : 3177023950 -

| ANALISIS | RESULTADO | UNIDADES | VALORES DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|

**ORINAS**

Paola Isabel Salazar C.

PAOLA ISABEL SALAZAR CIFUENTES
BACTERIOLOGA
T.P 1089031196

laboratorio clínico
especializado ltda.

60025371

Página : 1 De : 1
No. Autorizacion :
Fecha Registro : 2022-07-22 07:10:36
Fecha Impresión : 2022-07-22 11:06:23.
C.Costo : CONSULTA EXTERNA
Identificación : CC 98396422
Edad/Sexo : 45 A / MASCULINO
Telefonos : 3177023950 -

Paciente : BERNARDO IVAN MUÑOZ MONCAYO
Direccion : CR 3 A 24 A 08 VILLA RECREO
Entidad : KUMARA SST
Médico : PARTICULAR

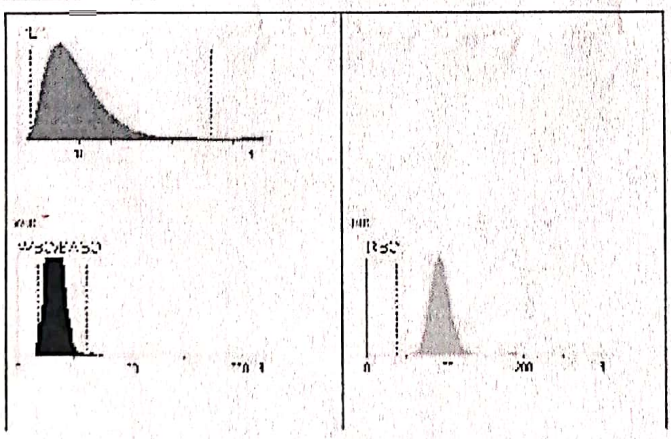
## HEMATOLOGIA

RESULTADO:

| ANALISIS | RESULTADO | UNIDADES | VALORES DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento de Eritrocitos | 5.02 | | 4.2 - 5.8 x10^6/mm^3 |
| Hemoglobina | 16.6 | | Hom. 14.5-16.5 Muj. 12.0-15.0 g/dl |
| Hematocrito | 48.9 | | Hom. 40 - 50 Muj. 35 - 45 % |
| Volumen Corpuscular Medio | 97.4 | | 80 - 97 fl |
| HB Corpuscular Media | 33.1 | | 26.5 - 33.5 pg |
| Concentración HB Corpuscular Media | 34.0 | | 31.0 - 38.0 g/dl |
| Ancho Distribución Eritrocitaria | 11.5 | | 11.5 - 15.0 % |
| Recuento de Plaquetas | 267 | | 150 - 450 x10^3/mm^3 |
| Volumen Plaquetario Medio | 9.6 | | 6.0 - 10.0 fl |
| Ancho Distribución Plaquetaria | 15.8 | | 10 - 18 fl |
| Plaquetocrito | 0.256 | | 0.10 - 0.5 % |
| Recuento de Leucocitos | 6.81 | | 4.5 - 10.0 x10^3mm^3 |
| % Granulocitos | 54.5 | | 43.0 - 78.0 % |
| % Linfocitos | 35.8 | | 17.0 - 48.0 % |
| % Monocitos | 3.7 | | 4.0 - 10.0 % |
| % Eosinofilos | 5.4 | | 0.1 - 5.0 % |
| % Basofilos | 0.6 | | 0.0 - 2.0% |
| # Granulocitos | 3.71 | | x10^3mm^3 |
| # Linfocitos | 2.44 | | x10^3mm^3 |
| # Monocitos | 0.25 | | x10^3mm^3 |
| # Eosinofilos | 0.37 | | x10^3mm^3 |
| # Basofilos | 0.04 | | x10^3mm^3 |

OBSERVACIONES: **SIN ALTERACIONES MORFOLOGICAS EVIDENTES EN LAS LINEAS CELULARES.**

Fecha / Hora Validado : 2022-07-22 / 09:10



Revisado Por:

SARA RECALDE MORILLO
BACTERIOLOGA
C.C 30735192

Paola Isabel Salazar C

PAOLA ISABEL SALAZAR CIFUENTES
BACTERIOLOGA
T.P 1089031196



Escaneado con CamScanner

laboratorio clínico especializado ltda.

60025371



No. Autorizacion :
Fecha Registro : 2022-07-22 07:10:36
Fecha Impresión : 2022-07-22 11:06:23.

Paciente : BERNARDO IVAN MUÑOZ MONCAYO
Direccion : CR 3 A 24 A 08 VILLA RECREO
Entidad : KUMARA SST
Médico : PARTICULAR

C.Costo : CONSULTA EXTERNA
Identificación : CC 98396422
Edad/Sexo : 45 A / MASCULINO
Telefonos : 3177023950 -

| ANALISIS | RESULTADO | UNIDADES | VALORES DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| **QUIMICA** | | | |
| **COLESTEROL TOTAL** | | | |
| RESULTADO : | **208** | mg/dl | Hasta 200 mg/dl |
| Fecha / Hora Validado : 2022-07-22 / 10:14 | | | |
| **COLESTEROL ALTA DENSIDAD - HDL** | | | |
| RESULTADO: | **60.8** | mg/dl | 40 - 60 mg/dl |
| Fecha / Hora Validado : 2022-07-22 / 10:14 | | | |
| **FRACCION LDL** | | | |
| RESULTADO: | **134.06** | mg/dl | 0 - 150 mg/dl |
| Fecha / Hora Validado : 2022-07-22 / 10:14 | | | |
| **TRIGLICERIDOS** | | | |
| RESULTADO: | **66.0** | mg/dl | Hasta 150 mg/dl |
| Fecha / Hora Validado : 2022-07-22 / 10:14 | | | |
| **FRACCION VLDL** | | | |
| RESULTADO: | **13.2** | mg/dl | 5 - 40 mg/dl |
| Fecha / Hora Validado : 2022-07-22 / 10:14 | | | |
| **INDICE ARTERIAL** | | | |
| RESULTADO: | **3.42** | | Hasta 5 |
| Fecha / Hora Validado : 2022-07-22 / 10:14 | | | |



Escaneado con CamScanner

laboratorio clínico
especializado ltda.

60025371

Página : 2 De : 2
No. Autorizacion :
Fecha Registro : 2022-07-22 07:10:36
Fecha Impresión : 2022-07-22 11:06:23.

Paciente : BERNARDO IVAN MUÑOZ MONCAYO
Direccion : CR 3 A 24 A 08 VILLA RECREO
Entidad : KUMARA SST
Médico : PARTICULAR

C.Costo : CONSULTA EXTERNA
Identificación : CC 98396422
Edad/Sexo : 45 A / MASCULINO
Telefonos : 3177023950 -

| ANALISIS | RESULTADO | UNIDADES | VALORES DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| **QUIMICA** | | | |
| **GLUCOSA** | | | |
| RESULTADO: | **90** | mg/dl | 70 - 100 mg/dl |

Fecha / Hora Validado : 2022-07-22 / 10:15

Luz Portilla G

LUZ DELIA PORTILLA GIRALDO
BACTERIOLOGA
C.C. 59824982



Escaneado con CamScanner

laboratorio clínico
especializado ltda.

60025371



No. Autorizacion :
Fecha Registro : 2022-07-22 07:10:36
Fecha Impresión : 2022-07-22 11:06:23.

Paciente : BERNARDO IVAN MUÑOZ MONCAYO
Direccion : CR 3 A 24 A 08 VILLA RECREO
Entidad : KUMARA SST
Médico : PARTICULAR

C.Costo : CONSULTA EXTERNA
Identificación : CC 98396422
Edad/Sexo : 45 A / MASCULINO
Telefonos : 3177023950 -

| ANALISIS | RESULTADO | UNIDADES | VALORES DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| **QUIMICA** | | | |
| **GLUCOSA** | | | |
| RESULTADO: | **90** | mg/dl | 70 - 100 mg/dl |

Fecha / Hora Validado : 2022-07-22 / 10:15

Luz Portilla G

LUZ DELIA PORTILLA GIRALDO
BACTERIOLOGA
C.C. 59824982



Escaneado con CamScanner

Banco Caja Social
Su banco amigo.

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

**HACE CONSTAR:**

Que el (los) cliente(s)

BERNARDO IVAN MUNOZ MONCAYO Identificado con CC 98396422

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina CALLE 20 PASTO, con las siguientes características:

**Cuentamiga**

| | |
|---|---|
| **Número:** | 24050657368 |
| **Fecha de apertura:** | 5 de Febrero de 2015 |
| **Condiciones de uso:** | Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector |
| **Estado:** | Cuenta activa |

VIGILADO | Banco Caja Social

Esta constancia se expide con destino a QUIEN PUEDA INTERESAR , realizada en la Oficina 0435 CALLE 20 PASTO de la ciudad de PASTO, el día Martes 24 de Enero de 2023.

Cordialmente,

**Vicepresidencia de Banca Masiva**

Medellín. 18 de febrero de 2023

Doctora
María Elicenia Quintero Cardona
Subdirectora (e)
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(s) suscrito(s) 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;



BERNARDO IVAN MUÑOZ MONCAYO
C.C 98396422 de Pasto (N)