SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL META
CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION

Código Regional	**50**
Código Centro	**953210**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**27750-983188**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	GINA DEL CARMEN CHAVEZ SILVA	**C.C.**	40.443.355	**IP/Nº de contacto**	0
Correo electrónico contratista:	gchavezs@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** 24049647929

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: 4555596/2023 **Nº Compromiso SIIF** **11423**

Valor Total del Contrato	$ 22.650.372	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 22.650.372	**1**	**Del**	**06/02/2023**	**Al**	**28/02/2023**	**$ 2.894.214,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 19.756.158		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

CO1.PCCNTR.4555596;PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ORIENTAR ACCIONES DE FORMACIÓN EN LOS PROGRAMAS REGULAR OFERTADOS POR EL CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META, DE ACUERDO A LOS PERFILES PROFESIONALES Y DISEÑO CURRICULAR

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.894.214		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	**$ 2.894.214**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.922.711**		**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	----------	**9446093430**
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 V	$ -	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 723.553	$ -	
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	$ 640.904	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

		TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.922.711,00	
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.563.614,00	
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	10.254,00	0,400%
-	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	**$2.883.960,00**	

SON: DOS MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS SESENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1.Se realizó programación de acuerdo a la designación fichas y horas por parte de coordinación académica, asociación fichas Sofía Plus
2.Se realizó la solicitud de la asociación de fichas en Sofía plus y reporte formato Gantt eventos para carga de tiempos en Sofía Plus
3.Se impartió formación presencial de las competencias Ética y Comunicativos en las fichas asignadas 2673820; 2673848; 2620032; 25622
4.Se realizó creación del portafolio de evidencias del instructor requerida en la Guía Desarrollar Procesos Formativos GFPI-F-013
5.Se realizó planeación pedagógica y desarrollo de los encuentros de formación presencial en las fichas asignadas
6.Diseño de actividades de aprendizaje, construcción de guías de aprendizaje de las fichas y búsqueda de material de consulta
7. Se realizó revisión y calificación de las evidencias con la respectiva retroalimentación en la plataforma Territorium
8. Se realizó revisión y calificación de las evidencias con la respectiva retroalimentación en la plataforma Territorium
9.Se evaluaron los resultados de aprendizaje de los aprendices que cumplieron con las evidencias propuestas en la guía de aprendizaje.

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.

GINA DEL CARMEN CHAVEZ SILVA
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,

RICHAR JHON ELINSON PARRADO LOZANO
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

STELLA LOBOA VASQUEZ
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 40443355		CHAVEZ SILVA GINA DEL CARMEN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 10 No 19-24 BRR CAMELIAS	VILLAVICENCIO-META	6641646	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-01	2023-01	1895972427	9446093430	I	2023/02/13	2023/02/02	BANCO CAJA SOCIAL	0	$336,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000		$6,100		$0	$0		$336,700
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000		$6,100		$0	$0		$336,700
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)																						$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000		$6,100		$0	$0		$336,700
1	CC	40443355	CHAVEZ GINA																	25-14	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	30	$1,160,000	$145,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,160,000	0.522%	$6,100	0	$0	$0	No	$336,700
Total		**Afiliados(1)**																				$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000		$6,100		$0	$0		$336,700

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 40443355		CHAVEZ SILVA GINA DEL CARMEN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 10 No 19-24 BRR CAMELIAS	VILLAVICENCIO-META	6641646	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-01	2023-01	1895972427	9446093430	I	2023/02/13	2023/02/02	BANCO CAJA SOCIAL	0	$336,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$0	$0	$185,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$185,600	$0	$0	$185,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,100	$0	$0	$6,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,100	$0	$0	$6,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$0	$0	$145,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$145,000	$0	$0	$145,000
TOTAL				1	$336,700	$0	$0	$336,700

Hace constar:

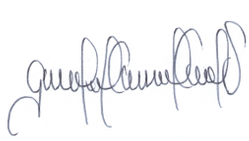
Que el Sr(a) GINA DEL CARMEN CHAVEZ SILVA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 40443355 realizó el día 20/02/2023 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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 GINA DEL CARMEN CHAVEZ SILVA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 40443355 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 -

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14581076408

(415)7707212489984(8020) 000001458107640 8

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

IDENTIFICACIÓN

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

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	Villavicencio 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CHAVEZ	SILVA	GINA	DEL CARMEN

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	Villavicencio 0 0 1

41. Dirección principal
CL 13 A 15 B 09 MZ C CA 6 BRR SAN IGNACIO

42. Correo electrónico gideca2@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 2 2 0	2 0 1 0 0 6 0 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

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

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 06 - 03

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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 **GINA DELCARMEN CHAVEZ SILVA** con **CC** No. **40443355**, 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:** 04/02/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 03/02/2023 **Fecha fin de Contrato:** 07/08/2023 **Clase de Riesgo:** 5 **Cargo :** PROFESIONAL **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): 202301012614242.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 22 días del mes de febrero de 2023.

Cordialmente

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

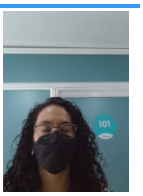
MIS_4_1_3_FR15 v_06

INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S.

Prestador: 5000102053
NIT 901200839-9
Dirección: CALLE 15 N° 37L 10 ET 8 B. ESPERANZA
Telefono: 6668018-3176678051
Email: gerencia@integrarips.com

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en ANEXO OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	VILLAVICENCIO - 2022/10/18	Nro Ingreso:	20221015020115 / PRINCIPAL
Paciente:	GINA DEL CARMEN CHAVEZ SILVA	Origen:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
CC:	40443355	Destino:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Edad:	45 años	Cargo:	INSTRUCTOR
Género:	Masculino	Fecha Ingreso:	2022-10-15 07:43:31
Tipo Evaluación:	EXAMEN PERIODICO	Fecha Salida:	2022-10-15 11:48:11

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
OPTOMETRIA	PERFIL LIPIDICO		

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN PERIODICO:	CON RECOMENDACIONES
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	CONTINUA USO DE CORRECCIÓN OPTICA PARA FIJACIÓN PROLONGADA (USO DE PC, LECTURA)
ENFASIS - ANEXO OSTEOMUSCULAR:	Definicion de caso para el SVE desordenes Osteomusculares **CASO DESCARTADO**

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.P.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Auditiva:	Control de exposición a ruido en la fuente; protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido; reposo auditivo extralaboral

Recomendaciones Específicas y/o Restricciones

CONTINUA USO DE CORRECCIÓN OPTICA PARA FIJACIÓN PROLONGADA (USO DE PC, LECTURA) - USO DE EPIS- FILTRO UV+ FILTRO AR - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS - NO HACER FRICCIÓN SOBRE SUPERFICIE OCULAR - REALIZAR CONTROLES ANUALES ESTILO DE VIDA SALUDABLE REALIZAR ACTIVIDAD FISICA MINIMO 3 VECES A LA SEMANA 1 HORA POR DIA HIGIENE POSTURAL USO DE EPP PAUSAS ACTIVAS

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

Profesional Ocupacional: AMIRA ROSA CASTRO OSPINA 0
Registro M.D: 474902001
Licencia S.O: 78592022

Firma del Paciente: GINA DEL CARMEN CHAVEZ SILVA
Identificacion: CC. - 40443355

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S.

Código del Prestador: **NIT:** 901200839-9
Dirección: CALLE 15 N° 37L 10 ET 8 B. ESPERANZA
Teléfono: 6668018-3176678051
Web: integrarsalud.isismaweb.com
Email: gerencia@integrarips.com

Descripcion del Informe

FORMATO INSTITUCIONAL PARA EL USO Y MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA SALUD OCUPACIONAL

Fecha de Impresión: **2022/10/18 17:58:12**
Impreso por: **EDNA LIZETH RAMIREZ ROMERO 0**

Datos del Paciente

Identificación:	**CC - 40443355**	Nro Historia:	**40443355**
Paciente:	**CHAVEZ SILVA GINA DEL CARMEN**	Nro Ingreso:	**20221015020115**
Fecha Nac:	**1977/09/09**	Fecha Ingreso:	**2022-10-15 07:43:31.000**
Dirección:	**00**	Tipo de Evaluación:	**Periodico**
Edad:	**45 años**	Enfasis:	**Anexo Osteomuscular**
Teléfono:			
Nombre del Cargo:	**INSTRUCTOR**		

Antecedentes - Familiares

PADRE	MADRE	HRNOS	OTROS		PADRE	MADRE	HRNOS	OTROS	
☐	☑	☐	☐	**Hipertensión Arterial**	☐	☐	☐	☐	**Glaucoma**
☐	☐	☐	☐	**Enfermedad coronaria / infarto agudo de miocardio**	☐	☐	☐	☐	**Sindrome Convulsivo**
☐	☐	☐	☐	**Enfermedad cerebrovascular**	☐	☐	☐	☐	**Tuberculosis**
☐	☐	☐	☐	**Alergías**	☐	☐	☐	☐	**Asma Bronquial**
☐	☐	☐	☑	**Diábetes**	☐	☐	☐	☐	**Obesidad**
☐	☐	☐	☐	**Artritis**	☐	☐	☐	☐	**Trastornos Metabolicos**
☐	☐	☐	☐	**Psiquiatricos**	☐	☐	☐	☐	**Enfermedades Gastrointestinales**
☐	☐	☐	☐	**Cancer**	☐	☐	☐	☐	**Trastornos Geneticos**
☐	☐	☐	☐	**Hipotiroidismo**	☐	☐	☐	☐	**Enfermedades Autoinmunes**
☐	☐	☐	☐	**Perdida Auditiva**	☐	☐	☐	☐	**Homicidio**
					☐	☐	☐	☐	**Suicidio**

Observaciones

NINGUNA

Antecedentes - Personales

Habitos

Actividad Fisica

Actividad Fisica [Seleccione]

Alcoholismo

- [ ] Ha sentido usted que debe beber menos?
- [ ] Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?
- [ ] Alguna vez se ha sentido mal por su forma de beber?
- [ ] Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?

Nivel de Consumol: No Consume

Observaciones: NO REFIERE

Tabaquismo

Tabaquismo: No fuma

Otro NO REFIERE

Tejo	No Practica	NO REFIERE
Poligono	No Practica	NO REFIERE
Musica a Alto Volumen	No Practica	NO REFIERE
Walkman, Ipod, Mp3, Mp4	No Practica	NO REFIERE

Otros habitos: NO REFIERE

Observaciones: NO REFIERE

Servicio Militar: No — NO REFIERE

Otros Extralaborales: NO REFIERE

Neurologico

Epilepsia	No	NO REFIERE	Cefalea / Migraña	[Seleccione]	NO REFIERE
Sindrome Convulsivo	No	NO REFIERE	Masas Cerebrales	No	NO REFIERE
Parkinson	No	NO REFIERE	Trauma Craneoencefálico	No	NO REFIERE
			Eventos Cerebrovasculares	No	NO REFIERE

Otros: NO REFIERE(imprime 235)

Organos de Los Sentidos

Sinusitis	No	NO REFIERE	Otitis	No	NO REFIERE
Otalgia	No	NO REFIERE	Otorrea	No	NO REFIERE
Vertigo	No	NO REFIERE	Otorragia	No	NO REFIERE
Acufenos	No	NO REFIERE	Prurito	No	NO REFIERE
Enfermedades Virales	No	NO REFIERE	Sensación de Oido Tapado	No	NO REFIERE
Glaucoma	No	NO REFIERE	Tinnitus	No	NO REFIERE
Cataratas	No	NO REFIERE	Transtorno Auditivo	No	NO REFIERE
Pterigio	No	NO REFIERE			
Trauma Ocular	No	NO REFIERE			
Patologia Visual	No	NO REFIERE			
Rinitis	No	NO REFIERE			

Otros Otologicos NO REFIERE

Sintomas de Oido	No	NO REFIERE
Sintomas Nariz	No	NO REFIERE
Sintomas Garganta	No	NO REFIERE

Alergias y Otros Patologicos

Alergias	No	NO REFIERE	Cancer	No	NO REFIERE
Enfermedades Virales	No	NO REFIERE			

Otro NO REFIERE

Cardiovascular y Respiratorio

Infartos	No	NO REFIERE	Enf. Pulmonar Obstructiva Cronica	No	NO REFIERE
Valvulopatias	No	NO REFIERE	Hipertension Pulmonar	No	NO REFIERE
Hipertension Arterial	No	NO REFIERE	Asma	No	NO REFIERE
Soplo Cardiaco	No	NO REFIERE	Bronquitis	No	NO REFIERE
Arritmia Cardiaca	No	NO REFIERE	Neumonia	No	NO REFIERE
			Silicosis	No	NO REFIERE
Cardiopatias	No	NO REFIERE	Sindrome de Apnea del Sueño	No	NO REFIERE
Antecedente Cerebro Vascular	No	NO REFIERE	Trombosis	No	NO REFIERE

Otros NO REFIERE

Gastro Intestinal

Reflujo Gastroesofagico	No	NO REFIERE	Estreñimiento	No	NO REFIERE
Enfermedad Acido Peptica	No	NO REFIERE	Hemorroides	No	NO REFIERE
Ulcera Gastrica	No	NO REFIERE	Sindrome Hiperemetico	No	NO REFIERE
Sindrome Colon Irritable	No	NO REFIERE	Calculos Vesicula	No	NO REFIERE
Hernias	No	NO REFIERE	otros	NO REFIERE	

Endocrino y Metabolico

Alteración de Tiroides	No	NO REFIERE	Alteracion de Glicemia	No	NO REFIERE
Colesterol Elevado	No	NO REFIERE	Otros Patologicos	NO REFIERE	

Genito Urinario

Calculos Renales	No	NO REFIERE
Enfermedad Prostatica	No	NO REFIERE
Varicocele	No	NO REFIERE
Infeccion Vias Urinarias	No	NO REFIERE
Pielonefritis	No	NO REFIERE
Reflujo Vesico Uretral	No	NO REFIERE

otros NO REFIERE

Gineco Obstetricos

Osteomuscular

Fracturas	No	NO REFIERE
Esquinces	No	NO REFIERE
Luxaciones	No	NO REFIERE
Tendinitis	No	NO REFIERE
Sindrome Tunel del Carpo	No	NO REFIERE
Radiculopatia	No	NO EXAMINADO
Bursitis	No	NO REFIERE
Epicondilitis	No	NO REFIERE
Artrosis	No	NO REFIERE
Escoliosis	No	NO REFIERE
Retracciones Musculares	No	NO REFIERE
Malformaciones	No	NO REFIERE
Discopatias	No	NO REFIERE
Fibromialgia	No	NO REFIERE

Cervicalgia	No	NO REFIERE
Lumbalgia	No	NO REFIERE
Lesion en meniscos	No	NO REFIERE
Hombro doloroso	No	NO REFIERE

Otro NO REFIERE

Autoinmunes

Artritis	No	NO REFIERE
Lupus - Eritematoso sistemico	No	NO REFIERE
Sindrome Sjogren	No	NO REFIERE

Otros: NO REFIERE

Enfermedad de Transmision Sexual

VIH	No	NO REFIERE
VPH	No	NO REFIERE
Sifilis	No	NO REFIERE
Blenorragia	No	NO REFIERE

otros NO REFIERE

Congenitas

Labio y/o Paladar Hendido	No	NO REFIERE

Otra: NO REFIERE

Enfermedades Infecciosas y Eruptivas

Hepatitis	No	NO REFIERE
Dengue	No	NO REFIERE
Malaria	No	NO REFIERE
Fiebre Amarilla	No	NO REFIERE
Parotiditis	No	NO REFIERE
Sarampión	No	NO REFIERE
Rubeola	No	NO REFIERE

Otras NO REFIERE

Dermatologicos

Nevus	No	NO REFIERE
Micosis	No	NO REFIERE
Xerodermia	No	NO REFIERE
Dermatitis Atopica	No	NO REFIERE
Dermatitis de Contacto	No	NO REFIERE
Quemaduras	No	NO REFIERE

Otros NO REFIERE

Transfusiones

Descripcion NO REFIERE

Revision Por Sistemas

Sintomas Constitucionales	SIN HALLAZGOS	Sintomas Neurologicos	SIN HALLAZGOS
Sintomas Respiratorios	SIN HALLAZGOS	Sintomas Cardio Vasculares	SIN HALLAZGOS
Sintomas Gastro Intestinales	SIN HALLAZGOS	Sintomas Genito Urinarios	SIN HALLAZGOS
Sintomas Osteo Muscular	SIN HALLAZGOS	Sintomas Dermatologicos	SIN HALLAZGOS
Sintomas de los Organos de Los Sentidos	SIN HALLAZGOS		

Quirurgicos

Cirugia de Abdomen y/o Genitourinaria	Si	CESAREA, LAPARATOMIA EXPLORATORIA
Cirugia de Cabeza y Cuello	No	NO REFIERE
Cirugia de Torax	No	NO REFIERE
Cirugia de Extremidades	No	NO REFIERE
Cirugia de Piel	No	NO REFIERE
Cirugia de Tiroides	No	NO REFIERE

Otros Quirurgicos
NO REFIERE

Farmacologicas

Medicamentos Ototoxicos:	No	NO REFIERE
Fármacos:	No	NO REFIERE
Tóxicos Industriales:	No	NO REFIERE

Observaciones: NO REFIERE

Psiquiatricos

Hipocondriasis	No	NO REFIERE
Transtornos Depresivos	No	NO REFIERE
Histeria	No	NO REFIERE
Paranoia	No	NO REFIERE
Desviacion Psicopatica	No	NO REFIERE
Psicastenia	No	NO REFIERE
Esquizofrenia y otros Transtornos Psicoticos	No	NO REFIERE
Hipomania	No	NO REFIERE
Transtornos de Ansiedad	No	NO REFIERE
Trastornos amnesicos y/o cognoscitivos	No	NO REFIERE

Otro NO REFIERE

Antecedentes Ocupacionales

Inmunizaciones

Hepatitis B:	[Seleccione]	Sin Informacion	Sin Informacion	NO PRESENTA
Tetanos:	[Seleccione]	Sin Informacion	Sin Informacion	NO PRESENTA
Fiebre amarilla:	[Seleccione]	Sin Informacion	Sin Informacion	NO PRESENTA
Influenza:	[Seleccione]	Sin Informacion	Sin Informacion	NO PRESENTA
Otros:	[Seleccione]	Sin Informacion	Sin Informacion	NO PRESENTA

Antecedentes Ocupacionales

Accidentes Laborales

Enfermedad Laboral

Examen Fisico

Signos Vitales

Peso	58.3	[Kg]
Talla	1.55	[Mts]
IMC	24.27	

Interpretacion: Normal

Perimetro Abdominal	76	[cm]
Frecuencia Cardiaca	68	[X min]
Frecuencia Respiratoria	16	[X min]
Temperatura	0	°C
Oximetría Cutanea	0	%SpO2
Tension Arterial	100/60	[mmhg/hg]

Lateralidad: Diestro

Espalda

Inspeccion	Normal	SIN HALLAZGOS
Palpacion	Normal	SIN HALLAZGOS
Puntos Dolorosos	Normal	SIN HALLAZGOS
Signos de Radiculopatia	☐ Lasegue ☐ Braga	NO EXAMINADO

Observaciones SIN OBSERVACION

Genito Urinario

Genitales Externos NO EXAMINADO

Aspecto General

Descripcion aspecto general: BUENO

Extremidades Inferiores

Cabeza

Cuero Cabelludo	Normal	SIN HALLAZGOS
Cara	Normal	SIN HALLAZGOS
Alopécico	[Seleccione]	
Seborrea	[Seleccione]	

Ojos

Parpados	Normal	SIN HALLAZGOS
Conjuntivas	Normal	SIN HALLAZGOS
Escleras	Normal	SIN HALLAZGOS
Pupilas	Normal	SIN HALLAZGOS

Fondo de Ojo NO EXAMINADO

Oídos

Pabellon Auricular	Normal	SIN HALLAZGOS
Conductos Auditivos	Normal	SIN HALLAZGOS
Membrana Timpanica	Normal	NO EXAMINADO

Otoscopia NO EXAMINADO

Observaciones Generales NINGUNA

Nariz

Tabique	Normal	SIN HALLAZGOS
Cornetes	Normal	SIN HALLAZGOS
Narinas	Normal	SIN HALLAZGOS
Mucosas	Normal	SIN HALLAZGOS

Boca

Labios	Normal	SIN HALLAZGOS
Dientes	Normal	SIN HALLAZGOS
Paladar	Normal	SIN HALLAZGOS
Lengua	Normal	SIN HALLAZGOS
Orofaringe	Normal	SIN HALLAZGOS

Extremidades Superiores

Hombro	Normal	SIN HALLAZGOS
Brazo	Normal	SIN HALLAZGOS
Antebrazo	Normal	SIN HALLAZGOS
Codo	Normal	SIN HALLAZGOS
Muñeca	Normal	SIN HALLAZGOS
Mano	Normal	SIN HALLAZGOS
Dedos de la Mano	Normal	SIN HALLAZGOS
Pulsos Perifericos	Normal	SIN HALLAZGOS

Observaciones SIN OBSERVACIONES

Cardio Pulmonar

Inspeccion	Normal	SIN HALLAZGOS
Palpacion	Normal	SIN HALLAZGOS
Percusion	Normal	SIN HALLAZGOS
Auscultacion	Normal	SIN HALLAZGOS

Toráx

Inspeccion	Normal	SIN HALLAZGOS
Palpacion	Normal	SIN HALLAZGOS

Cadera	Normal	SIN OBSERVACIONES
Muslo	Normal	SIN HALLAZGOS
Rodilla	Normal	SIN HALLAZGOS
Piernas	Normal	SIN HALLAZGOS
Tobillo	Normal	SIN HALLAZGOS
Pies	Normal	SIN HALLAZGOS
Dedos de los Pies	Normal	SIN HALLAZGOS
Pulsos Perifericos	Normal	Normal

Observaciones SIN OBSERVACIONES

Osteomuscular

	Fuerza	Movilidad Articular
MMSS	Normal	Normal
MMII	Normal	Normal
Columna	Normal	Normal

Hombro y Codo

Maniobra de Yegarson	Negativo Ambos	NO REALIZADO
Prueba de Jobe	Negativo Ambos	NO REALIZADO
Maniobra de Patte	Negativo Ambos	NO REALIZADO
Prueba de Gerber	Negativo Ambos	NO REALIZADO

Brazo y codo

Prueba Para la Epicondilitis	Negativo Ambos	NO REALIZADO
Prueba de Thompson	Negativo Ambos	NO REALIZADO
Prueba para la Epitrocleitis	Negativo Ambos	NO REALIZADO

Muñeca

Signo de Tinel	Negativo Ambos	NO REALIZADO
Signo de Phalen	Negativo Ambos	NO REALIZADO
Prueba de Finkelstein	Negativo Ambos	NO REALIZADO

Lumbar

Hoover	Negativo	NO REALIZADO
Signo de Lassegue	Negativo	NO REALIZADO
Signo de Bragard	Negativo	NO REALIZADO

Cadera

Prueba Trendelemburg	Negativo	NO REALIZADO

Observaciones SIN OBSERVACIONES

Miembro Inferior

Signo del Bostezo	Negativo Ambos	NO REALIZADO
Signo del Cajon	Negativo Ambos	NO REALIZADO
Mc Murray	Negativo Ambos	NO REALIZADO

Agudeza Visual

Percusion: Normal — SIN HALLAZGOS

Auscultacion: Normal — SIN HALLAZGOS

Valoracion de mamas NO EXAMINADO

Abdomen

Inspeccion: Normal — SIN HALLAZGOS

Palpacion: Normal — SIN HALLAZGOS

Percusion: Normal — SIN HALLAZGOS

Auscultacion: Normal — SIN HALLAZGOS

Valoracion NO EXAMINADO

Vision Lejana

	Sin Correccion	Con Correccion
Ojo Derecho:	-20/20	-
Ojo Izquierdo:	-20/20	-
Ambos Ojos:	-20/20	-

Observaciones: NO REFIERE

Vision Proxima

	Sin Correccion	Con Correccion
Ojo Derecho:	-1.50M	-
Ojo Izquierdo:	-1.50M	-
Ambos Ojos:	-1.50M	-

Observaciones: NO REFIERE

Piel y Faneras

Piel: Normal — SIN HALLAZGOS

Uñas: Normal — SIN HALLAZGOS

Mucosa: Normal — SIN HALLAZGOS

Observaciones SIN HALLAZGOS

Paraclinicos

Resultado de Optometría

Diagnostico Principal

ASTIGMATISMO LEVE AMBOS OJOS

Observaciones Generales

Resultado de Audiometría

Diagnostico Principal

Observaciones Generales

Resultado de Espirometría

Diagnostico Principal

Observaciones Generales

Resultado de Psicología

Concepto de Psicologia

[Seleccione]

Diagnostico Principal

Observaciones Generales

Resultado de Exámen de Alturas

Observaciones Generales

Resultado de Audiometría

Diagnostico Principal

EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION

Observaciones Generales

AUDICION NORMAL

Resultado de Fisioterapia

Diagnostico Principal

Observaciones Generales

Resultado Psicosensométrico

Diagnostico Principal

Observaciones Generales

Resultado de Laboratorio Clínico

PERFIL LIPIDICO

Campo	Resultado	Unidad	Referencia
TÉCNICA	.		ESPECTROFOTOMETRIA
COLESTEROL HDL	49	mg/dl	40 a 70 mg/dl
COLESTEROL LDL	132	mg/dl	Hasta 130 mg/dl
COLESTEROL VLDL	24	mg/dl	Hasta 3 mg/dl
TRIGLICÉRIDOS	118	mg/dl	Hasta 170 mg/dl
COLESTEROL TOTAL	205	mg/dl	Hasta 200 mg/dl
OBSERVACIONES			.

GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

Campo	Resultado	Unidad	Referencia
TECNICA	.		ESPECTROFOTOMETRIA
OBSERVACIONES			.
GLUCOSA EN SUERO	102	mg/dl	70 a 110 mg/dl

Diagnostico

Diagnostico 1: ASTIGMATISMO

Diagnostico 2:
Diagnostico 3:
Diagnostico 4:
Diagnostico 5:
Diagnostico 6:
Diagnostico 7:
Diagnostico 8:
Diagnostico 9:
Diagnostico 10:

Observaciones al Diagnostico: SIN OBSERVACIÓN

Conducta

- [ ] Control Cardiologia
- [ ] Control Nutricion
- [x] Control Optometria
- [ ] Control Ortopedia
- [ ] Control Otorrinolaringologia
- [ ] Dermatologia
- [ ] Ginecologia
- [ ] Laboratorios
- [ ] Medicina General
- [ ] Neumologia
- [ ] Oftalmologia

Recomendaciones Generales: NINGUNA

Recomendaciones Para el Paciente:

Recomendaciones

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Uso de E.P.P.
- [x] Pausas Activas
- [x] Manejo de cargas o Posturas
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [ ] Quimico
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico
- [ ] Psicolaboral

Recomendacion Preventivas

- [x] Osteomuscular
- [x] Visual
- [ ] Alturas
- [ ] Biologico
- [ ] Manipulacion de Alimentos
- [ ] Cardiovascular
- [ ] Cardiovascular y Metabolico
- [ ] Cuidado de la Voz
- [ ] Piel
- [ ] Espacios Confinados
- [ ] Respiratoria
- [ ] Temperaturas Extremas
- [x] Auditiva

Incluir en el SVE

- [ ] Visual
- [ ] Auditiva
- [ ] Respiratorio
- [ ] Ergonomico
- [ ] Quimico

Ocupacional - Controles

- [ ] Mensual
- [ ] Bimensual
- [ ] Trimestral
- [ ] Semestral
- [x] Anual
- [ ] Confirmatoria

Recomendaciones Especificas:

CONTINUA USO DE CORRECCIÓN OPTICA PARA FIJACIÓN PROLONGADA (USO DE PC, LECTURA) - USO DE EPIS- FILTRO UV+ FILTRO AR - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS - NO HACER FRICCIÓN SOBRE SUPERFICIE OCULAR - REALIZAR CONTROLES ANUALES
ESTILO DE VIDA SALUDABLE
REALIZAR ACTIVIDAD FISICA MINIMO 3 VECES A LA SEMANA 1 HORA POR DIA
HIGIENE POSTURAL
USO DE EPP
PAUSAS ACTIVAS

Clasificacion

Concepto por Tipo de Evalución **- Periodico**

CON RECOMENDACIONES

Observaciones al concepto: CONTINUA USO DE CORRECCIÓN OPTICA PARA FIJACIÓN PROLONGADA (USO DE PC, LECTURA)

Concepto por Enfasis de Evaluación - **Anexo Osteomuscular**

CASO DESCARTADO

Observaciones al Enfasis: NO REFIERE

Consentimiento Informado del Trabajador

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.





Nombre Profesional: AMIRA ROSA CASTRO OSPINA 0

Registro Profesional: 474902001

Nombre del Paciente: **GINA DEL CARMEN CHAVEZ SILVA**

Identificacion del Paciente: **CC - 40443355**

Todos los derechos reservados Innovasoft Colombia S.A.S.

INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S.

Código del Prestador: **NIT:** 901200839-9
Dirección: CALLE 15 N° 37L 10 ET 8 B. ESPERANZA
Teléfono: 6668018-3176678051
Web: integrarsalud.isismaweb.com
Email: gerencia@integrarips.com

Descripcion del Informe

FORMATO INSTITUCIONAL PARA EL USO Y MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA OPTOMETRIA

Fecha de Impresión: **2022/10/18 17:58:35**
Impreso por: **EDNA LIZETH RAMIREZ ROMERO 0**

Datos del Paciente

Identificación:	**CC - 40443355**	Nro Historia:	**40443355**
Paciente:	**CHAVEZ SILVA GINA DEL CARMEN**	Nro Ingreso:	**20221015020115**
Fecha Nac:	**1977/09/09**	Fecha Ingreso:	**2022-10-15 07:43:31.000**
Dirección:	**00**	Tipo de Evaluación:	**Periodico**
Edad:	**45 años**	Enfasis:	**Anexo Osteomuscular**
Teléfono:			
Nombre del Cargo:	**INSTRUCTOR**		

Optometria - Anamnesis

EXAMEN PERIÓDICO, NO USA RX ÓPTICA DE CERCA NO TRAE

Optometria - Antecedentes Quirurgicos

Refractiva no NO REFIERE
Catarata no NO REFIERE
Pterigio: no NO REFIERE
Otra: NO REFIERE

Usa correccion visual si - NO REFIERE

Permanente ☐ Lejos ☐ Cerca ☑ Descanso ☐ Ocacional ☐

Ultimo Examen De 0 a 6 meses

Optometria - Antecedentes Personales

	Presenta	*Descripcion*
Glaucoma: No		NO REFIERE
Cataratas: No		NO REFIERE
Rinitis: No		NO REFIERE
Traumas Oculares:: No		NO REFIERE
Patologia Visual: No		NO REFIERE
Hipertension Arterial No		NO REFIERE
Diabetes No		NO REFIERE

Optometria - Antecedentes Laborales

☐ Iluminacion inadecuada
☑ Usuario de computador
☐ Radiaciones Ultravioleta
☐ Cambios de temperatura
☐ Mala ventilacion
☐ Gases o humos toxicos

Otros Antecedentes: NO REFIERE

Optometria - Sintomas

☐ Fotofobia ☐ Ojo Rojo ☑ Mala Vision Cercana ☐ Cansancio
☐ Lagrimeo ☐ Vision Borrosa ☐ Mala Vision Lejana ☐ Dolor
☐ Ardor ☐ Vision Doble ☐ Cefalea ☐ Secreción

Otros Sintomas: NO REFIERE

Optometria - Examen Externo

	Presenta	Descripcion
Parpados:	Normal	SIN HALLAZGOS
Conjuntivas:	Normal	SIN HALLAZGOS
Escleras:	Normal	SIN HALLAZGOS
Pupilas:	Normal	SIN HALLAZGOS
Cornea:	Normal	SIN HALLAZGOS
Globo Ocular:	Normal	SIN HALLAZGOS

Optometria - Rx en Uso

	Tipo	Rx en Uso	Observaciones
Ojo Derecho:	gafas	NO TRAE	NO REFIERE
Ojo Izquierdo:	gafas	NO TRAE	NO REFIERE

Optometria - Agudeza Visual

Vision Lejana

	Sin Correccion	Con Correccion	Ph
Ojo derecho	-20/20	-	NO REFIERE
Ojo izquierdo	-20/20	-	NO REFIERE
Ambos Ojos	-20/20	-	NO REFIERE

Observaciones NO REFIERE

Vision Proxima

	Sin Correccion	Con Correccion
Ojo derecho	-1.50M	-
Ojo izquierdo	-1.50M	-
Ambos Ojos	-1.50M	-

Observaciones NO REFIERE

Optometria - Vision

	Normal	Anormal
Cromatica	-NORMAL	-
Profundidad	-	-

Observaciones NO REFIERE

Optometria - Motilidad Ocular

* Punto proximo de convergencia:	NORMAL
* Cover Test - Lejos:	ORTO
* Cover Test - Cerca:	EXO

Optometria - Oftalmoscopía

Ojo Derecho: MEDIOS TRANSPARENTES, POLO POSTERIOR APARENTEMENTE SANO

Ojo Izquierdo: MEDIOS TRANSPARENTES, POLO POSTERIOR APARENTEMENTE SANO

Optometria - Retinoscopía

Ojo Derecho: NEUTRO-0.25*0

Ojo Izquierdo: NEUTRO-0.50*0

Optometria - Queratometría

Ojo Derecho: NORMAL

Ojo Izquierdo: NORMAL

Optometria - Refraccion

RX Final

O.D	MIXTAS	ADD+	1.50	AV	NO REFIERE	DP	NO REFIERE
O.I	MIXTAS	ADD+	1.50	AV	NO REFIERE	DP	NO REFIERE

Optometria - Diagnosticos

Diagnostico Principal: ASTIGMATISMO LEVE AMBOS OJOS
Observaciones al Diagnostico:
Diagnostico Relacionado 1:
Diagnostico Relacionado 2:
Diagnostico Relacionado 3:

Optometria - Conducta

- [x] Se continúa com misma RX
- [ ] Se da Nuevo Control
- [ ] Se da Remisión
- [ ] No Requiere RX
- [ ] Se da Tx Medicamentos
- [ ] Requiere Nueva Rx
- [ ] Topografía Corneal
- [ ] Test de Farnsworth
- [ ] Realizar prueba ambulatoria

Optometria - Recomendaciones

- [ ] Debe usar correccion visual para trabajar
- [ ] Uso EPP Visual
- [ ] Uso de Rx para Vision Proxima
- [ ] PyP
- [x] Uso de AR video Terminales
- [ ] Pausas Activas
- [ ] Uso de Rx de Descanso
- [ ] Lubricante Ocular
- [x] Uso de Lentes de Proteccion Solar
- [ ] Uso de Rx para Vision Lejana
- [ ] Uso Permanente de Rx Optica

Observaciones de las Recomendaciones: - SE EXPLICA ESTADO DE SALUD VISUAL - PACIENTE CONTINUA USO DE CORRECCIÓN OPTICA PARA FIJACIÓN PROLONGADA (USO DE PC, LECTURA) - USO DE EPIS-FILTRO UV+ FILTRO AR - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS - NO HACER FRICCIÓN SOBRE SUPERFICIE OCULAR - REALIZAR CONTROLES ANUALES

Optometria - Remisiones

- [ ] Valoracion Oftalmologica
- [ ] Valoracion Ortoptica
- [ ] Valoracion Lentes de Contacto

Otras Remisiones: NO REFIERE

Optometria - Controles

- [ ] Mensual
- [ ] Bimensual
- [ ] Trimestral
- [ ] Semestral
- [x] Anual
- [ ] Confirmatoria

Optometria - Resultado

Resultado de Optometría No Interviene

* Descripcion de la observacion general

NO REFIERE

Consentimiento Informado del Trabajador

Autorizo al médico quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.



Nombre Profesional: LAURA NATALIA VEGA GONZALEZ 0

Registro Profesional: 584



Nombre del Paciente: **GINA ' CHAVEZ SILVA**

Identificacion del Paciente: **CC - 40443355**

Todos los derechos reservados Innovasoft Colombia S.A.S.

INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S.

Código del Prestador: **NIT:** 901200839-9
Dirección: CALLE 15 N° 37L 10 ET 8 B. ESPERANZA
Teléfono: 6668018-3176678051
Web: integrarsalud.isismaweb.com
Email: gerencia@integrarips.com

Descripcion del Informe

FORMATO INSTITUCIONAL PARA EL USO Y MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA AUDIOMETRIA

Fecha de Impresión: **2022/10/18 17:58:24**
Impreso por: **EDNA LIZETH RAMIREZ ROMERO 0**

Datos del Paciente

Identificación:	**CC - 40443355**	Nro Historia:	**40443355**
Paciente:	**CHAVEZ SILVA GINA DEL CARMEN**	Nro Ingreso:	**20221015020115**
Fecha Nac:	**1977/09/09**	Fecha Ingreso:	**2022-10-15 07:43:31.000**
Dirección:	**00**	Tipo de Evaluación:	**Periodico**
Edad:	**45 años**	Enfasis:	**Anexo Osteomuscular**
Teléfono:			
Nombre del Cargo:	**INSTRUCTOR**		

Audiometria - Antecedentes personales

Otologicos

	Presenta	Descripcion
Otitis	no	NO REFIERE
Sinusitis	no	NO REFIERE
Rinitis	no	NO REFIERE
Otalgia	no	NO REFIERE
Vértigo	No	NO REFIERE
Hipertension Arterial	No	NO REFIERE
Diabetes	No	NO REFIERE
Acúfenos	no	NO REFIERE
Enfermedades Virales	no	NO REFIERE
Otorrea	no	NO REFIERE
Otorragia	no	NO REFIERE
Prurito	no	NO REFIERE
Sensación de Oido Tapado	no	NO REFIERE
Tinnitus	no	NO REFIERE
Hipoacusia Subjetiva	no	NO REFIERE
Otros Otologicos	NO REFIERE	

Sintomaticos

	Presenta	Descripcion
Sintomas Oído	no	NO REFIERE
Sintomas Nariz	no	NO REFIERE
Sintomas Garganta	no	NO REFIERE

Extralaborales

	Presenta	Descripcion
Servicio Militar	no	NO REFIERE
Otros Extralaborales	NO REFIERE	

Patologicos

	Presenta	Descripcion
Parotiditis	no	NO REFIERE
Sarampión	no	NO REFIERE
Rubeola	no	NO REFIERE
Alteración de Tiroides	no	NO REFIERE
Otros Patologicos	NO REFIERE	

Traumaticos

	Presenta	Descripcion
Trauma Craneoencefálico	no	NO REFIERE
Trauma Directo	no	NO REFIERE
Trauma Acústico	no	NO REFIERE
Otros Traumaticos	NO REFIERE	

Quirurgicos

	Presenta	Descripcion
Cirugia de Oído	no	NO REFIERE
Cirugia de Garganta	no	NO REFIERE
Cirugia de Nariz	no	NO REFIERE
Cirugia de Cabeza y Cuello	no	NO REFIERE
Timpanoplastia	no	NO REFIERE
Otros Quirurgicos	NO REFIERE	

Toxicos y Farmacos

	Presenta	Descripcion
Medicamentos Ototoxicos	no	NO REFIERE
Fármacos	no	NO REFIERE
Tóxicos Industriales	no	NO REFIERE
Ultima Audiometria Realizada	De 0 a 6 meses	Normal
Observaciones	ANTECEDENTE DE VERTIGO HACE UN AÑO EPISODIOS	

Audiometria - Habitos

Tejo	No Practica	NO REFIERE
Polígono	No Practica	NO REFIERE
Musica a Alto Volumen	No Practica	NO REFIERE
Walkman, Ipod, Mp3, Mp4	No Practica	NO REFIERE
Otros habitos	NO REFIERE	

Audiometria - Examen Fisico

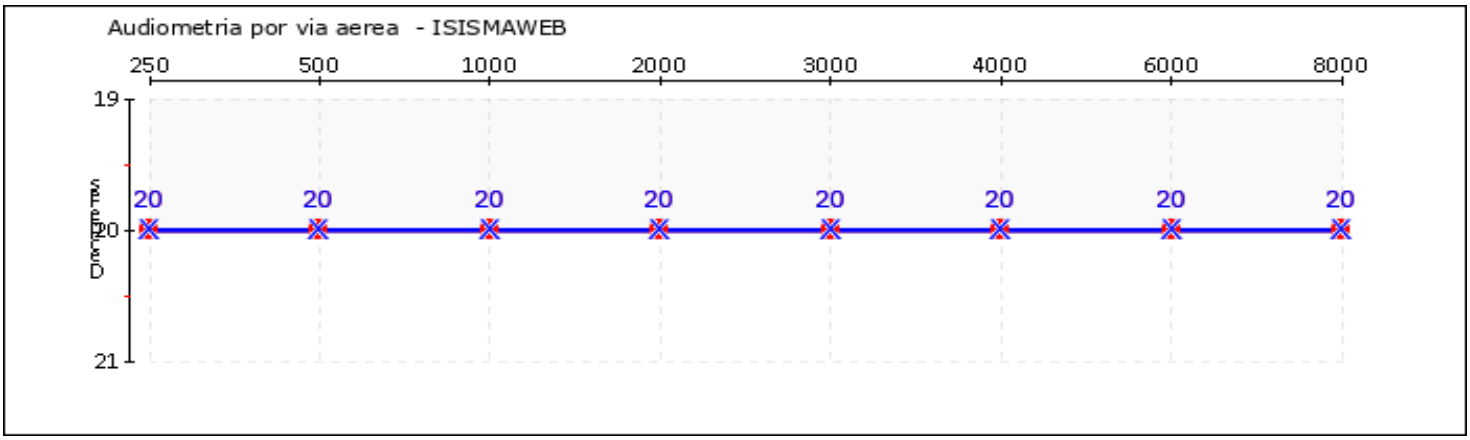
OIDO DERECHO

Pabellon Auricular	Normal	SIN HALLAZGOS
Conductos Auditivos	Normal	SIN HALLAZGOS
Membrana Timpanica	Normal	SIN HALLAZGOS
Otro	SIN HALLAZGOS	

OIDO IZQUIERDO

Pabellon Auricular	Normal	SIN HALLAZGOS
Conductos Auditivos	Normal	SIN HALLAZGOS
Membrana Timpanica	Normal	SIN HALLAZGOS
Otro	SIN HALLAZGOS	

Audiometria - Grafica



Audiometria - Audiograma Actual

Tipo de Examen: Via Aerea

- [x] Aerea - OD
- [x] Aerea - OI
- [x] Osea - OD
- [x] Osea - OI
- [x] Aerea Enmascarada - OD
- [x] Aerea Enmascarada - OI
- [x] Osea Enmascarada - OD
- [x] Osea Enmascarada - OI

PTA (5123)

OI 20 dB

OD 20 dB

Audiometría Previa
1900-01-01T00:00:00Z

Frecuencias

250	500	1.000	2.000	3.000	4.000	6.000	8.000	Oido
20	20	20	20	20	20	20	20	**Derecho**
20	20	20	20	20	20	20	20	**Izquierdo**

Audiometria - Audiograma Anterior

Cambio Significativo: No

250	500	1.000	2.000	3.000	4.000	6.000	8.000	Oido
0	0	0	0	0	0	0	0	**Derecho**
0	0	0	0	0	0	0	0	**Izquierdo**

Audiometria - Audiograma Diferencia

250	500	1.000	2.000	3.000	4.000	6.000	8.000	Oido
0	0	0	0	0	0	0	0	**Derecho**
=	=	=	=	=	=	=	=	STS
0	0	0	0	0	0	0	0	**Izquierdo**
=	=	=	=	=	=	=	=	STS

Observaciones

NO REFIERE

Audiometria - Recomendaciones

- [ ] Remision ORL
- [ ] Rotar Diadema Telefonica
- [ ] Control segun PVE
- [ ] Auditiva segun PVE
- [ ] Pausa Auditiva
- [ ] Pruebas Complementarias
- [ ] Remision a Medicina Laboral
- [ ] Uso de EPP Auditivo
- [ ] Elemento de proteccion
- [ ] Conducir con ventanas cerradas
- [ ] Reposo auditivo Extralaboral
- [ ] Limpieza OD
- [ ] Limpieza OI
- [ ] Lavado de Oido

Audiometria - Controles

- [ ] Mensual
- [ ] Bimensual
- [ ] Trimestral
- [ ] Semestral
- [x] Anual
- [ ] Audiometría Confirmatoria

Audiometria - Impresion Diagnostica

Diagnostico Principal	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION
Diagnostico Interno	AUDICION NORMAL BILATERAL
Descripción del GATI-SO	AUDICION NORMAL
Diagnostico Rel 1	
Diagnostico Rel 2	
Diagnostico Rel 3	
Diagnostico Bilateral	AUDICION NORMAL BILATERAL CONTROL ANUAL Y AUTOCUIDADO AUDITIVO
Diagnostico O.D	AUDICION NORMAL
Diagnostico O.I	AUDICION NORMAL

Audiometria - Resultado

Resultado de Audiometría: Normal

* Descripcion del Resultado general
AUDICION NORMAL BILATERAL CONTROL ANUAL Y AUTOCUIDADO AUDITIVO

Consentimiento Informado del Trabajador

Autorizo al médico quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.





Nombre Profesional: Kattia Gissella Cortes Cortes 0
Registro Profesional: 1193223684

Nombre del Paciente: **GINA DEL CARMEN CHAVEZ SILVA**
Identificacion del Paciente: **CC - 40443355**

Todos los derechos reservados Innovasoft Colombia S.A.S.

INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S.
Código Prestador:
NIT: 901200839-9
Dirección: CALLE 15 N° 37L 10 ET 8 B. ESPERANZA
Teléfono: 6668018-3176678051
Email: gerencia@integrarips.com

Fecha de Impresión: **2022/10/18 17:58:51**
Resultados Paraclinicos

Datos del Paciente

Identificación:	**CC - 40443355**	Nro Historia:	**40443355**
Paciente:	**CHAVEZ SILVA GINA DEL CARMEN**	Nro Ingreso:	**20221015020115**
Fecha Nac:	**1977/09/09**	Fecha Ingreso:	**2022-10-15 07:43:31.000**
Dirección:	**00**	Tipo de Evaluación:	**Periodico**
Edad:	**45 años**	Enfasis:	**Anexo Osteomuscular**
Teléfono:			
Nombre del Cargo:	**INSTRUCTOR**		

	Resultado	Unidad	Valor de Referencia
	PERFIL LIPIDICO		
QUÍMICA SANGUÍNEA			
COLESTEROL TOTAL	205	MG/DL	HASTA 200 MG/DL
COLESTEROL HDL	49	MG/DL	40 A 70 MG/DL
COLESTEROL LDL	132	MG/DL	HASTA 130 MG/DL
COLESTEROL VLDL	24	MG/DL	HASTA 3 MG/DL
TRIGLICÉRIDOS	118	MG/DL	HASTA 170 MG/DL
TÉCNICA	.		ESPECTROFOTOMETRIA
	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
GLUCOSA EN SUERO	102	MG/DL	70 A 110 MG/DL
TECNICA	.		ESPECTROFOTOMETRIA

Angela Maria Zarate Velasquez Zarate Velasquez
C.C. 40403645
Bacteriologo (a)

Copyright 2006 - 2022 Innovasoft Colombia S.A.S. Todos los Derechos Reservados.

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

GINA DEL_CARMEN CHAVEZ SILVA Identificado con CC 40443355

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina AVENIDA 40, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24049647929
Fecha de apertura:	18 de Diciembre de 2014
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Miércoles, 22 de Febrero de 2023.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

ACTA DE INICIO

CONTRATO No:	CO1.PCCNTR. 4555596
TIPO DE CONTRATO:	Prestación De Servicios
OBJETO:	Prestar servicios personales de carácter temporal para orientar acciones de formación en los programas regulares ofertados por el Centro de Industria y Servicios del Meta, de acuerdo a los perfiles profesionales y diseño curricular en ejecución para la vigencia 2023. ENRIQUE LOW MURTRAINTERACTUAR EN EL CONTEXTO PRODUCTIVO Y SOCIAL DE ACUERDO CON PRINCIPIOS ÉTICOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UNA CULTURA DE PAZ
VALOR:	$ 22.650.372,00 COP
CONTRATISTA:	GINA DEL CARMEN CHAVEZ SILVA
CC:	40443355 de Villavicencio
REPRESENTANTE LEGAL:	Stella Loboa Vásquez,
SUPERVISOR DESIGNADO:	Richard Jhon Elinson Parrado Lozano
PLAZO:	180 DIAS
LUGAR DE EJECUCIÓN:	Departamento del Meta

En la ciudad de Villavicencio a los seis (06) días del mes de febrero de 2023, entre los suscritos **Stella Loboa Vásquez,** identificada con cedula de ciudadanía No. 40.378.782 de Villavicencio, en calidad de Subdirectora € del Centro de Industria y Servicios del Meta, por el SENA, y por la otra parte Gina del Carmen Chávez Silva identificada con cédula de ciudadanía No.40.443.355 de Villavicencio, en calidad de Contratista, hemos convenido suscribir el acta de inicio del contrato No. CO1.PCCNTR. 4555596 de 2023, bajo los términos que anteceden y los siguientes:

Número y fecha del registro presupuestal: 11423, 06 de febrero de 2023.

Fecha de aprobación de las garantías: 06 / 02 / 2023.

Fecha de inicio: Fecha **06** / 02 / 2023.

Fecha de Terminación: Fecha (07 / 08 /2023)

Para constancia de lo anterior, se firma la presente acta bajo la responsabilidad expresa de los que intervienen en ella.

Richar Jhon Elinson Parrado Lozano
SUPERVISOR CONTRATO

Gina del Carmen Chávez Silva
EL CONTRATISTA

Elaboró: Claudia Patricia De Leon Montes
Apoyo Supervisión - Coordinación Académica de Industria.

Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto Comprobante

Usuario Solicitante:	MHapadillb	ALEXANDER PADILLA BARRERA
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	36-02-00-050-	CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META
Fecha y Hora Sistema:	2023-02-06-3:40 p. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP No: 1223 de fecha 2023-01-24. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Número:	11423	**Fecha Registro:**	2023-02-06	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**		36-02-00-050-953210 CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META			
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generado			**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00
Valor Inicial:	22.650.372,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00			**Valor Actual:**	22.650.372,00	**Saldo x Obligar:**	22.650.372,00

TERCERO ORIGINAL

Identificación: Cédula de Ciudadanía	40443355	**Razón Social:**	GINA DEL CARMEN CHAVEZ SILVA	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Número:	24049647929	**Banco:**	BCSC S A	**Tipo:**	Ahorro	**Estado:**	Activa

ORDENADOR DEL GASTO

Identificación:	40378782	**Nombre:**	STELLA LOBOA VASQUEZ	**Cargo:**	SUBDIRECTOR CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META

CAJA MENOR				**VIÁTICOS**				**DOCUMENTO SOPORTE**					
Identificación:		**Fecha de Registro:**		**Genera Viáticos:**	No	**Num. Solicitud de Comisión:**		**Número:**	CO1.PCCNTR.4555596	**Tipo:**	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES	**Fecha:**	2023-02-06

ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACIÓN	VALOR INICIAL	VALOR OPERACIÓN	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
953245 CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL	C-3603-1300-14-0-3603025-02 ADQUISICIÓN DE BIENES Y	Nación	10	CSF		22.650.372,00	0,00		
					Total:	22.650.372,00	0,00	22.650.372,00	22.650.372,00

Objeto:	CO1.PCCNTR.4555596;Prestar servicios personales de carácter temporal para orientar acciones de formación en los programas regular ofertados por el Centro de Industria y Servicios del Meta, de acuerdo a los perfiles profesionales y diseño curricular

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		POSICION DEL CATALOGO DE PAC		FECHA	VALOR A PAGAR	SALDO POR OBLIGAR	LINEA DE PAGO
36-02-00-050-953210	CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2023-02-28	2.894.214,00	2.894.214,00	NINGUNO
36-02-00-050-953210	CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2023-03-31	3.775.062,00	3.775.062,00	NINGUNO
36-02-00-050-953210	CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2023-04-30	3.775.062,00	3.775.062,00	NINGUNO
36-02-00-050-953210	CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2023-05-31	3.775.062,00	3.775.062,00	NINGUNO
36-02-00-050-953210	CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2023-06-30	3.775.062,00	3.775.062,00	NINGUNO
36-02-00-050-953210	CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2023-07-31	3.775.062,00	3.775.062,00	NINGUNO
36-02-00-050-953210	CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2023-08-07	880.848,00	880.848,00	NINGUNO

EBERTH ALFONSO CASTRO MIURCIA
COORDINADOR GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO

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:
VILLAVICENCIO	VILLAVICENCIO	30	30-46-101011818	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
06	02	2023	06	02	2023	00:00	30	04	2024	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	CHAVEZ SILVA GINA DEL CARMEN			IDENTIFICACIÓN:	C.C. :40,443,355
DIRECCIÓN:	CL 13 A 15 B 09 MZ C CA 6 BRR	CIUDAD:	VILLAVICENCIO - META	TELÉFONO:	3125475335

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL META			IDENTIFICACIÓN:	NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN:	KM 1 VIA ACACIAS	CIUDAD:	VILLAVICENCIO - META	TELÉFONO:	6825264
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.4555596 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA ORIENTAR ACCIONES DE FORMACION EN LOS PROGRAMAS REGULARES OFERTADOS POR EL CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META, DE ACUERDO A LOS PERFILES PROFESIONALES Y DISEÑO CURRICULAR EN EJECUCION PARA LA VIGENCIA 2023. ENRIQUE LOW MURTRA- INTERACTUAR EN EL CONTEXTO PRODUCTIVO Y SOCIAL DE ACUERDO CON PRINCIPIOS ETICOS PARA LA CONSTRUCCION DE UNA CULTURA DE PAZ.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	06/02/2023	30/04/2024	$ 2,265,037.20

ACLARACIONES:

VALOR PRIMA NETA:	GATOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
$ 20,061.40	$ 8,000.00	$ 5,331.67	$ 33,393.07	$ 2,265,037.20	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
OMEGA AGENCIA DE SEGUR	18520	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 CARRERA 38 NO. 33 - 45/49 - TELÉFONO: 6623707 - VILLAVICENCIO

30-46-101011818
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. 30-46-101011818, 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 VILLAVICENCIO, a los 6 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°:** 30461010118180

FECHA	
CONTADO	
RECIBIMOS DE:	CHAVEZ SILVA GINA DEL CARMEN — C.C. C.C. :40,443,355
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y TRES CON SIETE CENTAVOS PESOS M/CTE
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 30-46-101011818

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
VILLAVICENCIO - CU. ESTATAL - 101011818 - 0 - 0	$ 20,061.40	$ 8,000.00	$ 5,331.67	$ 33,393.07

FORMA DE PAGO

		EFECTIVO:	$ 33,393.07
		CHEQUE:	$ 0.00
		TARJETA:	$ 0.00
		BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO:	OMEGA AGENCIA DE SEGUR - 18520	**OTROS:**	$ 0.00
		TOTAL:	$ 33,393.07
		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°:** 30461010118180

FECHA	
CONTADO	
RECIBIMOS DE:	CHAVEZ SILVA GINA DEL CARMEN — C.C. C.C. :40,443,355
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y TRES CON SIETE CENTAVOS PESOS M/CTE
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 30-46-101011818

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
VILLAVICENCIO - CU. ESTATAL - 101011818 - 0 - 0	$ 20,061.40	$ 8,000.00	$ 5,331.67	$ 33,393.07

FORMA DE PAGO

		EFECTIVO:	$ 33,393.07
		CHEQUE:	$ 0.00
		TARJETA:	$ 0.00
		BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO:	OMEGA AGENCIA DE SEGUR - 18520	**OTROS:**	$ 0.00
		TOTAL:	$ 33,393.07
		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.30-46-101011818

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

77099980211670044557 67

Nit: 860009578-6

SEGUROS DEL ESTADO GENERALES

RECIBO DE PAGO Nº: 10000044557674

CERTIFICAMOS QUE:

FECHA
06/02/2023 06:43p.m.

RECIBIMOS DE: GINA DEL CARMEN CHAVEZ SILVA — CC. 40.443.355

LA SUMA DE: Treinta y tres mil trescientos noventa y tres pesos .**********

POR CONCEPTO DE: PAGO BOLETA RECAUDO REF. NRO.: 10000044557674

SUC - RAMO - POLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTO	IVA	VALOR
VILLAVICENCIO-46-101011818-0-1	$28,061.00		$5,332.00	$33,393.00

FORMA DE PAGO

Pse - $ 33,393.00

EFECTIVO:
CHEQUE:
TARJETA:
BD: 33,393.00
OTROS:

TRANSACCION: 0004455767

TOTAL: $33,393.00

CAJERO: PAGUESTADO

2/6/2023 6:47:03PM

172.16.10.23

Pago de Pólizas Seguros de Vida del Estado S.A.

GENERAL

Datos de la Transacción

Descripción:	Pago de iRecaudo Seguros del Estado Generales
Razón Social:	Seguros del Estado
Nit:	8600095786
No Factura:	10000044557674
Canal:	7423543
Nro. Identificación:	40443355
Banco:	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.
Valor:	$33,393.00
Fecha:	06/02/2023
No transacción PSE:	1904181134
Estado Transacción:	Transacción Aprobada Si desea conocer el estado de su transaccion comuniquese con Pago de iRecaudo Seguros del Estado Generales en el Tel: NUL-SEGUROS DEL ESTADO 3078288 Opc 5 Ext 326 o 419 o PSE SOPORTE 7X24 4044773
IP:	186.119.214.241

Imprimir Transaccion | Fin de la Transaccion