SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL BOLÍVAR**
**CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-BOLIVAR - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **13** |
| **Código Centro** | **930410** |
| **Fecha Elaboración** | **24 de Febrero de 2023** |
| **Versión** | **ENERO 2023 - 1,23** |
| **ID de Proceso** | **50157-521441** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

**Nombres y apellidos contratista:** GERMAN AUGUSTO PIÑEROS RUIZ
**Correo electrónico contratista:** germaruiz@misena.edu.co
**C.C.** 93.415.265 **IP/Nº de contacto** 3213694962

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

**Banco al cual consignar:** BANCOLOMBIA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

**Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000:** NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 17871354511

**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:** 4588999/2023 **Nº Compromiso SIIF** **22823**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 19.415.500 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 19.415.500 | **1** | **Del** | **14/02/2023** | **Al** | **28/02/2023** | **$ 2.410.200,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 17.005.300 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

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

INSTRUCTOR: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN LA MODALIDAD DE FORMACIÓN COMPLEMENTARIA VIRTUAL EN LA SALUD, EN EL AREA DE SALUD QUE OFRECE EL CENTRO DE

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 2.410.200 | | 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** | **$ 2.410.200** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 1.374.360** | | **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** | ---------- | **4482982000** |
| **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 $ 602.550 | $ - | |
| 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 | $ 241.020 | |
| Salud hasta $ 678.592 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 2.792.123 | $ 458.120 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 1.374.360,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 2.079.600,00 | |
| 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 | 7.737,00 | 0,321% |
| - | 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** | **$2.402.463,00** | |

**SON: DOS MILLONES CUATROCIENTOS DOS MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Realice Formación complementaria virtual en el mes de febrero, dictada en el departamento de Bolívar, en la ciudad de Cartagena, utilice en el mes de febrero, herramientas tecnológicas para la formación complementaria virtual, WhatsApp, plataforma territorio y bigbluebutton.
impartí formación complementaria virtual en las siguientes fichas: 2703350 - 2703351 - 2703352 – 2703353 ACCIONES DE PREVENCION EN SALUD MENTAL 40 horas cada una , entre el 16/02/2023 al 15/03/2023 COMPETENCIA DE APRENDIZAJE: Realizar Acciones Individuales Y Colectivas De Prevención Según Guías Y Protocolos Establecidos .

**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.

**GERMAN AUGUSTO PIÑEROS RUIZ**
**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,

**DUVIS ROSARIO ARRIETA ORTEGA**
**INSTRUCTOR G18**

**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**

**YENY LINEY ROMERO OCHOA**
**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 93415265 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | GERMAN AUGUSTO PINEROS RUIZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | COTA | DEPARTAMENTO: | CUNDINAMARCA |
| DIRECCIÓN: | CLL 11B #2B-37 | TELÉFONO: | 2222222 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | **4482982000** | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES enero | AÑO 2023 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES enero | AÑO 2023 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2023/01/24 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 3012407062 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230201 | 230201- PROTECCION | 1 | $ 185.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 185.600 | $ 0 | $ 185.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 185.600** | **$ 0** | **$ 185.600** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS008 | EPS008-COMPENSAR | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 145.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 145.000 | $ 0 | $ 0 | $ 145.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 145.000** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 145.000** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 6.100 | $ 6.100 | $ 0 | $ 0 | $ 6.100 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 6.100** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 6.100** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | CCF | TOTAL APORTE | SENA | TOTAL APORTE | ICBF | TOTAL APORTE | ESAP | TOTAL APORTE | MINEDU | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 93415265 | PIÑEROS RUIZ GERMAN AUGUSTO | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.560.000 | | | | NO | | | | | | | | 01-30 | | | | | | | | | | 230201-PROTECCION | 30 | $ 1.160.000 | $ 185.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 185.600 | EPS008-COMPENSAR | 30 | $ 1.160.000 | $ 145.000 | $ 0 | $ 145.000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.160.000 | 93415265 | $ 6.100 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 336.700** |

## Hace constar:

Que el Sr(a) GERMAN AUGUSTO PIÑEROS RUIZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 93415265 realizó el día 23/02/2023 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 GERMAN AUGUSTO PIÑEROS RUIZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 93415265 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) GERMAN AUGUSTO PIÑEROS RUIZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 93415265 realizó el día 23/02/2023 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

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

# Hace constar:

Que el Sr(a) GERMAN AUGUSTO PIÑEROS RUIZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 93415265 el día 23/02/2023 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

Sede Antioquia
Cra 48 # 46A sur - Centro Oncológico de Antioquia - Envigado
Tel: (4) 4479665 - Cel: 3225843864

Sede Tolima
Carrera 4D No 33-47 Barrio Cadiz
Tel:(8) 2667588 - Cel: 3102701692 - 3227930894

E- mail: contacto@laboratoriobioanalisis.co - www.laboratoriobioanalisis.co

**Paciente** : PIÑEROS RUIZ GERMAN AUGUSTO
**Historia** : 93415262
**Identificación** : 93415262
**Edad/Sexo** : 43 / M
**Telefono** : -
**Remisión** : 02788932

**Origen** : IBAGUE - TOLIMA
**Convenio** : SALUD OCUPACIONAL REGION
**Fecha Recepción**: 2023-01-24 09:50:41
**Fecha Impresión** : 2023-01-24 12:28:27.
**Empresa** :

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

## QUIMICA

### Triglicéridos

| | | | |
|---|---|---|---|
| Trigliceridos | **642** | mg/dl | > 500 mg/dL MUY ALTO<br>200 - 499 mg/dL ALTO<br>150 - 199 mg/dL DUDOSO<br>Hasta 150 mg/dL BAJO |

Técnica:Colorimetrica enzimatica

Observaciones: **MUESTRA LIPÉMICA**
**RESULTADO CONFIRMADO EN LA MISMA MUESTRA**

Fecha / Hora Validado : 2023-01-24 / 12:04

### Colesterol Total

| | | | |
|---|---|---|---|
| Colesterol | **202.6** | mg/dl | Optimo : Hasta 200 mg/dl<br>Moderado: 200 - 239 mg/dl<br>Elevado : > 240 mg/dl |

Técnica: Colorimetrica Enzimática

Fecha / Hora Validado : 2023-01-24 / 12:04

### Colesterol de Alta Densidad - HDL

| | | | |
|---|---|---|---|
| Colesterol de Alta Densidad - HDL | **32.8** | mg/dl | Riesgo elevado: Hasta 35 mg/dL<br>Riesgo bajo: > 60 mg/dL |

Técnica: DIRECTO

Fecha / Hora Validado : 2023-01-24 / 12:04

**ADVERTENCIA LEGAL**

- Le informamos, como destinatario de este mensaje, que el correo electrónico y las comunicaciones por medio de Internet no permiten asegurar ni garantizar la confidencialidad de los mensajes transmitidos, así como tampoco su integridad o su correcta recepción, por lo que el Laboratorio Clínico BIOANALISIS S.A.S. no asume responsabilidad alguna por tales circunstancias. Si no está de acuerdo con la utilización del correo electrónico o de las comunicaciones vía Internet, le rogamos nos lo comunique y ponga en nuestro conocimiento de manera inmediata.
- Este mensaje va dirigido, de manera exclusiva, a su destinatario y contiene información confidencial y sujeta al secreto profesional, cuya divulgación no está permitida por la ley. En caso de haber recibido este mensaje por error, le rogamos que, de forma inmediata, nos lo comunique al correo electrónico recepcion@laboratoriobioanalisis.co o a través del teléfono (8) 265 77 83, proceda a su eliminación, así como a la de cualquier documento adjunto al mismo.
- Asimismo, le comunicamos que la distribución, copia o utilización de este mensaje, o de cualquier documento adjunto al mismo, cualquiera que fuera su finalidad, están prohibidas por la ley.

Para verificar la autenticidad de este documento, debe escanear el código QR o ingresar a la siguiente URL, desde donde deberá ingresar el documento de identidad y este código: 02788932

**URL :** https://n9.cl/validaresultbioanalisisibague

Sede Antioquia
Cra 48 # 46A sur - Centro Oncológico de Antioquia - Envigado
Tel: (4) 4479665 - Cel: 3225843864

Sede Tolima
Carrera 4D No 33-47 Barrio Cadiz
Tel:(8) 2667588 - Cel: 3102701692 - 3227930894

E- mail: contacto@laboratoriobioanalisis.co - www.laboratoriobioanalisis.co

**Paciente** : PIÑEROS RUIZ GERMAN AUGUSTO
**Historia** : 93415262
**Identificación** : 93415262
**Edad/Sexo** : 43 / M
**Telefono** : -
**Remisión** : 02788932

**Origen** : IBAGUE - TOLIMA
**Convenio** : SALUD OCUPACIONAL REGION
**Fecha Recepción**: 2023-01-24 09:50:41
**Fecha Impresión** : 2023-01-24 12:28:27.
**Empresa** :

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

## QUIMICA

### Colesterol de Baja Densidad - LDL Enzimático

| | | | |
|---|---|---|---|
| Colesterol de Baja Densidad - LDL | - | mg/dl | |

Hasta 100 mg/dL OPTIMO
100-129 mg/dL CASI OPTIMO
130-159 mg/dL MODERADO
160-189 mg/dL ELEVADO
> 190 mg/dL MUY ELEVADO

Observaciones: **Si los triglicéridos son mayores de 400 los cálculos no son fiables.**

Fecha / Hora Validado : 2023-01-24 / 12:22

### Colesterol VLDL

| | | | |
|---|---|---|---|
| Colesterol VLDL | - | mg/dl | 5 - 40 |

Observaciones **Si los triglicéridos son mayores de 400 los cálculos no son fiables.**

Fecha / Hora Validado : 2023-01-24 / 12:22

### Indice Arterial

| | | | |
|---|---|---|---|
| Indice Arterial | **6.2** | | Hasta 5 |

Fecha / Hora Validado : 2023-01-24 / 12:05

Validado por:

PAOLA ANDREA ISAZA PENAGOS
BACTERIOLOGA
1037627693

**ADVERTENCIA LEGAL**

- Le informamos, como destinatario de este mensaje, que el correo electrónico y las comunicaciones por medio de Internet no permiten asegurar ni garantizar la confidencialidad de los mensajes transmitidos, así como tampoco su integridad o su correcta recepción, por lo que el Laboratorio Clínico BIOANALISIS S.A.S. no asume responsabilidad alguna por tales circunstancias. Si no está de acuerdo con la utilización del correo electrónico o de las comunicaciones vía Internet, le rogamos nos lo comunique y ponga en nuestro conocimiento de manera inmediata.
- Este mensaje va dirigido, de manera exclusiva, a su destinatario y contiene información confidencial y sujeta al secreto profesional, cuya divulgación no está permitida por la ley. En caso de haber recibido este mensaje por error, le rogamos que, de forma inmediata, nos lo comunique al correo electrónico recepcion@laboratoriobioanalisis.co o a través del teléfono (8) 265 77 83, proceda a su eliminación, así como a la de cualquier documento adjunto al mismo.
- Asimismo, le comunicamos que la distribución, copia o utilización de este mensaje, o de cualquier documento adjunto al mismo, cualquiera que fuera su finalidad, están prohibidas por la ley.

Para verificar la autenticidad de este documento, debe escanear el código QR o ingresar a la siguiente URL, desde donde deberá ingresar el documento de identidad y este código: 02788932

**URL :** https://n9.cl/validaresultbioanalisisibague

| | FICHA AUDIOLÓGICA OCUPACIONAL | SALUD OCUPACIONAL REGIONAL SAS<br>NIT: 900421821-1<br>DIRECCIÓN: Avenida Ferrocarril N°41-46 B/ La<br>TELÉFONO: 6082647277 - 6082701329 |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre Paciente:** | PIÑEROS RUIZ GERMAN AUGUSTO | **Lugar Residencia:** | Ibagué (Urbano) |
| **No. Documento:** | CC 93415265 | **Telefono:** | 3213694962 |
| **Fecha de Nacimiento:** | 01/10/1980 | **Telefono Celular:** | 3213694962 |
| **Edad:** | 43 AÑOS | **Correo Electronico:** | GERMANPINEROS1001@GMAIL.COM |
| **Fecha:** | 2023-01-24 10:59 | **Estado Civil:** | CASADO (A) |
| **Lugar de Nacimiento:** | Ibagué | **Ocupación:** | OTRO |
| **Direccion Residencia** | VEREDA LA MARTINICA | **Cliente Aseguradora Cargo Salud:** | PACIENTE PARTICULAR |
| **Genero:** | Masculino | **Plan:** | PARTICULAR |
| **Grupo Etnico** | | | |
| **Grado Institución:** | PROFESIONAL | **Pension** | PROTECCION S.A. |
| **Tipo Sangre:** | O+ | **Riesgos Laborales:** | |
| **Cargo:** | INSTRUCTOR | **Empresa en Mision:** | |
| **Tipo de Admision** | EXAMEN MEDICO CON ENFASIS MUSCULO | **Programa:** | |
| **Lugar de realización** | Ibagué | **EPS:** | |



## AUDIOMETRIA

### ANTECEDENTES

**MENINGITIS:** NO ; **ACUFENOS:** NO ; **SARAMPION:** NO

**EXPOSICION A EXPLOSIONES:** NO ; **ALERGIAS RESPIRATORIAS:** NO ; **VERTIGO:** NO

**CIRUGIA DE OIDO:** NO ; **PAROTIDITIS:** NO ; **OTITIS:** NO

**OTALGIA:** NO ; **RUBEOLA:** NO ; **AMIGDALECTOMIA:** NO

**DROGAS OTOTOXICAS:** NO ; **SORDERA FAMILIAR:** NO ; **TUBERCULOSIS:** NO

**TRAUMA CRANEOENCEFALICO:** NO ; **HIPERTENSION:** NO ; **VARICELA:** NO

**TRAUMA ACUSTICO:** NO ; **DIABETES:** NO ; **PARALISIS FACIAL:** NO

**OBSERVACIONES:** HIPOACUSIA SUBJETIVA BILATERAL SECUNDARIA A DOS ACCIDENTES DE TRAUMA A NIVEL DE OIDOS

### EXPOSICION A RUIDO

**TRABAJO CON MAQUINARIA:** NO ; **MUSICA AUDIFONOS:** NO

**TEJO:** NO ; **CAZA:** NO

**USA MOTO:** NO ; **SERVICIO MILITAR:** NO

**DISCOTECA:** NO ; **ESPECTACULOS RUIDOSOS:** NO ; **OTROS:** NO

**OBSERVACIONES:** NR

### OTOSCOPIA:

**PABELLON AURICULAR OD:** NORMAL, ; **PABELLON AURICULAR OI:** NORMAL,

**CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO OD:** Normal, ; **CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO OI:** Normal,

**TAPON DE CERUMEN OD:** NO ; **TAPON DE CERUMEN OI:** NO

**MEMBRANA TIMPANICA OI:** Normal, ; **MEMBRANA TIMPANICA OD:** Normal,

**OBSERVACIONES:** NR

### HISTORIA OCUPACIONAL:

**PROTECCION AUDITIVA 1:** NO

**PROTECCION AUDITIVA 2:** NO

**OBSERVACIONES:** NR

### CLASIFICACIÓN LARSEN:

**RESULTADO**

OD: CAIDA LEVE EN FREC. 6000 HZ
OI: CAIDA LEVE A SEVERA EN FREC. 500 A 8000 HZ

## RECOMENDACIONES

CONTROL AUDITIVO EN 1 AÑO

REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL

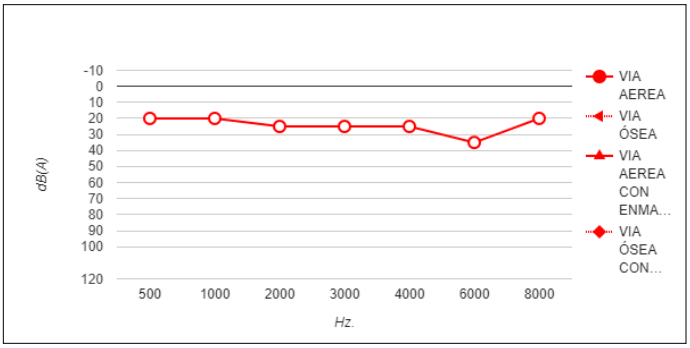
| DIAGNÓSTICOS | | | |
|---|---|---|---|
| **Diagnóstico:** | (H919) HIPOACUSIA, NO ESPECIFICADA | **Lateralidad:** | BILATERAL |

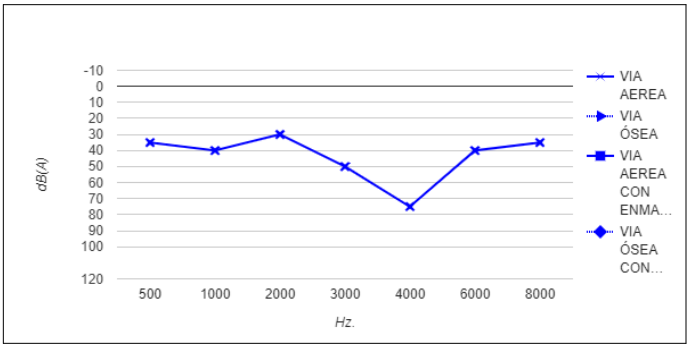
| | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 | 8000 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VIA AEREA | 20 | 20 | 25 | 25 | 25 | 35 | 20 |
| VIA ÓSEA | | | | | | | |
| VIA AEREA CON | | | | | | | |
| VIA ÓSEA CON | | | | | | | |

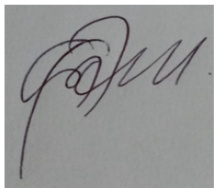
| | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 | 8000 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VIA AEREA | 35 | 40 | 30 | 50 | 75 | 40 | 35 |
| VIA ÓSEA | | | | | | | |
| VIA AEREA CON | | | | | | | |
| VIA ÓSEA CON | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| **Factor de Presbiacusia:** | 14 |
| **Promedio Tonal Auditivo OD:** | 21.7 |
| **Escala E.L.I. Oido Derecho:** | B (BUENO) |
| **Gatiso Oido Derecho:** | 22.50 |
| **SAL:** | B |

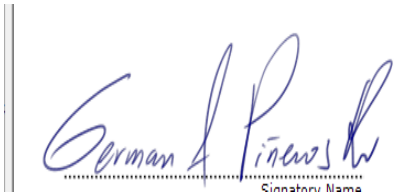
| | |
|---|---|
| **Factor de Presbiacusia:** | 14 |
| **Promedio Tonal Auditivo OI:** | 35.0 |
| **Escala E.L.I. Oido Izquierdo:** | E (MUY SOSPECHOSO TRAUMA ACÚSTICO) |
| **Gatiso Oido Izquierdo:** | 38.75 |
| **SAL:** | B |



ALDANA MOLINA IRIAN NAYIVE
CC 65696356
RESOLUCION N° 1360



FIRMA DEL TRABAJADOR

**SALUD OCUPACIONAL REGIONAL SAS**
**NIT: 900421821-1**
**DIRECCIÓN: Avenida Ferrocarril N°41-46 B/ La Macarena parte baja**
**TELÉFONO: 6082647277 - 6082701329**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre Paciente:** | PIÑEROS RUIZ GERMAN AUGUSTO | **Lugar Residencia:** | Ibagué (Urbano) |
| **No. Documento:** | CC 93415265 | **Telefono:** | 3213694962 |
| **Fecha de Nacimiento:** | 01/10/1980 | **Telefono Celular:** | 3213694962 |
| **Edad:** | 43 AÑOS | **Correo Electronico:** | GERMANPINEROS1001@GMAIL.COM |
| **Fecha:** | 2023-01-24 12:03 | **Estado Civil:** | CASADO (A) |
| **Lugar de Nacimiento:** | Ibagué | **Ocupación:** | OTRO |
| **Direccion Residencia** | VEREDA LA MARTINICA | **Cliente Aseguradora Cargo Salud:** | PACIENTE PARTICULAR |
| **Genero:** | Masculino | **Plan:** | PARTICULAR |
| **Grado Institución:** | PROFESIONAL | | |
| **Grupo Etnico** | | **Pension** | PROTECCION S.A. |
| **Tipo Sangre:** | O+ | **Riesgos Laborales:** | |
| **Cargo:** | INSTRUCTOR | **Empresa en Mision:** | |
| **Tipo de Admision** | EXAMEN MEDICO CON ENFASIS MUSCULO | **Programa:** | |
| **Lugar de realización** | Ibagué | **EPS:** | |



## OPTOMETRÍA OCUPACIONAL

**1. ANAMNESIS**

**USA CORRECCION OPTICA:** NO ; **CUAL:** NINGUNO, ; **TIPO USO:** NINGUNO, ; **ÚLTIMO CONTROL VISUAL:** 1 AÑO

**CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA:** NO ; **CIRUGIAS O TRAUMAS OCULARES:** NO ; **EN TRATAMIENTO:** NO

**PRUEBA CON CORRECCIÓN ÓPTICA:** NO

**2. LENSOMETRÍA**

OJO DERECHO

OJO IZQUIERDO

**3. AGUDEZA VISUAL**

OJO DERECHO

**SIN CORRECCION (LEJOS):** 20/100, ; **SIN CORRECCION (CERCA):** 20/30,

OJO IZQUIERDO

**SIN CORRECCION (LEJOS):** 20/100, ; **SIN CORRECCION (CERCA):** 20/30,

AMBOS OJOS

**SIN CORRECCION (LEJOS):** 20/50, ; **SIN CORRECCION (CERCA):** 20/25,

**4. EXAMEN EXTERNO**

**EXAMEN EXTERNO:** NORMAL,

**5. EXAMEN MOTOR**

COVER TEST

**LEJOS:** ORTOFORIA ; **CERCA:** EXOFORIA

DUCCIONES

TEST DE HIRSCHBERG

**6. ESTADO REFRACTIVO**

DERECHO

**ESFERA:** -125 ; **CILINDRO:** -075 ; **EJE:** 90 ; **AGUDEZA VISUAL:** 20/20,

IZQUIERDO

**ESFERA:** -125 ; **AGUDEZA VISUAL:** 20/20,

(SUBJETIVO) DERECHO

**ESFERA:** -125 ; **CILINDRO:** -100 ; **EJE:** 90 ; **ADICION:** 150 ; **AV LEJOS:** 20/20 ; **AV CERCA:** 20/20

(SUBJETIVO) IZQUIERDO

**ESFERA:** -125 ; **ADICION:** 150 ; **AV LEJOS:** 20/20 ; **AV CERCA 2:** 20/20

**7. OFTALMOSCOPÍA**

**OJO DERECHO:** MEDIA NORMAL

**OJO IZQUIERDO:** MEDIA NORMAL

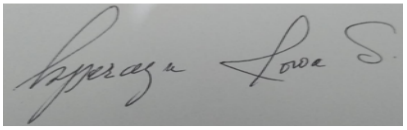
**8. ESTEREOPSIS**

**SEGUNDOS DE ARCO:** 100,

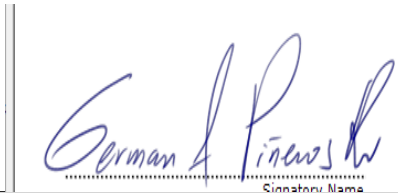
**9. VISIÓN CROMÁTICA**

**TEST ISHIHARA:** NORMAL,

| DIAGNÓSTICO |
| --- |
| **OPTOMETRIA_DIAGNOSTICO:** MIOPIA (H521) 2023-01-24 TIPO DIAGNOSTICO: CONFIRMADO CLASIFICACION DIAGNOSTICO: PRINCIPAL PRESBICIA (H524) 2023-01-24 TIPO DIAGNOSTICO: CONFIRMADO CLASIFICACION DIAGNOSTICO: PRINCIPAL |
| **CONDUCTA A SEGUIR** |
| **CORRECCION OPTICA:** SI, ; **.:** PERMANENTE, |
| **REMISION** |
| **REMISION:** SI, |
| **RECOMENDACIONES** |
| **RECOMENDACIONES:** OPTOMETRIA |



NOVOA SERRANO ESPERANZA
CC 41792249
RES. N° 6031 RES. N° S.O. N° 12791



FIRMA DEL TRABAJADOR

# CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

| Nombre de la Empresa | | Empresa en Misión | |  |
|---|---|---|---|---|
| PACIENTE PARTICULAR | | | | |
| **NIT** | **Dirección Empresa** | **Teléfono Empresa** | **Ciudad** | |
| 730001 | | | Ibagué | |

**INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR**

| Apellidos y Nombres | Documento de Identidad | Edad | Género |
|---|---|---|---|
| PIÑEROS RUIZ GERMAN AUGUSTO | CC 93415265 | 43 AÑOS | MASCULINO |

| Lugar de Nacimiento | Lugar de Residencia | Estado Civil |
|---|---|---|
| Ibagué | Ibagué | CASADO (A) |

| Teléfono Fijo | Dirección | Celular |
|---|---|---|
| 3213694962 | VEREDA LA MARTINICA | 3213694962 |

**Correo Electrónico**

GERMANPINEROS1001@GMAIL.COM

**INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL**

| Cargo | Fecha |
|---|---|
| INSTRUCTOR | 2023-01-24 |

**Lugar de realización examen** Ibagué

**EVALUACION MÉDICA OCUPACIONAL**

**Tipo de examen realizado**

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO CON ENFASIS MUSCULO ESQUELETICO Y CARDIOVASCULAR DE INGRESO

**Concepto**

**APLAZADO**

**Motivo**

**EXÁMENES COMPLEMENTARIOS**

- **EXAMENES DE LABORATORIO:** (PERFIL LIPIDICO) SE REALIZA
- **EXAMEN FISICO:** SE REALIZA
- **PSICOTECNICA:** SE REALIZA
- **OPTOMETRÍA OCUPACIONAL:** SE REALIZA
- **ANAMNESIS DE HC :** SE REALIZA
- **AUDIOMETRIA:** SE REALIZA
- **CONCEPTO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR:** SE REALIZA

| ANEXO EXAMENES COMPLEMENTARIOS |
| --- |
| **VALORACION COMPLEMENTARIA (AUDIOMETRIA)** |
| Control Auditivo En 1 Año/ |
| Reposo Auditivo Extralaboral/ |
| **VALORACION COMPLEMENTARIA (OPTOMETRIA Y/O VISIOMETRIA)** |
| Optometria/ |
| **CONDUCTAS (OCUPACIONALES - RESTRICTIVAS)** |
| Ninguna/ |
| **CONDUCTAS (OCUPACIONALES PREVENTIVAS)** |
| Capacitar En La Prevención De Los Riesgos Propios Del Oficio A Realizar/ |
| Utilizar Gafas U Lentes De Forma Permanente Y Actualizar Anualmente La Fórmula De Sus Lentes../ |
| Se Indica Hábitos Saludables De Vida (Dieta Baja En Sal Y, Azúcar) Realizar Actividades Deportivas Y Controles Preventivos Con Su Médico./ |
| **CONDUCTAS - GENERALES (ocupacion laboral)** |
| Cumplir Con Los Procedimientos Definidos Para Desarrollar Su Trabajo. Informar Oportunamente De Los Peligros Identificados En El Trabajo. Participar En Las Actividades Que Se Desarrollen En El Sistema De Gestión Y Seguridad Y Salud En El Trabajo. Desplácese En Forma Segura , Si Va Manejar Cargas Cumplir Con La Normatividad De Manejo O Manipulación De Cargas, Mantenga Buena Higiene Postural, Ubicando Adecuadamente La Pantalla De Su Monitor, Si Va Estar Expuesto Utilizar Protección Respiratoria Y Auditiva, Utilizar La Dotación Y Los Elementos De Protección Personal Suministrados Por El Empleador./ Dar Aviso A Supervisor O Superior Si Sus Condiciones De Salud Se Han Modificados Y Presenta Alguna Limitación O Restricción Para Realizar La Labor./ |
| **MEDICAS PERSONALES** |
| Se Explica Y Se Fomenta Asistir U/O Continuar En Controles Con Medico De Su Eps Tratante Frente A Los Problemas Y Síntomas Musculoesqueleticos/ |
| Se Informa Asistir O Continuar En Controles Preventivos Por El Medico U Especialista Tratante (Cirujano General) Para Definir Conducta A Seguir./ |
| Se Informa Asistir O Continuar En Controles Preventivos Por El Medico Lider De Su Eps De Promoción Y Prevención De La Salud U Especialista Tratante (Reumatólogo O Internista) Y Seguir Indicaciones De Su Ultimo Control, Tomar Medicamentos Con Horarios Establecidos En El Programa. / |
| Se Informa Asistir O Continuar En Controles Preventivos Por El Medico De Su Eps U Especialista (Otorrinolaringólogo U Audiologo) Y Seguir Indicaciones De Su Ultimo Control/ |
| Se Informa Asistir O Continuar En Controles Preventivos De Su Perfil Lipidico Por El Medico Lider De Su Eps De Promoción Y Prevención De La Salud Y Seguir Indicaciones Medicas./ |
| Se Informa Asistir O Continuar En Controles Preventivos Por El Medico Lider De Su Eps De Promoción Y Prevención De La Salud Con Nutricionista Por Su Índice Masa Corporal, Se Le Recomienda Seguir Indicaciones Bajar De Peso Y Continuar Hábitos De Alimentación, Realizar Ejercicio Como Informa El Medico Tratante/ |
| **OBSERVACION Y CONCLUSION FINAL** |
| El Examen Del Perfil Lipídico Realizados Muestra Un Valor Aumentado, El Cual Se Asocia A Vértigo Y Le Genera Restricciones Ocupacionales. Sin Embargo, Requiere Ser Evaluado Integralmente Por Médico Y Nutrición De Su Entidad De Salud Para Establecer Plan De Manejo/ |
| Enfasis Del Sistema Osteomuscular Y Columna: Este Examen Medico Ocupacional Se Realiza En Condiciones De Reposo Y Esté Enfocado En Una Revisión, Buscando Patologías Activas O Secuelas Osteomusculares Extremidades Y Columna?, Durante Su Evaluación Se Evidencio Sospecha De Patología O Sintomatología De Posible Origen Osteomuscular. Si Va Desempeñar En El Cargo Exposición A Vibraciones Segmentarias, Movimiento Repetitivos Intensos Y Prolongados O Movilización De Cargas? Pudieran Genera Limitaciones O Riesgo Para Desempeñar Sus Funciones Laborales./ |
| Enfasis Del Sistema Osteomuscular Y Columna: Este Examen Médico Ocupacional Se Realiza En Condiciones De Reposo Y Esté Enfocado En Una Revisión, Buscando Patologías Activas O Secuelas Osteomusculares Extremidades Y Columna, Durante Su Evaluación No Se Evidencio Patología O Sintomatología De Origen Osteomuscular Que Pudieran Genera Limitaciones O Riesgo Para Desempeñar Sus Funciones Laborales/ |
| **OTRAS RECOMENDACIONES** |
| Se Recomienda Valoracion Por Urgencias Se Aplaza Para Nueva Valoracion Posterior A Valoracion Por Urgencias Y Examenes Completos/ |
| **VALORACION COMPLEMENTARIA (PSICOLOGIA)** |
| Normal/ |

| | |
|---|---|
| **CLASIFICACION GATISO OSTEOMUSCULAR** | |
| **EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS:** | OSTEOMUSCULAR |
| **INGRESARLO AL PVE PREVENTIVO:** | BIOMECANICO, CONSERVACION VISUAL, AUDITIVO, |
| **REMISION Y CONTROLES POR SU EPS:** | MEDICINA GENERAL |
| **ESTÁ EN CONTROLES CON LA ARL:** | NO |

**CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVO A LOS EXÁMENES**

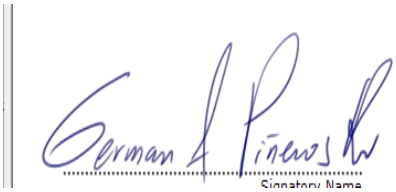
Las respuestas dadas por mi en este(os) examenes(es) estan completas y son verificadas autorizo a la IPS para que suministre las recomendaciones médicas ocupacionales descritas Anteriormente, dando cumpliendo el decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, para retroalimentar los SVE (SISTEMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO) / programas de salud y se recomienda realizar exámenes ocupacionales anualmente acorde a la matriz de peligro y profesiograma.

Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro), dando cumpliendo con la (Resolución 2346 del 2007 Art 10 y Resolución 1111 del 2017 al ítem 3.1.4),y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

Según lo contemplado en las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009,la resolución 839 del 23 de marzo del 2017 y Decreto 1072/2015 - Artículo 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social, y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, las evaluaciones médicas ocupacionales tiene como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud temporales, permanentes o secundarias a la labor o por el medio ambiente de trabajo al cual está expuesto el trabajador, y para detectar precozmente enfermedades de origen común agravadas por la exposición a los mismos.Fortaleciendo los sistemas de prevención y promoción de la salud de los trabajadores. Dichas resoluciones hacen énfasis en la confidencialidad de la Historia clínica ocupacional, la reserva profesional de la misma; y el hecho de que dicha información queda bajo nuestra guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador lo demande, solo los certificados médicos serán conocidos por la empresa.

JULIO CÉSAR GUERRERO CASTRO
MÉDICO CIRUJANO R.M. G 69 S.S.T
Especialista Salud Ocupacional
Resolución Nº 3167 8 Oct. 2019

GUERRERO CASTRO JULIO CESAR
14228617
RM. ESP. EN SALUD OCUPACIONAL G 69 S.S.T.




FIRMA DEL TRABAJADOR

La informacion incluída en este concepto es copia fiel de los datos contenidos en la historia clinica ocupacional.

LINA MARCELA FERREIRA GUERRERO
PSICOLOGA
ESPECIALISTA DE GERENCIA DE RECURSOSHUMANOS Y D O.
ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO

I. DATOS PERSONALES

Nombre: GERMAN AUGUSTO PIÑEROS RUIZ EDAD: 43 AÑOS
Empresa: SENA
Cargo: INSTRUCTOR SALUD
Nivel de Estudio: UNIVERSITARIO
Instrumentos aplicados: VALANTI Y EVALUACIÓN NEUROCOGNITIVA INTEGRAL PARA ADULTOS
Examinador: LINA MARCELA FERREIRA GUERRERO

EVALUACIÒN NEUROCOGNITIVA

FECHA DE ADMINISTRACIÒN 24-01-2023 PRUEBAS ADMINISTRADAS: Atención, Memoria, Gnosis, Praxias, Lenguaje y Pensamiento

ATENCIÒN

PRODUCCIÒN DEL PACIENTE: Realiza correctamente la tarea.
PUNTAJE: 0(Cero) ALTERACIÓN: Inexistente EJECUCIÓN DE FUNCIÓN: Normal

MEMORIA

PRODUCCION DEL PACIENTE: Dos figuras erradas respetando forma y tamaño sin dificultades. En caso de fallar en una figura corrige espontáneamente o con facilitación del examinador.
PUNTAJE : 0 (Cero) ALTERACIÓN : Inexistente EJECUCIÓN DE LA FUNCIÓN: Normal

GNOSIAS

PRODUCCION DEL PACIENTE: Reconoce correctamente los estímulos en tiempo y forma.
PUNTAJE : 0 (Cero) ALTERACIÓN : Inexistente EJECUCIÓN DE LA FUNCIÓN: Normal

PRAXIAS

PRODUCCIÒN DEL PACIENTE: Movimientos correctos y adecuados a los solicitados, en tiempo y forma.
PUNTAJE : 0 (Cero) ALTERACIÓN : Inexistente EJECUCIÓN DE LA FUNCIÓN: Normal

LENGUAJE

PRODUCCIÒN DEL PACIENTE: Realiza correctamente la tarea en tiempo y forma.
PUNTAJE: 0(Cero) ALTERACIÓN: Inexistente EJECUCIÓN DE LA FUNCIÓN: Normal

PENSAMIENTO

PRODUCCIÒN DEL PACIENTE: Respuestas adecuadas del tipo de pensamiento lógico- Abstracta
PUNTAJE: 0 (Cero) ALTERACIÓN: Inexistente EJECUCIÓN DE LA FUNCIÓN: Normal

INFORME NEUROCOGNITIVO FINAL: SE PUEDE CONCLUIR DE LAS PRUEBAS REALIZADAS QUE EL SR GERMAN AUGUSTO PIÑEROS RUIZ NO PRESENTA ALTERACIONES. NIEGA USAR SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

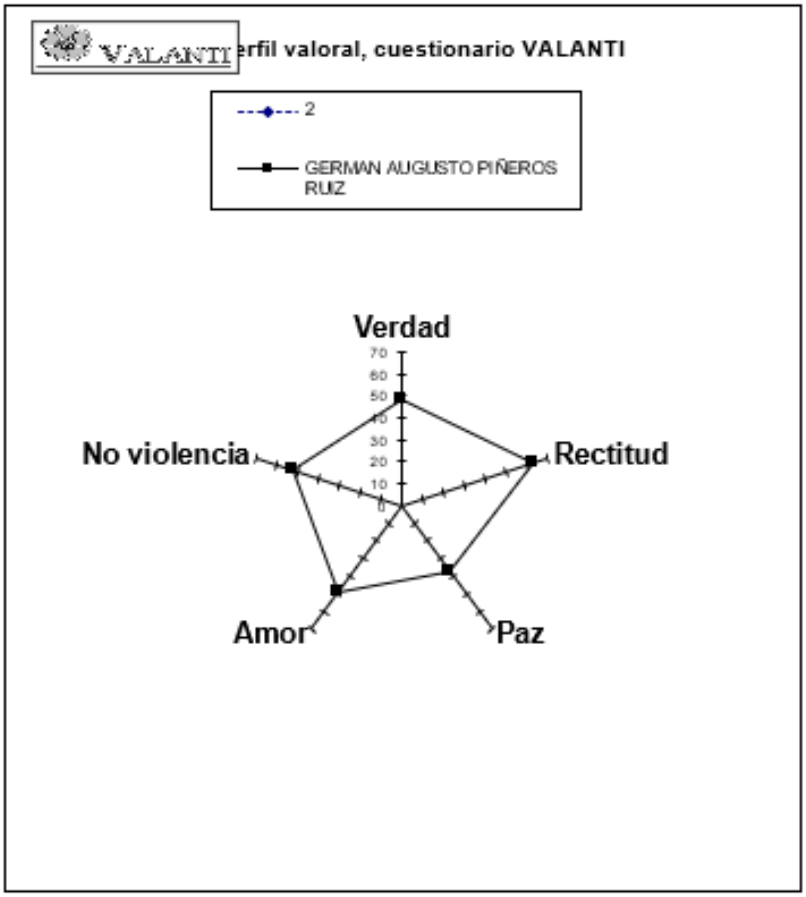
GERMAN AUGUSTO PIÑEROS RUIZ
APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO DE INSTRUCTOR SALUD

LINA MARCELA FERREIRA GUERRERO
PSICOLOGA
ESPECIALISTA DE GERENCIA DE RECURSOSHUMANOS Y D O.
ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO

| | |
|---|---|
| Nombre: | GERMAN AUGUSTO |
| Edad: | 43 Sexo M |
| Cargo: | INSTRUCTOR SALU |
| Estudios | UNIVERSITARIO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 1 | 24-ene-23 |
| 2 | 2 | 1 | |
| 3 | 3 | 0 | |
| 4 | 3 | 0 | |
| 5 | 0 | 3 | |
| 6 | 1 | 2 | |
| 7 | 2 | 1 | |
| 8 | 2 | 1 | |
| 9 | 2 | 1 | |
| 10 | 3 | 0 | |
| 11 | 2 | 1 | |
| 12 | 1 | 2 | |
| 13 | 1 | 2 | |
| 14 | 2 | 1 | |
| 15 | 1 | 2 | |
| 16 | 2 | 1 | |
| 17 | 3 | 0 | |
| 18 | 3 | 0 | |
| 19 | 0 | 3 | |
| 20 | 2 | 1 | |
| 21 | 3 | 0 | |
| 22 | 3 | 0 | |
| 23 | 3 | 0 | |
| 24 | 0 | 3 | |
| 25 | 0 | 3 | |
| 26 | 3 | 0 | |
| 27 | 3 | 0 | |
| 28 | 3 | 0 | |
| 29 | 2 | 1 | |
| 30 | 1 | 2 | |

| Valor | Verdad | Rectitud | Paz | Amor | No violencia |
|---|---|---|---|---|---|
| Promedio Normativo nacional, 1997 (n=730) | 15,65 | 21,05 | 17,35 | 16,68 | 21,22 |
| Desviación Estándar Normativo nacional, 1997 (n=730) | 4,70 | 4,44 | 6,61 | 5,41 | 7,19 |
| Puntaje directo | 15 | 27 | 9 | 16 | 23 |
| 2 | | | | | |
| AUGUSTO PIÑEROS RUIZ | 49 | 63 | 37 | 49 | 52 |
| Interpretación del puntaje estándar | Promedio | Promedio Alto | Promedio Bajo | Promedio | Promedio |
| | **** | ***** | *** | **** | **** |
| Distancia con la Organización | 49 | 63 | 37 | 49 | 52 |



LINA MARCELA FERREIRA GUERRERO
PSICOLOGA
ESPECIALISTA DE GERENCIA DE RECURSOSHUMANOS Y D O.
ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO

El área física (Valor RECTITUD) es la más importante para GERMAN AUGUSTO PIÑEROS RUIZ. El área menos importante es la emocional (Valor PAZ).

El valor verdad está dentro de la norma de la población. La parte intelectual de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como veracidad, raciocinio, curiosidad y honestidad intelectual.

Le da un poco más de importancia a la rectitud que el resto de la población. Destaca el área física, dándole buena prioridad a cualidades como compromiso, confiabilidad, deber, cumplir metas, respeto, responsabilidad y sacrificio.

La valoración de la paz no es tan prioritaria. La parte emocional de sus valores es puesta en segundo plano, dándole un poco menos importancia a cualidades como calma, concentración, paciencia, reflexión, satisfacción, y silencio interior.

El valor amor le impacta dentro de la norma del grupo. La parte intuitiva de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como amabilidad, amistad, ayuda, apoyo, compartir, compasión, cuidado, perdón, simpatía y tolerancia.

El valor no violencia está dentro de lo normal. La parte espiritual de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como amor universal, aprecio por las demás culturas y creencias, hermandad, justicia social y unidad humana.

---

GERMAN AUGUSTO PIÑEROS RUIZ
APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO DE INSTRUCTOR SALUD

LABORATORIO CLÍNICO
LINA BARRETO
¡ Confiabilidad a Toda Prueba !

**Ibagué, FEBRERO 10 DE 2023**
**Paciente: GERMAN AUGUSTO PIÑERO RUIZ** **No: 140**
**Documento: 93.415.265**
**Edad: 43 años**

| ANALISIS | RESULTADO | UNIDADES | VALORES DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| **UROANALISIS** | | | |
| **Uroanálisis [Citoquímico de Orina]** | | | |
| UROANALISIS | | | |
| ANALISIS FISICO QUIMICO | | | |
| Color | **AMARILLO** | | |
| Aspecto | **TRANSPARENTE** | | |
| PH | **7.0** | | |
| Densidad | **1.015** | | |
| Glucosa | **NEGATIVO** | | |
| Proteinas | **NEGATIVO** | | |
| Cetonas | **NEGATIVO** | | |
| Bilirrubinas | **NEGATIVO** | | |
| Urobilinogeno | **NORMAL** | | |
| Sangre ( Hemoglobina ) | **NEGATIVO** | | |
| Nitritos | **NEGATIVO** | | |
| Leucocitos | **NEGATIVO** | | |
| ANALISIS MICROSCOPICO | | | |
| Células epiteliales | **0-2** | /campo | |
| Leucocitos | **0-2** | /campo | |
| Eritrocitos | **NO SE OBSERVA** | campo | |
| Bacterias | **ESCASAS** | | |

Fecha / Hora Validado : 2023-02-10 / 11:35

Validado por:

Lina Johanna Barreto A.
R.P. 730128
Bacterióloga U. Católica Milton

PAOLA ANDREA ISAZA PENAGOS
BACTERIOLOGA
1037627693

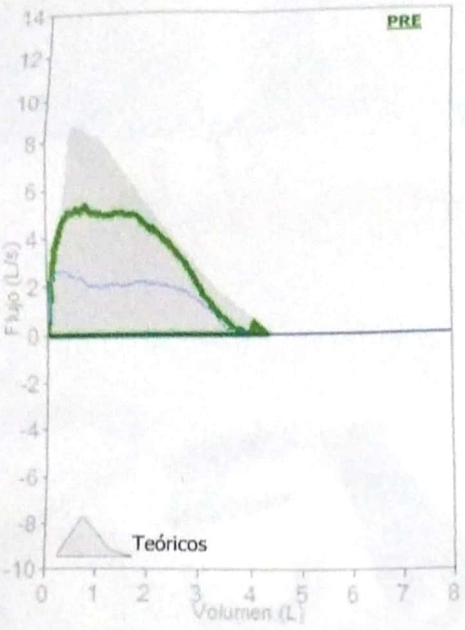
*El Laboratorio no se hace responsable de enmendaduras realizadas en el reporte"*

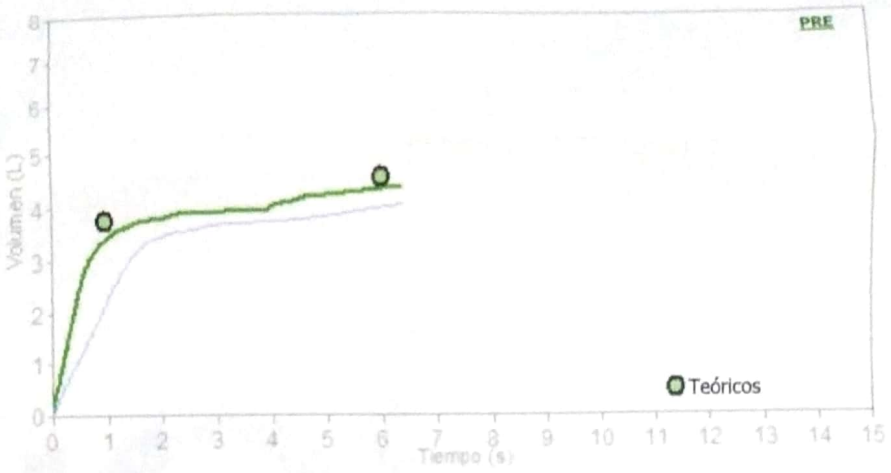
## Resultados de la prueba de Función Pulmonar

**Fecha de visita 10/02/2023**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Cód. paciente | 93415265 | Edad | 43 |
| Apellido | PIÑEROS RUIZ | Género | Masculino |
| Nom. | GERMAN AUGUSTC | Altura, cm | 173 |
| Fecha de nacimier | 10/01/1980 | Peso:, kg | 97 |
| Grupo étnico | No definido | BMI | 32,41 |
| Fuma | No fumador | Paquete-año | |
| Grupo pacientes | | | |

FVC PRE | FEV1 PRE | FEV1% PRE




Grado de control de calidad: D  Variabilidad: FEV1=1,16L (51,1%), FVC=0,32L (7,9

1 Acceptable trials

**Interpretación**

Espirometría normal

**Fecha prueba PRE 10/02/2023 12:18:18 p. m.**

| Parámetros | | LLN | Teór. | Best | %Teór. | Z-score | PRE #1 | PRE #2 | PRE #3 | POST | %Teór. | %Cam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FVC | L | 3,49 | 4.54 | 4,37* | 96 | -0.26 | 4,37 | 4,05 | | * | | |
| FEV1 | L | 2,87 | 3.73 | 3,43* | 92 | -0.58 | 3,43 | **2,27** | | * | | |
| FEV1/FVC | % | 72,5 | 82.6 | 78,5* | 95 | -0.67 | 78,5 | **56,0** | | * | | |
| PEF | L/s | 5,35 | 8.76 | 5,33* | 61 | -1.65 | 5,33 | **2,74** | | * | | |
| ELA | años | | 43 | 53 | 123 | | 53 | 93 | | | | |
| FEF2575 | L/s | 2,16 | 3.94 | 3,36 | 85 | -0.53 | 3,36 | **2,01** | | | | |
| FET | s | | 6.00 | 6,32 | 105 | | 6,32 | 6,40 | | | | |
| FIVC | L | 3,49 | 4.54 | | | | | | | | | |
| FEV1/VC | % | 72,5 | 82.6 | | | | | | | | | |

*Mejores valores de todas las curvas - BTPS 1,101 23 °C (73,4 °F) - Teóricos Knudson

## Informe médico

*Firma*

Monica Alejandra Perez Navarrete
MEDICO GENERAL EN SEGURIDAD Y SALUD DE TRABAJO
C.C. 1030583036

Instrumento usado
Spirobank II new S/N Y18258



MIR

Powered by CamScanner

CLINICA IPS EUGENIO DIAZ S.A.S

CLL 12 A NO 9 - 91 SOACHA PARQUE Teléfono: 8822218

**EVALUACION DE VOZ**

Identificación:**CC 93415265** Nombre:**GERMAN AUGUSTO PIÑEROS RUIZ** Edad: 43 Años

Entidad: **PARTICULAR - CONVENIO PARTICULAR 001** Fecha:**10/02/2023 12:38:00**

TIPO DE EXAMEN / MOTIVO DE CONSULTA: Ingreso

CARGO ACTUAL: INSTRUCTOR
ANTIGÜEDAD EN EL CARGO: 11 AÑOS

ANTECEDENTES VOCALES
" Afonía: Ocasional
" Carraspera: Poco
" Dolor: Niega
" Picazon: Niega
" Sensación de cuerpo extraño: Niega
" Sequedad: Ocasional
" Tos: Niega

ANTECEDENTES DE MAL USO VOCAL
" Habla fuerte: Frecuente
" Grita: Niega
" Susurra: Niega
" Toma reposo vocal: Ocasional

ANTECEDENTES DE ABUSO VOCAL
" Fuma: Niega
" Bebe café: Niega
" Consume alimentos picantes: Niega
" Duerme poco: Niega
" Bebe alcohol: Niega
" Toma poca agua: Niega

ANTECEDENTES AMBIENTALES
" Ambiente de fumadores: Niega
" Aire acondicionado: Niega
" Calefacción artificial: Niega

Durante valoración vocal se aplica:
1. Valoración perceptual GRBAS que indica ausencia de roquera, astenia, soplocidad o tensión.

2. Evaluación aerodinámica encontrando un tiempo máximo de fonación TMF de 16.22 y un Índice S/Z de 1.5 los cuales se encuentran dentro de los parámetros de normalidad

3. Análisis acústico a través del analizador PRAAT que arroja los siguientes parámetros acústicos de la voz que indican normalidad:
" Pitch: 133.262 Hz
" Jitter: 2.855%
" Shimmer: 16.079%

4. Autoreporte (Voice Handicap Index) que indica que el paciente no percibe dificultades con su voz

DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO
FUNCIONALIDAD VOCAL DENTRO DE PARAMETROS NORMALES

Powered by CamScanner

CLINICA IPS EUGENIO DIAZ S.A.S

CLL 12 A NO 9 - 91 SOACHA PARQUE Teléfono: 8822218

## EVALUACION DE VOZ

Identificación:**CC 93415265** Nombre:**GERMAN AUGUSTO PIÑEROS RUIZ** Edad: 43 Años

Entidad: **PARTICULAR - CONVENIO PARTICULAR 001** Fecha:**10/02/2023 12:38:00**

RECOMENDACIONES
PAUTAS DE CUIDADO VOCAL, REPOSO VOCAL DURANTE Y DESPUES DE LA JORNADA LABORAL, EVITAR EL CONSUMO DE ALIMENTOS PICANTES, CIGARRILLO, BEBIDAS OSCURAS Y ALCOHOLICAS, CONTROL ANUAL POR FONOAUDIOLOGIA.

Paula Andrea Infante Urrego
Fonoaudióloga
Esp. Audiologia
TP: 1013646217

**GERMAN AUGUSTO PIÑEROS RUIZ**
**C.C 93415265**

PAULA ANDREA INFANTE URREGO
Especialidad: FONOAUDIOLOGIA
CC: 1013646217 RM: ESP EN AUDIOLOGIA

Powered by CamScanner

compensar | salud

# RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICO

## SEDE : CHIA

**No INGRESO: 8021794** | **No ORDEN: 2022121405916**

**Paciente: GERMAN AUGUSTO PIÑEROS RUIZ** | **Historia: CC-93415265**

Edad: 42 Años | Género: Masculino | Teléfono: 3213694962-0

Medico: FUNDACION CARDIO INFANTIL

Fecha y Hora de ingreso: 2022-12-14 09:27 | Fecha de impresión: 2023-01-04 17:03

Servicio: CONSULTA EXTERNA | Cama:

| Examen | | | | Intervalo Biológico de Referencia |
|---|---|---|---|---|
| **BIOQUIMICA** | | | | |
| GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA | | | | |
| Resultado: | **86.9** | **mg/dL** | | 70 - 100 |
| METODO: GLUCOSA HEXOQUINASA | | | | |
| NITROGENO UREICO | | | | |
| Resultado: | **11.5** | **mg/dL** | | 8 - 23 |
| METODO: UV CINETICO | | | | |
| CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | | | | |
| Resultado: | **0.87** | **mg/dL** | | 0.67 - 1.17 |
| METODO: COLORIMETRICO ENZIMATICO. | | | | |

Profesional Responsable: CLAUDIA MARCELA TOCA AV. Tp: ~SYSValDaemon~

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **HEMATOLOGIA** | | | | |
| **HEMOGRAMA III** | | | | |
| RECUENTO DE LEUCOCITOS | **9.64** | **x10^3/uL** | | 5 - 10 |
| METODO: LASER SEMICONDUCTOR | | | | |
| NEUTROFILOS % | **68.30** | **%** | | 40.3 - 74.8 |
| LINFOCITOS % | **21.40** | **%** | | 12.2 - 47.1 |
| MONOCITOS % | **7.90** | **%** | | 4.4 - 12.3 |
| EOSINOFILOS % | **1.30** | **%** | | 0.01 - 4.4 |
| BASOFILOS % | **0.60** | **%** | | 0.01 - 0.7 |
| NEUTROFILOS Abs | **6.58** | **x10^3/uL** | | 1.82 - 7.42 |
| LINFOCITOS Abs | **2.06** | **x10^3/uL** | | 1.5 - 4 |
| MONOCITOS Abs | **0.76** | **x10^3/uL** | | 0.03 - 0.77 |
| EOSINOFILOS Abs | **0.13** | **x10^3/uL** | | 0.03 - 0.44 |
| BASOFILOS Abs | **0.06** | **x10^3/uL** | * | 0.01 - 0.05 |
| RECUENTO DE ERITROCITOS | **5.75** | **x10^6/uL** | | 4.6 - 6.2 |
| HEMATOCRITO | **47.7** | **%** | | 40 - 54 |



El Paciente se obliga a entregar estos resultados a su médico tratante y este debe verificar que los anteriores fueron la totalidad de los exámenes solicitados por él y cubiertos por el plan de beneficios al que se encuentra afiliado el paciente.

compensar | salud

# RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICO

## SEDE : CHIA

| Examen | | | Intervalo Biológico de Referencia |
|---|---|---|---|
| | HEMATOLOGIA | | |
| METODO: LASER SEMICONDUCTOR | | | |
| HEMOGLOBINA | **16.50 g/dl** | | 13.5 - 18 |
| METODO: LASER SEMICONDUCTOR | | | |
| MCV | **83.0 fl** | * | 86 - 96 |
| MCH | **28.7 pg** | | 25 - 31 |
| MCHC | **34.6 g/dl** | | 32 - 38 |
| RDW | **12.80 %** | | 11 - 15 |
| RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO | **333 x10^3/uL** | | 150 - 450 |
| METODO: LASER SEMICONDUCTOR | | | |
| MPV | **11.1 fl** | | 6.4 - 13 |
| METODO: LASER SEMICONDUCTOR | | | |
| RECUENTO DIFERENCIAL MANUAL | **-** | | |
| TIEMPO DE PROTROMBINA TP | | | |
| Resultado: | **10.50 seg** | | |
| MEDIA POBLACIONAL: 11.9 seg. | | | |
| METODO: COAGULOMETRIA | | | |
| INR | | | |
| Resultado: | **0.89** | | |
| TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP | | | |
| Resultado: | **33.30 seg** | | |
| CONTROL NORMAL DIA: 29.0 seg. | | | |
| METODO: COAGULOMETRIA | | | |

Profesional Responsable: CLAUDIA MARCELA TOCA AV. Tp: ~SYSValDaemon~

Profesional Responsable: Bact. JOSE DANIEL CASTAÑEDA RUIZ. Tp: 1023024567

PIÑEROS RUIZ GERMAN AUGUSTO Orden: 2022121405916

El Paciente se obliga a entregar estos resultados a su médico tratante y este debe verificar que los anteriores fueron la totalidad de los exámenes solicitados por él y cubiertos por el plan de beneficios al que se encuentra afiliado el paciente.

mail.google.com/mail/u/0/#sent/QgrcJHrjCssJvkkCmsDqxlfPRsPQmGPcgpB

Finalizar ahora Configuración de respuestas automáticas

Gmail

in:sent

1 de 11.952

# ENVIO DE EXAMENES PREOCUPACIONALES

**german augusto piñeros ruiz** <germanpineros1001@gmail.com>
para jmarrugop

11:48 (hace 0 minutos)

Muy buenos dias, envio los examenes preocupacionales.

muchas gracias.

GERMAN AUGUSTO PIÑEROS
3213694962

**Un archivo adjunto** · Analizado por Gmail



EXAMENES OCUP...

GC_93415265_242....pdf

GF_93415265_242....pdf

Inicio

2023 INSTRUCTO....docx

Mostrar todo

19°C
Soleado

ESP
LAA

11:48 a. m.
24/02/2023

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 **GERMAN AUGUSTO PIÑEROS RUIZ** con **CC** No. **93415265**, 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:** 16/02/2023<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 14/02/2023<br>**Fecha fin de Contrato:** 07/07/2023<br>**Clase de Riesgo:** 1<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): 202301012667344.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 23 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

# Certificación Bancaria

Bancolombia

Miércoles, 8 de febrero de 2023

**Señores:**
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **GERMAN AUGUSTO PIÑEROS RUIZ** identificado(a) con cc. **93415265** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| Cuenta de ahorro | 178-713545-11 | 2011/07/06 | Activa |

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

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

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario
VIGILADO

Dorian Gutiérrez Correa
Gerente Corresponsales Bancarios y Autoservicios

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

# PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
# DECRETO 1082 DE 2015

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN: | SUCURSAL: | COD. SUC: | NO. PÓLIZA: | ANEXO: |
|---|---|---|---|---|
| BOGOTA, D.C. | ANTIGUO COUNTRY | 21 | 21-46-101062450 | 0 |

| FECHA EXPEDICIÓN: | | | VIGENCIA DESDE: | | | A LAS: | VIGENCIA HASTA: | | | A LAS: | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DÍA: | MES: | AÑO: | DÍA: | MES: | AÑO: | HORAS: | DÍA: | MES: | AÑO: | HORAS: | TIPO MOVIMIENTO: |
| 10 | 02 | 2023 | 09 | 02 | 2023 | 00:00 | 07 | 11 | 2023 | 23:59 | EMISIÓN ORIGINAL |

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | | IDENTIFICACIÓN: | |
|---|---|---|---|
| PIÑEROS RUIZ GERMAN AUGUSTO | | | C.C. :93,415,265 |
| DIRECCIÓN: MZ D CASA 12 | CIUDAD: IBAGUE - TOLIMA | | TELÉFONO: 3213694962 |

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

| ASEGURADO/BENEFICIARIO: | | IDENTIFICACIÓN: | |
|---|---|---|---|
| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL BOLIVAR | | | NIT. :899,999,034-1 |
| DIRECCIÓN: . | CIUDAD: CARTAGENA - BOLIVAR | | TELÉFONO: 0 |
| 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.4588999 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN LA MODALIDAD DE FORMACIÓNCOMPLEMENTARIA VIRTUAL EN LA SALUD, EN EL AREA DE SALUD QUE OFRECE EL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS DE LA REGIONAL BOLÍVAR DEL SENA, ASÍ COMO BRINDAR APOYO CUANDO EL SENA LO REQUIERA EN LA ELABORACIÓN Y O ACTUALIZACIÓN DE DISEÑOS CURRICULARES LA ASESORÍA EN LA FORMULACIÓN DE PLANES DE NEGOCIO EN EL MONTAJE DE UNIDADES PRODUCTIVAS SEGUIMIENTO DE LAS EMPRESAS CREADAS POR LOS CENTROS DE FORMACIÓN EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS TECNOLÓGICOS EN EJERCICIOS DE INVESTIGACIÓN APLICADA Y EN LAS DEMÁS ACTIVIDADES REQUERIDAS POR LA ENTIDAD PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA MISIÓN INSTITUCIONAL EN EL MARCO DE LA FORMACIÓN POR COMPETENCIAS Y EL APRENDIZAJE POR PROYECTOS EN EL DEPARTAMENTO DE BOLIVAR

**AMPAROS**

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

| AMPAROS: | VIGENCIA DESDE: | VIGENCIA HASTA: | SUMA ASEG/ACTUAL: |
|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 09/02/2023 | 07/11/2023 | $ 1,995,110.00 |

ACLARACIONES:

| VALOR PRIMA NETA: | GATOS EXPEDICIÓN: | IVA: | TOTAL A PAGAR: | VALOR ASEGURADO TOTAL | PLAN DE PAGO: |
|---|---|---|---|---|---|
| $ 20,000.00 | $ 8,000.00 | $ 5,320.00 | $ 33,320.00 | $ 1,995,110.00 | CONTADO |

| INTERMEDIARIO | | | DISTRIBUCIÓN COASEGURO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: | CLAVE: | % PART: | NOMBRE COMPAÑÍA: | % PART: | VALOR ASEGURADO: |
| DELIMA GRUPO EMPRESARIAL | 93093 | 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 83 NO 19-10 - TELÉFONO: 4590601 - BOGOTA, D.C.**

21-46-101062450
**FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General**

**FIRMA TOMADOR**

**USTED PUEDE CONSULTAR ESTAR PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM**

Oficina Principal: Calle 83 No 19-10 Bogotá D.C. Teléfono: 601-2186977, 601-6019330

DLF093093A

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

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

Hacemos constar, que la póliza No. 21-46-101062450, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

Lo anterior de conformidad con lo establecido en el decreto 1082 de 2015, el cual regula las garantías ante entidades estatales.

Dado en BOGOTA, D.C., a los 10 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°:** 21461010624500

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

**RECIBIMOS DE:** PIÑEROS RUIZ GERMAN AUGUSTO C.C. C.C. :93,415,265

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

**POR CONCEPTO DE:** PAGO DE PÓLIZA NRO.: 21-46-101062450

| SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA | PRIMA | GASTOS EXPEDICION | IVA | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| ANTIGUO COUNTRY - CU. ESTATAL - 101062450 - 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 |
| **INTERMEDIARIO:** DELIMA GRUPO EMPRESARIAL - 93093 | **OTROS:** | $ 0.00 |
| | **TOTAL:** | $ 33,320.00 |
| | **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°:** 21461010624500

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

**RECIBIMOS DE:** PIÑEROS RUIZ GERMAN AUGUSTO C.C. C.C. :93,415,265

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

**POR CONCEPTO DE:** PAGO DE PÓLIZA NRO.: 21-46-101062450

| SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA | PRIMA | GASTOS EXPEDICION | IVA | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| ANTIGUO COUNTRY - CU. ESTATAL - 101062450 - 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 |
| **INTERMEDIARIO:** DELIMA GRUPO EMPRESARIAL - 93093 | **OTROS:** | $ 0.00 |
| | **TOTAL:** | $ 33,320.00 |
| | **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.21-46-101062450

**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

SISTEMA NACIONAL DE RECAUDOS

SEGUROS DEL ESTADO S.A. Nit. 860009578-6 | 47189 | iRecaudo

| | |
|---|---|
| **Nro. de Referencia de Pago** | 30000046360914 |
| **Fecha de Emisión** | 10/02/2023 |

| | | Fecha de Pago | | |
|---|---|---|---|---|
| | | **DIA** | **MES** | **AÑO** |
| **Consignado Por:** | PIÑEROS RUIZ GERMAN AUGUSTO | | | |
| **Valor a Pagar:** | $33.320,00 | | | |
| **Cantidad de Documentos a Pagar** | 1 | **Fecha Vencimiento Boleta** | 13/02/2023 | |

**CLIENTE**

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

**Lugares de Pag**

Recuerde llevar los comprobantes separados para pago en Banco

SISTEMA NACIONAL DE RECAUDOS

SEGUROS DEL ESTADO S.A. Nit. 860009578-6 | 47189 | iRecaudo

| | |
|---|---|
| **Nro. de Referencia de Pago** | 30000046360914 |
| **Fecha de Emisión** | 10/02/2023 |

| | Fecha de Pago | | |
|---|---|---|---|
| | **DIA** | **MES** | **AÑO** |
| **Nombre de quién realiza la consignación:** PIÑEROS RUIZ GERMAN AUGUSTO | | | |
| **Teléfono:** | **TOTAL A PAGAR** | $33.320,00 | |

(415)7709998021167(8020)30000046360914(3900)00000000033320(96)20230213

**BANCO - CHEQUE**

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

| FORMA DE PAGO | Código del Banco | Nº de Cheque | Nº de Cuenta | Valor |
|---|---|---|---|---|
| **CHEQUE** | | | | |
| | | | **Total Pagado** | |

**Lugares de Pag**

Recuerde llevar los comprobantes separados para pago en Banco

SISTEMA NACIONAL DE RECAUDOS

SEGUROS DEL ESTADO S.A. Nit. 860009578-6 | 47189 | iRecaudo

| | |
|---|---|
| **Nro. de Referencia de Pago** | 30000046360914 |
| **Fecha de Emisión** | 10/02/2023 |

| | Fecha de Pago | | |
|---|---|---|---|
| | **DIA** | **MES** | **AÑO** |
| **Nombre de quién realiza la consignación:** PIÑEROS RUIZ GERMAN AUGUSTO | | | |
| **Teléfono:** | **TOTAL A PAGAR** | $33.320,00 | |

(415)7709998021167(8020)30000046360914(3900)00000000033320(96)20230213

**BANCO - EFECTIVO**

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

**Lugares de Pag**

| | |
|---|---|
| **Total de Efectivo** | **$** |
| **Total Pagado** | **$** |

Recuerde llevar los comprobantes separados para pago en Banco

Este formato está prediligenciado por el aplicativo iRecaudo. La impresión de los formatos de recaudo debe hacerse en papel tipo Bond de 75 gr/m2 (papel para fotocopiado). No se aceptan formatos impresos en papeles químicos tipo FAX. La impresión debe realizarce con impresora láser de alta resolución. Se deben presentar todas las copias de la impresión en la Sucursal del Banco con la forma de pago previamente diligenciada en cada una de ellas.



V 9_61 221130 EMVCO

Redeban

FEB 10 2023 17:54:02 REMDES 9.61

CORRESPONSAL BANCOLOMBIA
BARRIO SAN MATEO SOACH
CR 7 ESTE 32 20

C.UNICO: 3007035979 TER: 9A008661
RECIBO: 036819 RRN: 056742
APRO: 137364

RECAUDO
CONVENIO: 47189
SEGUROS DEL ESTADO S
REF: 0000000000300000046360914

VALOR $ 33.320

Bancolombia es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros por su cuenta. Verifique que la informacion en este documento este correcta. Para reclamos comuniquese al 018000912345. Conserve esta tirilla como soporte.

*** CLIENTE ***

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14746231597

(415)7707212489984(8020) 000001474623159 7

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

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 9 3 4 1 5 2 6 5 | 1 9 9 8 0 1 3 0 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Tolima 7 3 | Ibagué 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| PIÑEROS | RUIZ | GERMAN | AUGUSTO |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Cundinamarca 2 5 | Cota 2 1 4 |

41. Dirección principal: CL 11 2 B 37

42. Correo electrónico: germanpineros1001@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 2 1 3 6 9 4 9 6 2 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 5 4 1 | 2 0 1 6 0 4 2 2 | 8 5 4 2 | 2 0 1 6 0 4 2 2 | | 8 5 4 3 | 8 6 1 0 | 2 2 2 4 | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

22- Obligado a cumplir deberes formales a

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 2021 - 03 - 09 / 10 : 50: 05

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 PIÑEROS RUIZ GERMAN AUGUSTO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR**
**NIT 860.066.942-7**

## CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) GERMAN AUGUSTO PIÑEROS RUIZ identificado(a) con Cedula Ciudadania 93415265, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

| Fecha Afiliación | Fecha Retiro |
|---|---|
| 20210223 | No Registrada |

Beneficiarios:

| Nombre Beneficiario | Paren. | Identificación | Tipo de Identificación | Fecha de Afiliación | Fecha de Retiro | Estado Afiliación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ALAN SAMUEL PIÑEROS VALDERRAMA | HI | 1020843849 | RC | 20210223 | No Registrada | Activo |
| VALERIA SOFIA PIÑEROS VALDERRAMA | HI | 1028407014 | TI | 20210223 | No Registrada | Activo |
| SEBASTIAN PIÑEROS VALDERRAMA | HI | 1104941404 | TI | 20210223 | No Registrada | Activo |

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 8 días del mes de Febrero de 2.023

**Observaciones:**

**Con destino a:**
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

21092413

VIGILADO Supersalud

VIGILADO SuperSubsidio