SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL ATLÁNTICO
CENTRO NACIONAL COLOMBO ALEMAN- ATLÁNTICO

Código Regional	**8**
Código Centro	**920710**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**40170-374144**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ORIANA ANDREA BARRIOS VASQUEZ	**C.C.**	1.140.818.475	**IP/Nº de contacto**	0
Correo electrónico contratista:	oabarrios57@misena.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: 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** 55405376511

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: 4510695/2023 **Nº Compromiso SIIF** 21923

Valor Total del Contrato	$ 17.911.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 17.911.000	**1**	**Del**	**01/02/2023**	**Al**	**28/02/2023**	**$ 3.582.200,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 14.328.800		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

R.P- PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL COMPLEMENTARIA EN EL PROGRAMA DE BILINGÜISMO DEL CENTRO NACIONAL COLOMBO ALEMÁN.08-9-2023-002449.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.582.200		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	**$ 3.582.200**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.105.985**		**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	----------	**9445796598**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.432.880	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 179.200	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 229.300	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 7.500	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 895.550	$ -	
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	$ 358.220	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 701.995	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.105.985,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.173.700,00	
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	31.737,00	1,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$3.550.463,00**	

SON: TRES MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIóN PROFESIONAL TITULADA-COMPLEMENTARIA EN EL áREA DE INGLéS DE AC ORIENTAR EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE PROMOVIENDO EL APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO, LA SOLUCIóN CREATIVA DE PROBLEMAS,

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.

ORIANA ANDREA BARRIOS VASQUEZ
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,

MANUEL GREGORIO HORMECHEA LANCE
INSTRUCTOR G19

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

VICTOR FABIAN ARBELAEZ TORREJANO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

aportes en línea

Comprobante de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono
CC 1140818475		BARRIOS VASQUEZ ORIANA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 19 # 36 - 23	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3629931

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Periodo Pensión	**2023-01**	Periodo Salud	**2023-01**
Fecha límite de pago	**2023/02/16**	Fecha de pago	**2023/01/24**
Dias de mora	**0**	Tasa de mora	**26.16%**

TOTALES	
Valor a pagar	**$179,700**
Intereses de mora	**$0**
Saldos e incapacidades	**$0**
Valor total	**$179,700**

DATOS DE LA TRANSACCIÓN	
Clave planilla	**9445796598**
Clave de pago	**1879634929**
Banco	**NEQUI**

2023/01/24 03:15 PM

aportes en línea

Pagos aportes en línea

Módulo de pagos electrónicos

Pago electrónico

El pago electrónico de su autoliquidación se ha realizado exitosamente

Resumen del pago electrónico



Dirección IP:	190.126.196.105
Estado de la transacción:	APROBADA
Clave planilla:	9445796598
Valor:	179,700
Período de pago:	2023-01
No Transacción (CUS):	1879634929
Fecha:	2023/01/24
Banco:	NEQUI
Aportes en línea:	9999001472382

Aceptar

Imprimir

Copyright © 2023 Aportes en Línea. Todos los derechos reservados.

Pagos PSE de Nequi

Pago Realizado

Descripción

Pago de la Planilla de aportes con clave:
9445796598

Tienda
APORTES EN LINEA

Referencia de pago
1879634929

Precio
$179,700

Referencia Nequi
M2339689

Número de referencia 1
190.126.196.105

Número de referencia 2
CC

Número de referencia 3
1140818475

¿De donde salió tu plata?

Disponible

Entendido

Imprimir

¿Tienes alguna pregunta?

Teléfono
300-600-01-00 (tel:3006000100)

Mail
escribe@nequi.co ()

Pagos PSE de Nequi

Pago Realizado

Descripción

Pago de la Planilla de aportes con clave:
9445796598

Tienda
APORTES EN LINEA

Referencia de pago
1879634929

Precio
$179,700

Referencia Nequi
M2339689

Número de referencia 1
190.126.196.105

Número de referencia 2
CC

Número de referencia 3
1140818475

¿De donde salió tu plata?

Disponible

Entendido

Imprimir

¿Tienes alguna pregunta?

Teléfono
300-600-01-00 (tel:3006000100)

Mail
escribe@nequi.co ()

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 14368977253

(415)7707212489984(8020) 000001436897725 3

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

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BARRIOS	VASQUEZ	ORIANA	ANDREA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0 1

41. Dirección principal: CL 35 20 137 AP INTERNO

42. Correo electrónico: oriabarrios@hotmail.com

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

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	0																								

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

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

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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha 2016 - 04 - 20

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 RANGEL CAMPOS ALDEMAR
985. Cargo Gestor I

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) ORIANA ANDREA BARRIOS VASQUEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1140818475 realizó el día 24/02/2023 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la

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

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) ORIANA ANDREA BARRIOS VASQUEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1140818475 el día 24/02/2023 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

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:
BARRANQUILLA	BARRANQUILLA	85	85-46-101034163	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
31	01	2023	01	02	2023	00:00	30	10	2023	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		IDENTIFICACIÓN:	
BARRIOS VASQUEZ ORIANA ANDREA			C.C. :1,140,818,475
DIRECCIÓN: CR 19 N 36 - 23	CIUDAD: BARRANQUILLA - ATLANTICO		TELÉFONO: 3023176856

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN:	
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA			NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN: CLL 30 3E 164	CIUDAD: BARRANQUILLA - ATLANTICO		TELÉFONO: 7248113
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.4510695 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL COMPLEMENTARIAEN EL PROGRAMA DE BILINGÜISMO DEL CENTRO NACIONAL COLOMBO ALEMÁN.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	01/02/2023	30/10/2023	$ 1,791,100.00

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	$ 1,791,100.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
CONSTRUYENDO SEGUROS L	164232	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 58 NO. 70-136 - TELÉFONO: 3681078 - BARRANQUILLA

85-46-101034163
FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

Oriana A Barrios Vásquez
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. 85-46-101034163, 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 BARRANQUILLA, a los 31 días del mes de Enero 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°:** 85461010341630

FECHA	
CONTADO	
RECIBIMOS DE:	BARRIOS VASQUEZ ORIANA ANDREA — C.C. C.C. :1,140,818,475
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 85-46-101034163

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
BARRANQUILLA - CU. ESTATAL - 101034163 - 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: CONSTRUYENDO SEGUROS L - 164232	**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°: 85461010341630

FECHA	
CONTADO	
RECIBIMOS DE:	BARRIOS VASQUEZ ORIANA ANDREA — C.C. C.C. :1,140,818,475
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 85-46-101034163

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
BARRANQUILLA - CU. ESTATAL - 101034163 - 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: CONSTRUYENDO SEGUROS L - 164232	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.85-46-101034163

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

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 **ORIANA ANDREA BARRIOS VASQUEZ** con **CC** No. **1140818475**, 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:** 06/02/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 06/02/2023 **Fecha fin de Contrato:** 30/06/2023 **Clase de Riesgo:** 1 **Cargo :** INSTRUCTOR **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301012701555.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 24 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

MEDICID
Salud Ocupacional S.A.S.

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

No. 1



CIUDAD Y FECHA DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
24 DIA	01 MES	2023 AÑO	BARRANQUILLA Ciudad	Examen de Ingreso

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la Empresa	Centro de Trabajo - Sede
PARTICULAR	BARRANQUILLA

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo documento de identificación: CC Cédula de Ciudadanía, CE Cédula de Extranjería, TI Tarjeta de Identidad, PT Pasaporte)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Edad	Documento de identificación Tipo	Número
BARRIOS	VASQUEZ	ORIANA	ANDREA	34 Años	CC	1140818475

Cargo	Sección
INSTRUCTORA BILINGUE	

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

● Sin limitaciones o restricciones para el cargo ○ Con Restricciones o limitaciones para el cargo ○ Aplazado

Se recomienda valoración por EPS: ○ SI ● NO Se entrega formato de remisión a EPS: ○ SI ● NO

LIMITACIONES O RESTRICCIONES

Describa cuales son, ante que condiciones o funciones, cuales factores de riesgo. T (temporal) P (Permanente)

Agentes o Factores de Riesgo	T	P	Recomendaciones
	○	○	

Recomendaciones:
IMC:23,8 NORMAL , ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.

VALORACIÓN COLUMNA

Alineación Normal ☑ Curvatura Normal ☑ **Observaciones:**

EXÁMENES REALIZADOS

☑ AUDIOMETRIA ☑ OPTOMETRIA ☑ ELECTROCARDIOGRAMA ☑ EVALUACION PSICOLOGICA ☑ PERFIL LIPIDICO

Otros exámenes:

Incluir en Programas de Vigilancia Epidemiológica: ☐ Cardiovascular ☐ Osteomuscular ☐ Auditivo ☐ Visual ☐ Respiratorio

"SI ESTE DOCUMENTO NO ES ENVIADO POR MEDICID IPS S.A.S., POR FAVOR VERIFIQUE SU AUTENTICIDAD"

Consentimiento informado del Aspirante o trabajador: Autorizo al Dr(a) abajo mencionado(a) Profesional adscrito a MEDICINA, CONTROLES Y DIAGNOSTICOS EN SALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S. a realizar a mí el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento.El Dr(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico ocupacional junto con su(s) paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) acupacional(es), la asesoría antes de las tomas de las pruebas. Entiendo que la realización de las pruebas ocupacionales es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que se realizara el(los) examen(es) ocupacional(es). Fuí informado de las medidas que tomará MEDICINA, CONTROLES Y DIAGNOSTICOS EN SALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S. para proteger la confidencialidad de la

Médico

Firma:

Nombre: CRISTIAN MENDOZA SANTOS

Registro Médico: 1326844 Licencia Salud Ocupacional: 6719

Aspirante / trabajador

Firma:

Nombre: ORIANA ANDREA BARRIOS VASQUEZ

Documento Identidad: 1140818475

MEDICID
Salud Ocupacional S.A.S.

OPTOMETRIA OCUPACIONAL

CIUDAD Y FECHA DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN OCUPACIONAL
24 DIA	01 MES	2023 AÑO	BARRANQUILLA Ciudad	Examen de Ingreso

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULAR	BARRANQUILLA
Nombre de la Empresa	Centro de Trabajo - Sede

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo documento de identificación: CC Cédula de Ciudadanía, CE Cédula de Extranjería, TI Tarjeta de Identidad, PT Pasaporte)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Documento de identificación Tipo	Número
BARRIOS	VASQUEZ	ORIANA	ANDREA	CC	1140818475

Genero	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Edad
○ Masculino ● Femenino	23 DIA 11 MES 1988 AÑO	BARRANQUILLA	34 Años

EXPOSICIÓN A RIEGOS OCUPACIONALES OCULARES EN EMPRESA ACTUAL Y/O ANTERIOR

Tipo de Riesgo			Tiempo de Exposición Acumulada			Diaria	Utiliza Protección Visual		De que tipo
Existe o existió exposición para cada una de las respuestas afirmativas	SI	NO	Años	Meses	Días	Horas	SI	NO	
Radiación Ultravioleta o infraroja (soldadura, hornos)	○	●					○	●	
Mecánico (proyección de partículas)	○	●					○	●	
Iluminación inadecuada ○ Excesiva ○ Deficient ○ Reflejos	○	●					○	●	
Uso de video terminales	○	●					○	●	

ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES

GENERALES	SI	NO	OCULARES	Ojo Derecho SI	Ojo Derecho NO	Ojo Izquierdo SI	Ojo Izquierdo NO
Hipertensión Arterial	○	●	Cirugía Ocular	○	●	○	●
Diabetes	○	●	Queratocono	○	●	○	●
Hipoglicemia	○	●	Glaucoma	○	●	○	●
Toxoplasmosis	○	●	Catarata	○	●	○	●
Cefalea	○	●	Retinopatía	○	●	○	●
Trauma Craneoencefálico	○	●	Desprendimiento de Retina	○	●	○	●
Otros	○	●	Ambliopía	○	●	○	●
¿Cual?			Estrabismo	○	●	○	●

SÍNTOMAS Y SIGNOS

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
Visión Doble	○	●	Cefalea	○	●	Salto de Renglones	○	●
Fotofobia	○	●	Irritación Ocular	○	●	Disminución Agudeza Visual - V. Próxima	○	●
Cansancio Ocular	○	●	Lagrimeo	○	●	Disminución Agudeza Visual - V. Lejana	○	●
Ardor Ocular	○	●	Prurito Ocular	○	●	Secreciones	○	●
Miodesopsias	○	●	Dolor Ocular	○	●			

EVALUACIÓN

Sin Corrección			LENSOMETRIA			Con Corrección		
AGUDEZA VISUAL	Visión Lejana	Visión Próxima		Visión Lejana	Visión Próxima	AGUDEZA VISUAL	Visión Lejana	Visión Próxima
Ojo Derecho	20/20	20/20	Ojo Derecho	----------	----------	Ojo Derecho	----------	----------
Ojo Izquierdo	20/20	20/20	Ojo Izquierdo	----------	----------	Ojo Izquierdo	----------	----------

EXAMEN EXTERNO

	Ojo Derecho SI	Ojo Derecho NO	Ojo Izquierdo SI	Ojo Izquierdo NO
Pinguecula	○	●	○	●
Resequedad Ocular	○	●	○	●
Inyección Conjuntival	○	●	○	●
Hiperemia Conjuntival	○	●	○	●
Ptosis Palpebral	○	●	○	●
Prerigio	○	●	○	●
Secreción Ocular	○	●	○	●
Edema Palpebral	○	●	○	●
Blefaritis	○	●	○	●

ESTADO MOTOR

Cover Test Visión Lejana	ortoforia	
Cover Test Visión Próxima 40 cms	ortoforia	
Punto Próximo de Convergencia	nariz	
	Ojo Derecho	**Ojo Izquierdo**
Retinoscopia	+075-075x90	+075-075x90
	Normal Anormal	**Normal Anormal**
Estereopsis	● ○	● ○
Visión Cromática	● ○	● ○
Campo Visual	● ○	● ○
Oftalmoscopia	● ○	● ○

SUBJETIVO (Según respuesta del evaluado)

	Ojo Derecho	Ojo Izquierdo	Adición de Lente
Esfera	+025	+025	----------
Cilindro	-050	-050	----------
Eje	90	90	
Agudeza Visual	20/20	20/20	20/20

DIAGNÓSTICO

	Ojo Derecho	Ojo Izquierdo
Emetropía	☑	☑
Miopía	☐	☐
Hipermetropía	☐	☐
Astigmatismo	☐	☐
Presbicia	☐	☐
Ambliopía	☐	☐
problema de Motilidad	☐	☐
Insuficiencia de Convergencia	☐	☐

	Ojo Derecho	Ojo Izquierdo
Problema de Refracción No Corregido	○	○
Problema de Refracción Adecuadamente Corregido	○	○
Problema de Refracción Inadecuadamente Corregido	○	○
No Requiere Corrección	●	●

RECOMENDACIONES

Control en: ○ 3 ○ 6 ○ 9 ● 12 Meses

Corrección Optica con Anteojos ○
Corrección Optica con Anteojos Permanente ○
Corrección Optica con Lentes de Contacto ○

Valoración por Ortóptica ○ Si ○ No

Valoración por Oftalmología ○ Si ○ No

Observaciones:

Evaluado por: YESIRIS JOHANNA HERNANDEZ PIMIENTA

Aspirante/Trabajador: ORIANA ANDREA BARRIOS VASQUEZ

MEDICID
Salud Ocupacional S.A.S.

HISTORIA AUDIOLÓGICA OCUPACIONAL
Audiometría

CIUDAD Y FECHA DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN			
24 (DIA)	01 (MES)	2023 (AÑO)	BARRANQUILLA (Ciudad)

TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL: Examen de Ingreso

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULAR (Nombre de la Empresa)	BARRANQUILLA (Centro de Trabajo - Sede)

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo documento de identificación: CC Cédula de Ciudadanía, CE Cédula de Extranjería, TI Tarjeta de Identidad, PT Pasaporte)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Documento de identificación: Tipo	Número
BARRIOS	VASQUEZ	ORIANA	ANDREA	CC	1140818475

Género	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Edad
○ Masculino ● Femenino	23 (DIA) 11 (MES) 1988 (AÑO)	BARRANQUILLA	34 Años

INFORMACIÓN OCUPACIONAL CARGO ACTUAL /RETIRADO O A INGRESAR (Según información suministrada por el aspirante/ trabajador o que pueda tener el médico)

Fecha de Ingreso: 24 (DIA) 01 (MES) 2023 (AÑO)

Jornada de trabajo: ○ Diurno ○ Nocturno ○ Rotativo

Cargo	Sección
INSTRUCTORA DE IDIOMAS	

ANTECEDENTES PERSONALES

OTOLÓGICOS	SI	NO	OIDO
OTALGIA	○	●	
OTITIS	○	●	
OTORREA	○	●	
OTOTÓXICOS	○	●	
ACÚFENO	○	●	
PRURITO	○	●	
VÉRTIGO	○	●	
TINNITUS	○	●	
HIPOACUSIA	○	●	
SENSACIÓN DE OIDO TAPADO	○	●	
TRAUMA ACUSTICO	○	●	
CERUMEN	○	●	
PERFORACIÓN TIMPÁNICA	○	●	
OTROS	○	●	
¿Cual?			

PATOLÓGICOS	SI	NO
AFECCIÓN RENAL	○	●
PAROTIDITIS	○	●
TBC	○	●
DIABETES	○	●
HIPOTIROIDISMO	○	●
MENINGITIS	○	●
PALUDISMO	○	●
REUMATISMO	○	●
HIPERTENSION ARTERIAL	○	●
SARAMPIÓN	○	●
RUBEOLA	○	●
RINITIS - SINUSITIS	○	●
ALTERACIONES DE TIROIDES	○	●
OTROS	○	●
¿Cual?		

EXTRALABORALES	SI	NO
MÚSICA CON AUDÍFONOS	○	●
MÚSICA A ALTO VOLUMEN	○	●
TIRO AL BLANCO - POLÍGONO	○	●
SERVICIO MILITAR	○	●
DETONACIÓN - EXPLOSIÓN	○	●
DISCOTECA - BARES	○	●
INSTRUMENTO MUSICAL	○	●
MANOS LIBRES	○	●
MOTOCICLISMO	○	●
TEJO	○	●
BUCEO	○	●
OTROS	○	●
¿Cual?		

QUIRÚRGICOS	SI	NO		SI	NO
CIRUGÍA DE OIDO	○	●	TIMPANOPLASTIA	○	●
CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	○	●			

HEREDITARIOS	SI	NO	PARENTESCO
CONGÉNITO	○	●	
ADQUIRIDO	○	●	

Observaciones:

ANTECEDENTES OCUPACIONALES ○ Si ● No

Empresa	Cargo	Exp. Ruido	Horas	Días	Meses	Años	Proteccion Auditiva	Tipo de Protección
		○ S N						
		○ S N						
		○ S N						
		○ S N						

Descanso Auditivo: **8** Horas

OTOSCOPIA

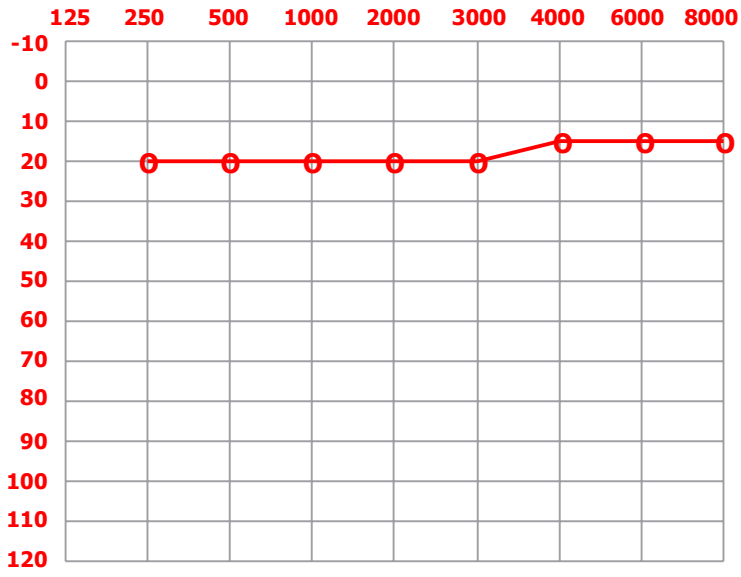
PABELLÓN AURICULAR	D	I	CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO	D	I	MEMBRANA TIMPÁNICA	D	I
NORMAL	●	●	NORMAL	●	●	NORMAL	●	●
ATRESIA	○	○	TAPÓN PARCIAL DE CERUMEN	○	○	PERFORADO	○	○
AGENESIA	○	○	TAPÓN TOTAL DE CERUMEN	○	○	OPACA	○	○
CICATRIZ	○	○	IRRITADO	○	○	NO SE VISUALIZA	○	○
OTROS	○	○	OTROS	○	○	OTROS	○	○

Observaciones:

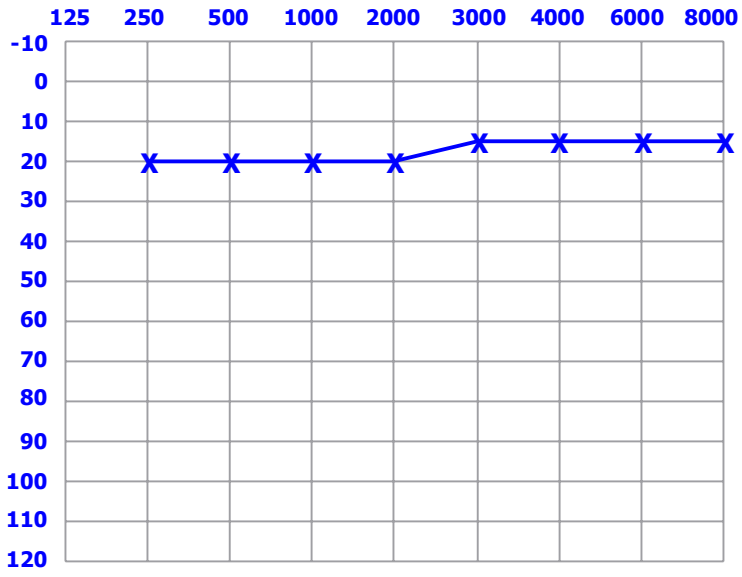
CLASIFICACIÓN LARSEN	
HNS GI	Alteración Umbral Auditivo = ó > 25 dB en una banda ALTA (3000, 4000 ó 6000 Hz)
HNS GII	Alteración Umbral Auditivo = ó > 25 dB dos o mas bandas de frecuencia Alta (> 2000 Hz)
HNS GIII	Alteración Umbral Auditivo = ó > 25 dB dos o mas bandas de frecuencia Alta y en una ó mas bandas de frecuencia Baja (< 2000 Hz)

SEVERIDAD	
NORMAL	< 10 dB
MÍNIMA	10 - 25 dB
LEVE	26 - 40 dB
MODERADA	41 - 55 dB
MODERADA SEVERA	56 - 70 dB
SEVERA	71 - 85 dB
PROFUNDA	> 85 dB

AUDIOGRAMA



Promedio (500 - 1000 - 2000): 20,00 **dB**



Promedio (500 - 1000 - 2000): 20,00 **dB**

DIAGNÓSTICO

1 AUDICION NORMAL BILATERAL	

Observaciones: AUDICION NORMAL BILATERAL

RECOMENDACIONES

Control: ○ 3 ○ 6 ○ 9 ● 12 Meses Valoración / Control ORL: ○ Si ● No utilizar Protección Auditiva: ● Si ○ No

Observaciones: TENER LOS BUENOS HABITOS AUDITIVOS

YESSICA MARIA MOLINA CAMARGO
Fonoaudiologo (a)

ORIANA ANDREA BARRIOS VASQUEZ
Trabajador C.C. 1140818475

(Información Confidencial)

1. INFORMACION DEL CANDIDATO

NOMBRE	**ORIANA ANDREA BARRIOS VASQUEZ**
EDAD	**34 AÑOS**
CARGO	**NR**
PROFESION	**INSTRUCTOR DE BILINGUISMO**
FECHA	**24/01/2023**

2. CONCEPTO RESULTADOS TEST WARTEGG

La candidata ORIANA ANDREA BARRIOS , presenta seguridad, confianza en sí misma, reconoce sus potencialidades, fortalezas al igual que sus limitaciones, se visualiza como el centro de universo, se evidencia proyecciones en su vida personal o laboral a largo plazo, Esto está relacionado a un deseo de crecimiento, que la candidata lucha por lograrlo, es una persona racional , formal, realistas, objetiva y práctica, tiene actitud asertiva y activa, facilidad para canalizar energía, actitud de servicio, sensibilidad, madurez sexual. En cuanto a las relaciones interpersonales puede llegar a entablar una buena relación, donde se involucra afectivamente, presenta necesidad deprotección, alto compromiso con valores, pasividad frente a las normas.

LEIDY VIVIANA CASTAÑO ARIAS
PSICOLOGA TP 183832

MEDICID
Salud Ocupacional S.A.S.

LABORATORIO CLÍNICO

CIUDAD Y FECHA DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN			
24 DIA	01 MES	2023 AÑO	BARRANQUILLA Ciudad

DATOS DEL PACIENTE (Tipo documento de identificación: CC Cédula de Ciudadanía, CE Cédula de Extranjería, TI Tarjeta de Identidad, PT Pasaporte)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Documento de identificación Tipo	Número
BARRIOS	VASQUEZ	ORIANA	ANDREA	CC	1140818475

PERFIL LIPIDICO

EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
COLESTEROL TOTAL	170 mg/dl	100 a 200 mg/dl
TRIGLICERIDOS	44 mg/dl	60 a 150 mg/dl
COLESTEROL H.D.L.	53 mg/dl	30 a 55 mg/dl
COLESTEROL L.D.L.	108 mg/dl	80 a 130 mg/dl
OTROS	-	



Bac. LEIDY JOHANA VANEGAS MONTOYA

Certificado
Bancario

Sábado, 21 de enero de 2023

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que ORIANA ANDREA BARRIOS VASQUEZ identificado(a) con CC 1140818475, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	55405376511	2019/12/17	CXC PENDIENTES

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

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