SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CUNDINAMARCA
CENTRO INDUSTRIAL Y DESARROLLO EMPRESARIAL DE SOACHA-CUNDINAMARCA - SERVICIOS PR

Código Regional	**25**
Código Centro	**923210**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**34812-169402**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	CLAUDIA MARCELA BUITRAGO RIAÑO	**C.C.**	52.542.737	**IP/Nº de contacto**	3153190882
Correo electrónico contratista:	cmbuitrago@sena.edu.co				

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

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

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 668827129

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: 4610520/2023 **Nº Compromiso SIIF** **20323**

Valor Total del Contrato	$ 40.968.300	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 40.968.300	**1**	**Del**	**15/02/2023**	**Al**	**28/02/2023**	**$ 1.911.854,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 39.056.446		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES CON PLENA AUTONOMÍA COMO INSTRUCTOR PARA ATENDER LAS NECESIDADES DEL PROGRAMA TITULADA EN LAS ÁREAS ASOCIADAS A LA RED DE CONOCIMIENTO GESTIÓN ADMINISTRATIVA DEL CENTRO INDUSTRIAL Y DE DESARROLLO EMPRESARIAL DE S

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.911.854		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	**$ 1.911.854**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.037.977**		**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	----------	**1052692752**
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 $ 477.963	$ -	
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	$ 191.185	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 345.992	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.037.977,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	1.581.254,00	
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	9.488,00	0,600%
-	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	**$1.902.366,00**	

SON: UN MILLÓN NOVECIENTOS DOS MIL TRESCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

FICHA 2503359 - CONTABILIZAR LAS OPERACIONES - 25 HORAS
FICHA 2560459 A Y B - RECONOCER RECURSOS FINANCIEROS - 40 HORAS
REGISTRO DE INFORMACIÒN DEL DESARROLLO DE LA FORMACIÒN PROFESIONAL EN LA PLATAFORMA SENA SOFIA PLUS Y LMS - 5 HORAS
EJECUCIÒN DE ESTRATEGIA LEARNING BLENDED PARA JORNADA NOCTURNA - 5 HORAS

TOTAL. 75 HORAS

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.

CLAUDIA MARCELA BUITRAGO RIAÑO
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,

CESAR CANTOR CUERVO
INSTRUCTOR G15

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

FREDY VELEZ NINO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) CLAUDIA MARCELA BUITRAGO RIAÑO identificado(a) con CC 52542737 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**23/03/2017**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PRIMERO DE MAYO**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 23 días del mes de febrero del año 2023.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-02-15, 03:58:24 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1052692752

Periodo Cotización: enero de 2023 **Periodo Servicio:** enero de 2023 **Referencia pago (PIN):** 8856913890

PAGADO 15/02/2023

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CLAUDIA MARCELA BUITRAGO RIAÑO		
Documento	CC52542737	**Dirección**	CR 10 #45 - 28
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3153190882
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	SOACHA	**Departamento**	CUNDINAMARCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 52542737	CLAUDIA MARCELA BUITRAGO RIAÑO	59	00																	0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.160.000	$ 145.000	0,522	$ 1.160.000	$ 6.100	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 336.700

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.160.000	$ 1.160.000	$ 1.160.000	$ 0	$ 185.600	$ 145.000	$ 6.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 336.700	$ 2.600	$ 339.300

Activar Windows

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14898285628

(415)7707212489984(8020) 000001489828562 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 5 4 2 7 3 7	4	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	52542737	1 9 9 8 1 1 1 2

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BUITRAGO	RIAÑO	CLAUDIA	MARCELA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Soacha 7 5 4

41. Dirección principal: CR 10 45 28

42. Correo electrónico: claudmar25@yahoo.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
0 0 1 0	2 0 0 3 0 2 0 3	8 2 9 9	2 0 1 7 0 9 1 2					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 02 - 23 / 10 : 47: 12

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre BUITRAGO RIAÑO CLAUDIA MARCELA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CIED
Clínica IPS Eugenio Díaz

CLINICA IPS EUGENIO DIAZ S.A.S
Nit. 900810768 - 8
Dirección: CL 12 A # 9 -914
Tel: 8822218

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )

DATOS DEL PACIENTE

Fecha **22/01/2021 08:51:00** Empresa **PARTICULAR PAQUETE SENA**

Nombre **CLAUDIA MARCELA BUITRAGO RIAÑO**

Cargo **INSTRUCTORA** Doc. Identidad **CC 52542737**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 ENFASIS OSTEOMUSCULAR	2 COOMORBILIDAD	3 OPTOMETRIA
4 ELECTROCARDIOGRAMA	5 PERFIL LIPIDICO	6 GLICEMIA
7 CUADRO HEMATICO	8 PRUEBA PSICOTECNICA	9 IN BODY

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	(X)	( )	( )	( )
Aplazado	( )	( )	( )	( )
Apto con restricciones	( )	(X)	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )	(X)	( )
Apto para trabajar en espacios confinados	( )	( )	(X)	( )
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	( )	( )	(X)	( )
Apto para participar en la brigada	( )	( )	(X)	( )
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	(X)	( )	( )	( )

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	( )	( )
Requiere restricciones de actividades	( )	( )
Requiere reubicación laboral temporal	( )	( )
Requiere reubicación laboral permanente	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )
Apto para trabajar en espacios confinados	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	( )	( )
Secuelas de Accidentes de Trabajo	( )	( )
Enfermedad Común	( )	( )

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual (X) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular ( ) Psicosocial ( ) Ergonómico ( ) Otros ( )

REMISIÓN SI (X) NO ( ) **ARL** SI ( ) NO (X) **EPS** NUTRICION SI (X) NO ( )

OPTOMETRIA: Control anual, USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA DE PROTECCIÓN VISUAL
eELECTROCARDIOGRAMA: Sin alteración
LABORATORIOS: Mejorar habitos alimenticios

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

MONICA ALEJANDRA PEREZ NAVARRETE
Especialidad: MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL
CC: 1030583036 RM:

Trabajador: CLAUDIA MARCELA BUITRAGO
CC 52542737
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

RIESGO CARDIOVASCULAR: Bajo

1. Pausas activas 15 min por cada 4 horas de trabajo
2. Higiene postural
3. Puesto de trabajo ergonómicamente Apto
4. Cuando escribas en un computador, al digitar sólo mueve los dedos. Mantén siempre las muñecas rectas y la espalda derecha sobre el espaldar de la silla.
5. Relaja los hombros y mantén los codos a los lados del cuerpo.
6. Siempre coloca los pies a la altura del piso.
7. Los monitores deben estar a la altura de los ojos, para no tener que agachar el cuello para mirar lo que se escribe.
8. Se recomienda que los desplazamientos se realizan en medios de transporte se deberá hacer uso del tapabocas procurando mantener distancia mínima de dos metros (2 m) entre las personas.
9. Retirar los zapatos a la entrada y lavar la suela con agua y jabón.
10. Lavar las manos de acuerdo con los protocolos del Ministerio de Salud y Protección Social.
11. Evitar saludar con beso, abrazo y dar la mano y buscar mantener siempre la distancia de más de dos metros entre personas.
12. Antes de tener contacto con los miembros de familia, cambiarse de ropa.
13. Mantener separada la ropa de trabajo de las prendas personales.
14. La ropa debe lavarse en la lavadora a más de 60 grados centígrados o a mano con agua caliente que no queme las manos y jabón, y secar por completo. No reutilizar ropa sin antes lavarla. No sacudir las prendas de ropa antes de lavarlas para minimizar el riesgo de dispersión de virus a través del aire. Dejar que se sequen completamente
15. Bañarse con abundante agua y jabón.
16. Mantener la casa ventilada, limpiar y desinfectar áreas, superficies y objetos de manera regular.
17. Siga los lineamientos de bioseguridad de la empresa
18. Realizar ejercicio 30 min 3 veces a la semana
19. Disminuir el consumo de carbohidratos
20. Control por Nutrición EPS

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

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

MONICA ALEJANDRA PEREZ NAVARRETE
Especialidad: MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL
CC: 1030583036 RM:

Trabajador: CLAUDIA MARCELA BUITRAGO
CC 52542737
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

CIED
Clínica IPS Eugenio Díaz

Nombre: CLAUDIA MARCELA BUITRAGO RIAÑO

CC: 52542737 Edad:40 años Fecha:22/01/2021 Hora:10+30

Empresa: SENA Cargo: INSTRUCTOR

Examen de

Prueba Psicometrica Nivel S

Puntaje : MEDIO

Concepto

- Buena capacidad para atender selectivamente y secuencialmente a figuras similares
- Aplicación de estrategias eficaces a la hora de realizar comparaciones visuales
- Facilidad para motivarse y mantener la activacion ante estimulos repetitivos y monotos
- Un nivel alto de velocidad del procesamiento de las operaciones mentales simples
- Habilidad para percibir y discriminar con rapidez la configuracion pereptiva de las figuras
- Posiblemente, un nivel elevado de memoria de trabajo en relacion con patrones visuales
- Aptitud para trabajar deprisa bajo presion de tiempo

Médico Ocupacional
Monica Alejandra Perez Navarete
Esp. Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo .

Calle 12 a N° 9-89
PBX: 882 2218 - Soacha
clinicaeugeniodiaz2015@gmail.com
www.clinicaeugeniodiaz.com

CIED
Clínica IPS Eugenio Díaz

CLINICA IPS EUGENIO DIAZ S.A.S

Nit. 900810768 - 8
Dirección: CL 12 A # 9 -914
Tel: 8822218

OPTOMETRÍA

Ingreso [X]
Egreso [ ]
Periódico [ ]
Caso ocupacional [ ]

Fecha historia 22/01/2021 08:13:00

Doc. Identidad **CC 52542737** Nombre **CLAUDIA MARCELA BUITRAGO RIAÑO** Fecha Nacimiento. **25/10/1980**
Entidad **PARTICULAR PAQUETE SENA** Edad **40** Ocupación **INSTRUCTORA**
Fondo de pensión **PROTECCION** EPS ARL **SURA**

Anamnesis

Último examen visual **6 MESES** | Usa anteojos: Si [X] No [ ] | V.L. [ ] | V.P. [ ] | PC [ ] | Bifocal [ ] | Progresivo [ ] | Filtros [ ]
Frecuencia de uso: Permanente: [ ] Ocasional [X] Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara? Si [ ] No [X]
Cirugías Si [ ] No [ ] Cuál? **NO REFIERE,**
Accidentes oculares Si [ ] No [X] Cuál? **NO REFIERE,**
Signos y síntomas: Asintomático [ ] Disminución visual de cerca [X] Disminución visual de lejos [X] Cefaleas [ ] Resequedad ocular [ ]
Ardor ocular [ ] Lagrimeo [ ] Cansancio ocular [ ] Irritación [ ] Fotofobia [ ] Prurito ocular [ ] Salto de renglón [ ]
Antecedentes personales y/o familiares **EUROTIROX - HIPERTIRODISMO ,PACIENTE SIN SINTOMAS** Trae corrección óptica [X]

Agudeza Visual

	C.C.	V.P.	S.C.	V.L.	V.P.
O.D.	20//100	20/100		20/200	20/200
O.I.	20/20	20/20		20/25	20/25

Lensometría

	ESF	CIL	EJE	ADD
O.D.	-050	-	-°	-
O.I.	+050	-050-	0°	-

Examen Externo

O.D.	O.I.
Segmento Anterior: Hiperemia conjuntiva [X] Pterigio N [ ]	**Segmento Anterior:** Hiperemia conjuntiva [X] Pterigio N [ ]
Pterigio T [ ] Pinguécula [X] Nevus [ ] Bleafaratis [ ]	Pterigio T [ ] Pinguécula [X] Nevus [ ] Bleafaratis [ ]
Blefaritis seborreica [ ] Secreción [ ] Leucoma corneal [ ]	Blefaritis seborreica [ ] Secreción [ ] Leucoma corneal [ ]
Ptosis palpebral [ ] Otros:	Ptosis palpebral [ ] Otros:

Motilidad Ocular

CVT: VL **ORTHOFORIA** VP **EXOFORIA** HISHBERG **CENTRADO**
Ducciones **NORMAL** Versiones **NORMAL** PPC **6 CMS**

Oftalmoscopia

O.D.	O.I.
F.O.A.N. [ ] Papila normal [X] Brillo foveal normal [X] Catarata [ ]	F.O.A.N. [ ] Papila normal [X] Brillo foveal normal [X] Catarata [ ]
Esclerosis de cristalino [ ] Opacidad de medios [ ] Lesión retinal [X]	Esclerosis de cristalino [ ] Opacidad de medios [ ] Lesión retinal [ ]

Test Ocupacionales

Visión cromática
O.D: **NORMAL**
O.I: **NORMAL**

Visión de profundidad
O.D: **NORMAL**
O.I: **NORMAL**

Campo visual por vonfrontación
O.D: **NORMAL**
O.I: **NORMAL**

Refracción

	Esfera	Cilindro	EJE	Adición
O.D:	-100	-	-°	+
O.I:	+050	-050	0°	+

Refracción final

	Esfera	Cilindro	EJE	Adición	AV VL	AV VP
O.D:	-100	-	-°	+	20/100	20/100
O.I:	+050	-050	0°	+	20/20	20/20

Interpretación

	O.D	O.I
No requiere correción óptica	[ ]	[ ]
Defecto refractivo adecuadamente corregido	[X]	[X]
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	[ ]	[ ]
Defecto refractivo no corregido	[ ]	[ ]
Gafas no formuladas	[ ]	[ ]

Diagnóstico

H522 ASTIGMATISMO
B580 OCULOPATIA DEBIDA A TOXOPLASMA OD
H545 VISION SUBNORMAL DE UN OJO

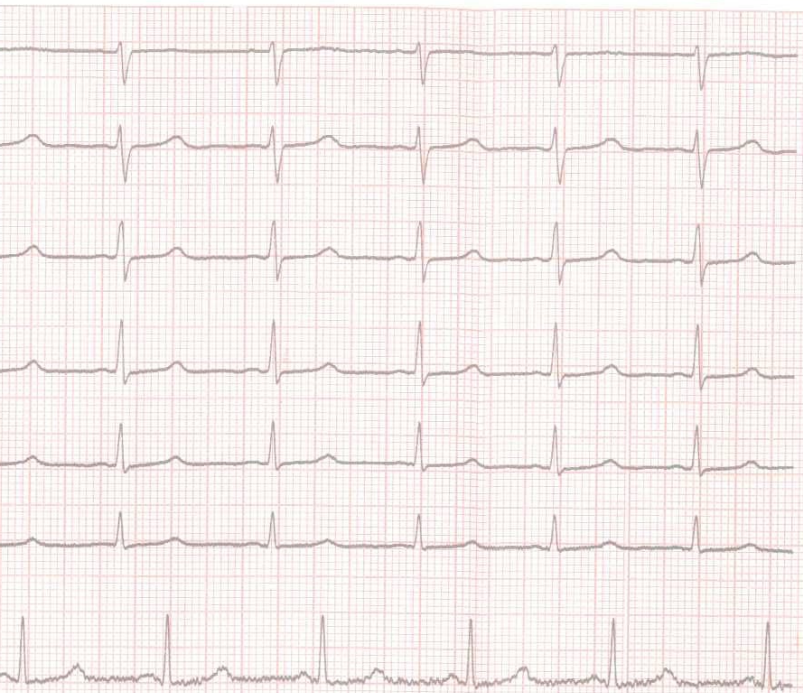
Recomendaciones

Corrección Óptica Permanente [ ] Corrección Óptica Ocasional [X] Control 6 meses [ ] Control 1 año [X]
Optometría Clínica [ ] Valoración por oftalmología [ ] Valoración por ortóptica [ ]

Valoración Normal [ ] Anormal [X]

CONCEPTO

Apto [X] No apto [ ] **Observaciones:** 1. USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA DE PROTECCIÓN VISUAL Y A NECESIDAD DE LABOR
2. PAUSAS VISUALES CADA 2 HORAS POR 10 A 15 MINUTOS
3. CONTROL ANUAL POR EPS OPTOMETRIA Y OFTALMOLOGIA .



clinica ips eugenio diaz 22-01-21
2021-01-22 09:54

ID: claudia marcela buitrago rojas
Nombre: 52592737 Sexo: F Edad: 40
Talla: ____ cm Peso: ____ kg SIS/DIAS: ____ / ____ mmHg

HR	[bpm]	:72
PR Interval	[ms]	:132
P Duration	[ms]	:115
QRS Duration	[ms]	:97
T Duration	[ms]	:207
QT/QTc	[ms]	:447/490
P/QRS/T Axis	[deg]	:33.5/14.3/26.3
R(V5)/S(V1)	[mV]	:1.17/0.91
R(V5)+S(V1)	[mV]	:2.08

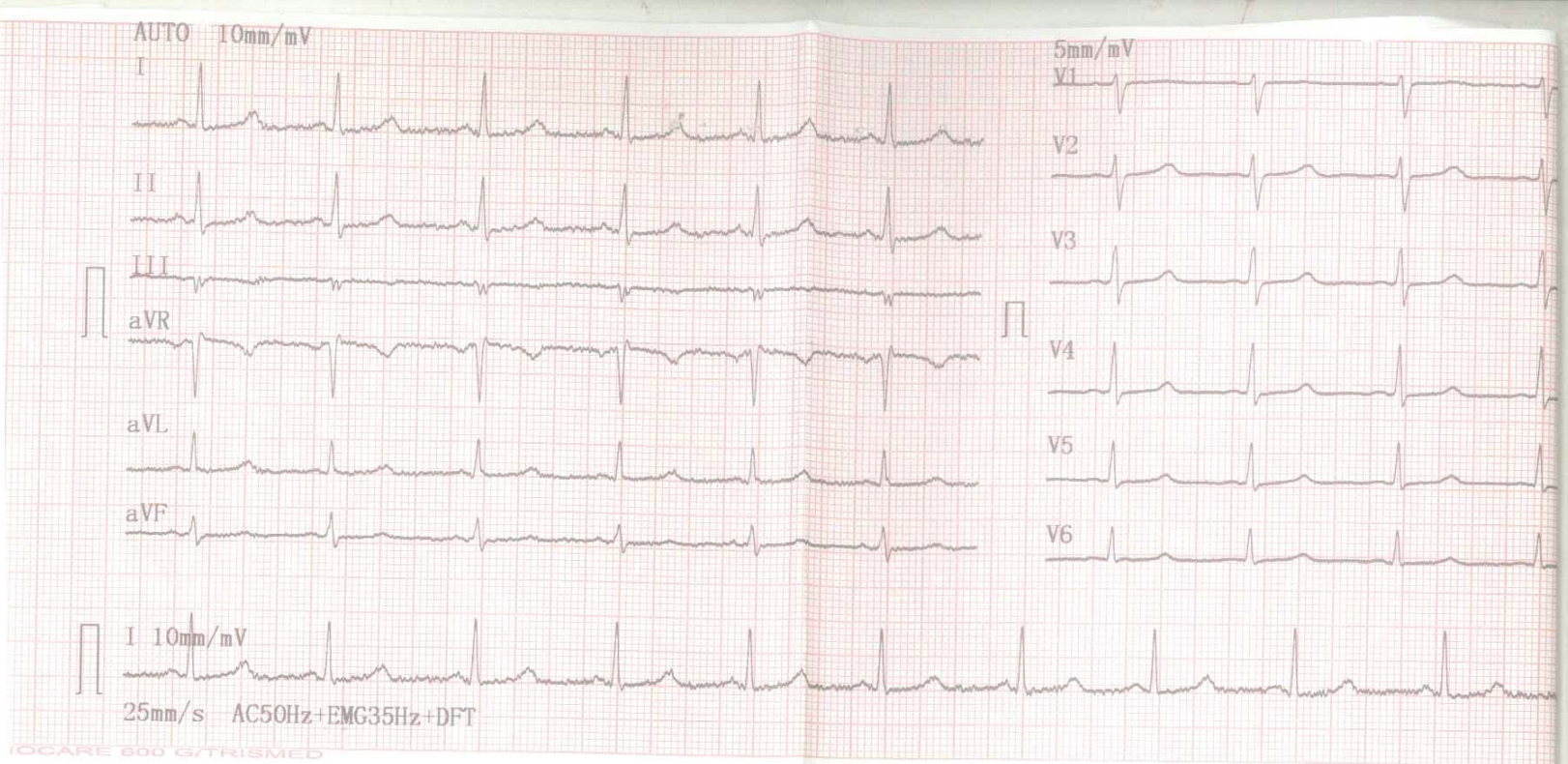
<<Conclusión>>
Ritmo sinusal normal;
Leve desviacion izquierda del eje;

Report need physician confirm

Natalia Valencia

Médico _____

By PAINMED For BIOCARE 600 G/TRISMED


AUTO 10mm/mV
I
II
III
aVR
aVL
aVF
5mm/mV
V1
V2
V3
V4
V5
V6
I 10mm/mV
25mm/s AC50Hz+EMG35Hz+DFT
IOCARE 600 G/TRISMED

RESULTADO

NOMBRE: CLAUDIA MARCELA BUITRAGO RIAÑO
DOCUMENTO: CC.52542737
EMPRESA: CLINICA IPS EUGENIO DIAZ SAS (P)
DOCTOR: PNR-ADSCRITO

REFERENCIA: 136424307
FECHA INGRESO: 22.Ene.2021 07:11 p.m.
SEDE: REFERENCIA CENTRO
EDAD-SEXO: 40 Años - Femenino

HEMATOLOGIA

ESTUDIO	RESULTADO		VALOR DE REFERENCIA
HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV			
PARAMETROS LEUCOCITARIOS			
Leucocitos	**11.09**	x10^3 /uL	4.00 - 12.00
%Neutrófilos	**73.3**	%	50.0 - 70.0
%Linfocitos	**17.9**	%	20.0 - 60.0
%Monocitos	**7.1**	%	3.0 - 12.0
%Eosinófilos	**1.6**	%	0.5 - 5.0
%Basófilos	**0.1**	%	0.0 - 1.0
Recuento Diferencial absoluto:			
#Neutrófilos	**8.13**	x10^3 /uL	2.00 - 8.00
#Linfocitos	**1.99**	x10^3 /uL	0.80 - 7.00
#Monocitos	**0.79**	x10^3 /uL	0.12 - 1.20
#Eosinófilos	**0.17**	x10^3 /uL	0.02 - 0.80
#Basófilos	**0.01**	x10^3 /uL	0.00 - 0.10
PARAMETROS ERITROCITARIOS			
Eritrocitos	**4.87**	x10^6 /uL	3.50 - 5.20
Hemoglobina	**15.4**	g/dl	12.0 - 16.0
Hematocrito	**47.1**	%	35.0 - 49.0
Volumen Corpuscular Medio (MCV)	**96.7**	fL	80.0 - 100.0
Hemoglobina Corpuscular Media (MCH)	**31.5**	pg	27.0 - 34.0
Concentración Media de Hemoglobina Corpuscular (MCHC)	**32.6**	g/dl	31.0 - 37.0
Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)	**14.0**	%	11.0 - 16.0
PARAMETROS PLAQUETARIOS			
Recuento de Plaquetas (PLT)	**323**	x10^3 /uL	150 - 450
Volumen Plaquetario Medio (MPV)	**10.8**	fL	6.5 - 12.0

Técnica:Citometría de Flujo

Analizado por,

Angélica Contreras Velásquez

ANGELICA CONTRERAS VELASQUEZ
BACTERIOLOGA T.P:1093766692
Copiado:ASLM

Fecha de Validación:23/Ene/2021 15:34

***La interpretación de este y todo examen corresponde exclusivamente al médico- [Página 1]**

RESULTADO

NOMBRE:	**CLAUDIA MARCELA BUITRAGO RIAÑO**	**REFERENCIA:**	**136424307**
DOCUMENTO:	**CC.52542737**	**FECHA INGRESO:**	**22.Ene.2021 07:11 p.m.**
EMPRESA:	**CLINICA IPS EUGENIO DIAZ SAS (P)**	**SEDE:**	**REFERENCIA CENTRO**
DOCTOR:	**PNR-ADSCRITO**	**EDAD-SEXO:**	**40 Años - Femenino**

BIOQUIMICA SANGUINEA

ESTUDIO	RESULTADO		VALORES DE REFERENCIA
Glicemia en Ayunas	**74**	mg/dl	70 - 100 mg/dl

Vlr. Referencia para grupos Especiales:
Prematuros: 20 - 60 mg/dl

Técnica:Hexoquinasa

NOTA: Criterios de la Asociación Americana de Diabetes - ADA- 2017, Valores esperados:
- Glucosa normal en ayunas: menor de 100 mg/dL
- Glucosa a las 2 horas con carga de 75 gramos: menor de 140 mg/dL

Analizado por,

BRIGITTE MARLADY HUERFANO ROMERO
BACTERIOLOGA T.P:1032370736
Copiado:bmhr

Fecha de Validación:23/Ene/2021 04:30

Respaldo científico de Laboratorio Angel
Muestra tomada y remitida por laboratorio adscrito al Programa Nacional de Referencia PNR, responsable de asegurar la fase pre-analítica
Central de atención PNR Cali (032) 660 70 70 opción 2 - Bogotá (031) 743 2953 opción 2

RESULTADO

NOMBRE:	**CLAUDIA MARCELA BUITRAGO RIAÑO**	**REFERENCIA:**	**136424307**
DOCUMENTO:	**CC.52542737**	**FECHA INGRESO:**	**22.Ene.2021 07:11 p.m.**
EMPRESA:	**CLINICA IPS EUGENIO DIAZ SAS (P)**	**SEDE:**	**REFERENCIA CENTRO**
DOCTOR:	**PNR-ADSCRITO**	**EDAD-SEXO:**	**40 Años - Femenino**

BIOQUIMICA SANGUINEA

ESTUDIO	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
PERFIL LIPIDICO		
Colesterol Total	**213** mg/dl	Valores de Referencia en Niños Aconsejable: Menor de 170 mg/dl Riesgo moderado: 170 - 199 mg/dl Alto: Mayor o Igual a 200 mg/dl Valores de Referencia en Adultos Aconsejable: Menor de 200 mg/dl Riesgo moderado: 200 - 239 mg/dl Alto: Mayor o Igual a 240 mg/dl
Triglicéridos	**135** mg/dl	Normal: Menor de 150 mg/dl Límite alto: 150 - 199 mg/dl Alto: 200 - 499 mg/dl Muy alto: Mayor o Igual a 500 mg/dl
Fracción VLDL	**27.00** mg/dl	Menor de 30 mg/dl
Fracción LDL	**138.04** mg/dl	Optimo < 100 mg/dl Casi óptima 100 - 129 mg/dl Moderado 130 - 159 mg/dl Elevado 160 - 189 mg/dl Muy Elevado > 190 mg/dl
Colesterol HDL	**47.96** mg/dl	40 - 60 mg/dl
Indice Arterial	**4.44**	Menor de 4

Analizado por,

BRIGITTE MARLADY HUERFANO ROMERO
BACTERIOLOGA T.P:1032370736
Copiado:bmhr

Fecha de Validación:23/Ene/2021 04:30

**La interpretación de este y todo examen corresponde exclusivamente al médico- [Página 3]*

CIED
Clínica IPS Eugenio Díaz

CLINICA IPS EUGENIO DIAZ S.A.S
Nit. 900810768 - 8
Dirección: CL 12 A # 9 -914
Tel: 8822218

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )

DATOS DEL PACIENTE

Fecha **22/01/2021 08:51:00** Empresa **PARTICULAR PAQUETE SENA**

Nombre **CLAUDIA MARCELA BUITRAGO RIAÑO**

Cargo **INSTRUCTORA** Doc. Identidad **CC 52542737**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 ENFASIS OSTEOMUSCULAR	2 COOMORBILIDAD	3 OPTOMETRIA
4 ELECTROCARDIOGRAMA	5 PERFIL LIPIDICO	6 GLICEMIA
7 CUADRO HEMATICO	8 PRUEBA PSICOTECNICA	9 IN BODY

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	(X)	( )	( )	( )
Aplazado	( )	( )	( )	( )
Apto con restricciones	( )	(X)	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )	(X)	( )
Apto para trabajar en espacios confinados	( )	( )	(X)	( )
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	( )	( )	(X)	( )
Apto para participar en la brigada	( )	( )	(X)	( )
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	(X)	( )	( )	( )

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	( )	( )
Requiere restricciones de actividades	( )	( )
Requiere reubicación laboral temporal	( )	( )
Requiere reubicación laboral permanente	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )
Apto para trabajar en espacios confinados	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	( )	( )
Secuelas de Accidentes de Trabajo	( )	( )
Enfermedad Común	( )	( )

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual (X) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular ( ) Psicosocial ( ) Ergonómico ( ) Otros ( )

REMISIÓN SI (X) NO ( ) **ARL** SI ( ) NO (X) **EPS** NUTRICION SI (X) NO ( )

OPTOMETRIA: Control anual, USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA DE PROTECCIÓN VISUAL
eELECTROCARDIOGRAMA: Sin alteración
LABORATORIOS: Mejorar habitos alimenticios

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

MONICA ALEJANDRA PEREZ NAVARRETE
Especialidad: MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL
CC: 1030583036 RM:

Trabajador: CLAUDIA MARCELA BUITRAGO
CC 52542737
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

RIESGO CARDIOVASCULAR: Bajo

1. Pausas activas 15 min por cada 4 horas de trabajo
2. Higiene postural
3. Puesto de trabajo ergonómicamente Apto
4. Cuando escribas en un computador, al digitar sólo mueve los dedos. Mantén siempre las muñecas rectas y la espalda derecha sobre el espaldar de la silla.
5. Relaja los hombros y mantén los codos a los lados del cuerpo.
6. Siempre coloca los pies a la altura del piso.
7. Los monitores deben estar a la altura de los ojos, para no tener que agachar el cuello para mirar lo que se escribe.
8. Se recomienda que los desplazamientos se realizan en medios de transporte se deberá hacer uso del tapabocas procurando mantener distancia mínima de dos metros (2 m) entre las personas.
9. Retirar los zapatos a la entrada y lavar la suela con agua y jabón.
10. Lavar las manos de acuerdo con los protocolos del Ministerio de Salud y Protección Social.
11. Evitar saludar con beso, abrazo y dar la mano y buscar mantener siempre la distancia de más de dos metros entre personas.
12. Antes de tener contacto con los miembros de familia, cambiarse de ropa.
13. Mantener separada la ropa de trabajo de las prendas personales.
14. La ropa debe lavarse en la lavadora a más de 60 grados centígrados o a mano con agua caliente que no queme las manos y jabón, y secar por completo. No reutilizar ropa sin antes lavarla. No sacudir las prendas de ropa antes de lavarlas para minimizar el riesgo de dispersión de virus a través del aire. Dejar que se sequen completamente
15. Bañarse con abundante agua y jabón.
16. Mantener la casa ventilada, limpiar y desinfectar áreas, superficies y objetos de manera regular.
17. Siga los lineamientos de bioseguridad de la empresa
18. Realizar ejercicio 30 min 3 veces a la semana
19. Disminuir el consumo de carbohidratos
20. Control por Nutrición EPS

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

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

MONICA ALEJANDRA PEREZ NAVARRETE
Especialidad: MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL
CC: 1030583036 RM:

Trabajador: CLAUDIA MARCELA BUITRAGO
CC 52542737
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

CIED
Clínica IPS Eugenio Díaz

Nombre: CLAUDIA MARCELA BUITRAGO RIAÑO

CC: 52542737 Edad:40 años Fecha:22/01/2021 Hora:10+30

Empresa: SENA Cargo: INSTRUCTOR

Examen de

Prueba Psicometrica Nivel S

Puntaje : MEDIO

Concepto

- Buena capacidad para atender selectivamente y secuencialmente a figuras similares
- Aplicación de estrategias eficaces a la hora de realizar comparaciones visuales
- Facilidad para motivarse y mantener la activacion ante estimulos repetitivos y monotos
- Un nivel alto de velocidad del procesamiento de las operaciones mentales simples
- Habilidad para percibir y discriminar con rapidez la configuracion pereptiva de las figuras
- Posiblemente, un nivel elevado de memoria de trabajo en relacion con patrones visuales
- Aptitud para trabajar deprisa bajo presion de tiempo

Médico Ocupacional
Monica Alejandra Perez Navarete
Esp. Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo .

Calle 12 a N° 9-89
PBX: 882 2218 - Soacha
clinicaeugeniodiaz2015@gmail.com
www.clinicaeugeniodiaz.com

CIED
Clínica IPS Eugenio Díaz

CLINICA IPS EUGENIO DIAZ S.A.S

Nit. 900810768 - 8
Dirección: CL 12 A # 9 -914
Tel: 8822218

OPTOMETRÍA

Ingreso [X]
Egreso [ ]
Periódico [ ]
Caso ocupacional [ ]

Fecha historia 22/01/2021 08:13:00

Doc. Identidad **CC 52542737** Nombre **CLAUDIA MARCELA BUITRAGO RIAÑO** Fecha Nacimiento. **25/10/1980**
Entidad **PARTICULAR PAQUETE SENA** Edad **40** Ocupación **INSTRUCTORA**
Fondo de pensión **PROTECCION** EPS ARL **SURA**

Anamnesis

Último examen visual **6 MESES** | Usa anteojos: Si [X] No [ ] | V.L. [ ] | V.P. [ ] | PC [ ] | Bifocal [ ] | Progresivo [ ] | Filtros [ ]
Frecuencia de uso: Permanente: [ ] Ocasional [X] Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara? Si [ ] No [X]
Cirugías Si [ ] No [ ] Cuál? **NO REFIERE,**
Accidentes oculares Si [ ] No [X] Cuál? **NO REFIERE,**
Signos y síntomas: Asintomático [ ] Disminución visual de cerca [X] Disminución visual de lejos [X] Cefaleas [ ] Resequedad ocular [ ]
Ardor ocular [ ] Lagrimeo [ ] Cansancio ocular [ ] Irritación [ ] Fotofobia [ ] Prurito ocular [ ] Salto de renglón [ ]
Antecedentes personales y/o familiares **EUROTIROX - HIPERTIRODISMO ,PACIENTE SIN SINTOMAS** Trae corrección óptica [X]

Agudeza Visual

	C.C.	V.P.	S.C.	V.L.	V.P.
O.D.	20//100	20/100		20/200	20/200
O.I.	20/20	20/20		20/25	20/25

Lensometría

	ESF	CIL	EJE	ADD
O.D.	-050	-	-°	-
O.I.	+050	-050-	0°	-

Examen Externo

O.D.	O.I.
Segmento Anterior: Hiperemia conjuntiva [X] Pterigio N [ ]	**Segmento Anterior:** Hiperemia conjuntiva [X] Pterigio N [ ]
Pterigio T [ ] Pinguécula [X] Nevus [ ] Bleafaratis [ ]	Pterigio T [ ] Pinguécula [X] Nevus [ ] Bleafaratis [ ]
Blefaritis seborreica [ ] Secreción [ ] Leucoma corneal [ ]	Blefaritis seborreica [ ] Secreción [ ] Leucoma corneal [ ]
Ptosis palpebral [ ] Otros:	Ptosis palpebral [ ] Otros:

Motilidad Ocular

CVT: VL **ORTHOFORIA** VP **EXOFORIA** HISHBERG **CENTRADO**
Ducciones **NORMAL** Versiones **NORMAL** PPC **6 CMS**

Oftalmoscopia

O.D.	O.I.
F.O.A.N. [ ] Papila normal [X] Brillo foveal normal [X] Catarata [ ]	F.O.A.N. [ ] Papila normal [X] Brillo foveal normal [X] Catarata [ ]
Esclerosis de cristalino [ ] Opacidad de medios [ ] Lesión retinal [X]	Esclerosis de cristalino [ ] Opacidad de medios [ ] Lesión retinal [ ]

Test Ocupacionales

Visión cromática
O.D: **NORMAL**
O.I: **NORMAL**

Visión de profundidad
O.D: **NORMAL**
O.I: **NORMAL**

Campo visual por vonfrontación
O.D: **NORMAL**
O.I: **NORMAL**

Refracción

	Esfera	Cilindro	EJE	Adición
O.D:	-100	-	-°	+
O.I:	+050	-050	0°	+

Refracción final

	Esfera	Cilindro	EJE	Adición	AV VL	AV VP
O.D:	-100	-	-°	+	20/100	20/100
O.I:	+050	-050	0°	+	20/20	20/20

Interpretación

	O.D	O.I
No requiere correción óptica	[ ]	[ ]
Defecto refractivo adecuadamente corregido	[X]	[X]
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	[ ]	[ ]
Defecto refractivo no corregido	[ ]	[ ]
Gafas no formuladas	[ ]	[ ]

Diagnóstico

H522 ASTIGMATISMO
B580 OCULOPATIA DEBIDA A TOXOPLASMA OD
H545 VISION SUBNORMAL DE UN OJO

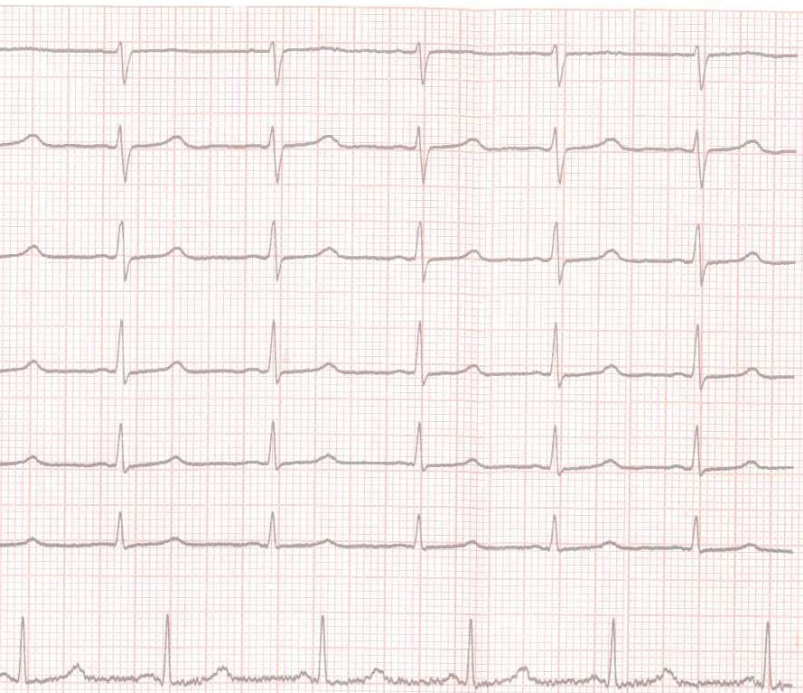
Recomendaciones

Corrección Óptica Permanente [ ] Corrección Óptica Ocasional [X] Control 6 meses [ ] Control 1 año [X]
Optometría Clínica [ ] Valoración por oftalmología [ ] Valoración por ortóptica [ ]

Valoración Normal [ ] Anormal [X]

CONCEPTO

Apto [X] No apto [ ] **Observaciones:** 1. USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA DE PROTECCIÓN VISUAL Y A NECESIDAD DE LABOR
2. PAUSAS VISUALES CADA 2 HORAS POR 10 A 15 MINUTOS
3. CONTROL ANUAL POR EPS OPTOMETRIA Y OFTALMOLOGIA .



clinica ips eugenio diaz 22-01-21
2021-01-22 09:54

ID: claudia marcela buitrago rojas
Nombre: 52592737 Sexo: F Edad: 40
Talla: ____ cm Peso: ____ kg SIS/DIAS: ____ / ____ mmHg

HR	[bpm]	:72
PR Interval	[ms]	:132
P Duration	[ms]	:115
QRS Duration	[ms]	:97
T Duration	[ms]	:207
QT/QTc	[ms]	:447/490
P/QRS/T Axis	[deg]	:33.5/14.3/26.3
R(V5)/S(V1)	[mV]	:1.17/0.91
R(V5)+S(V1)	[mV]	:2.08

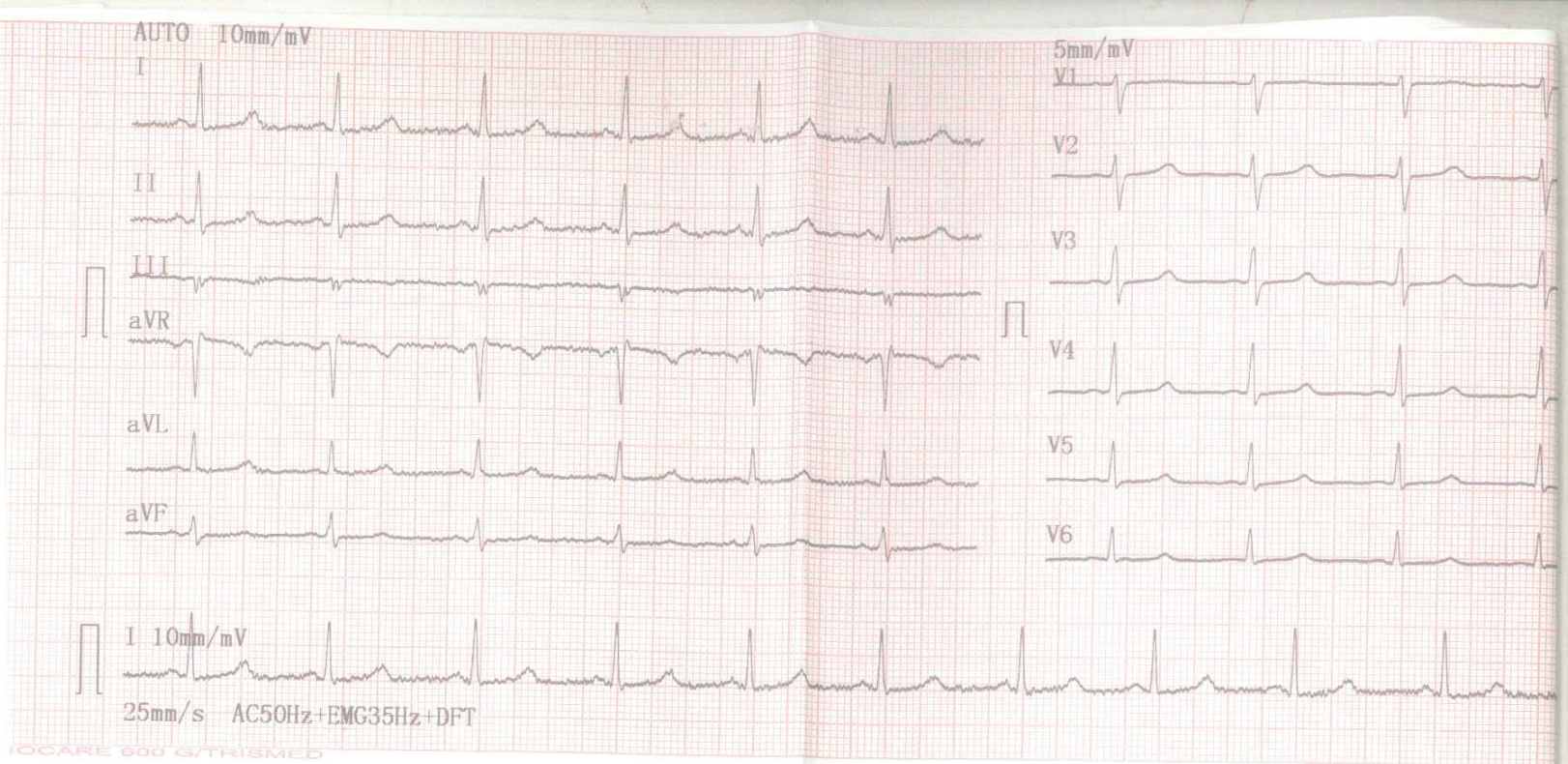
<<Conclusión>>
Ritmo sinusal normal;
Leve desviacion izquierda del eje;

Report need physician confirm

Natalia Valencia

Médico _____

By PAINMED For BIOCARE 600 G/TRISMED


AUTO 10mm/mV
I
II
III
aVR
aVL
aVF
5mm/mV
V1
V2
V3
V4
V5
V6
I 10mm/mV
25mm/s AC50Hz+EMG35Hz+DFT
IOCARE 600 G/TRISMED

RESULTADO

NOMBRE: CLAUDIA MARCELA BUITRAGO RIAÑO
DOCUMENTO: CC.52542737
EMPRESA: CLINICA IPS EUGENIO DIAZ SAS (P)
DOCTOR: PNR-ADSCRITO

REFERENCIA: 136424307
FECHA INGRESO: 22.Ene.2021 07:11 p.m.
SEDE: REFERENCIA CENTRO
EDAD-SEXO: 40 Años - Femenino

HEMATOLOGIA

ESTUDIO	RESULTADO		VALOR DE REFERENCIA
HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV			
PARAMETROS LEUCOCITARIOS			
Leucocitos	**11.09**	x10^3 /uL	4.00 - 12.00
%Neutrófilos	**73.3**	%	50.0 - 70.0
%Linfocitos	**17.9**	%	20.0 - 60.0
%Monocitos	**7.1**	%	3.0 - 12.0
%Eosinófilos	**1.6**	%	0.5 - 5.0
%Basófilos	**0.1**	%	0.0 - 1.0
Recuento Diferencial absoluto:			
#Neutrófilos	**8.13**	x10^3 /uL	2.00 - 8.00
#Linfocitos	**1.99**	x10^3 /uL	0.80 - 7.00
#Monocitos	**0.79**	x10^3 /uL	0.12 - 1.20
#Eosinófilos	**0.17**	x10^3 /uL	0.02 - 0.80
#Basófilos	**0.01**	x10^3 /uL	0.00 - 0.10
PARAMETROS ERITROCITARIOS			
Eritrocitos	**4.87**	x10^6 /uL	3.50 - 5.20
Hemoglobina	**15.4**	g/dl	12.0 - 16.0
Hematocrito	**47.1**	%	35.0 - 49.0
Volumen Corpuscular Medio (MCV)	**96.7**	fL	80.0 - 100.0
Hemoglobina Corpuscular Media (MCH)	**31.5**	pg	27.0 - 34.0
Concentración Media de Hemoglobina Corpuscular (MCHC)	**32.6**	g/dl	31.0 - 37.0
Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)	**14.0**	%	11.0 - 16.0
PARAMETROS PLAQUETARIOS			
Recuento de Plaquetas (PLT)	**323**	x10^3 /uL	150 - 450
Volumen Plaquetario Medio (MPV)	**10.8**	fL	6.5 - 12.0

Técnica:Citometría de Flujo

Analizado por,

Angélica Contreras Velásquez

ANGELICA CONTRERAS VELASQUEZ
BACTERIOLOGA T.P:1093766692
Copiado:ASLM

Fecha de Validación:23/Ene/2021 15:34

***La interpretación de este y todo examen corresponde exclusivamente al médico- [Página 1]**

RESULTADO

NOMBRE:	**CLAUDIA MARCELA BUITRAGO RIAÑO**	**REFERENCIA:**	**136424307**
DOCUMENTO:	**CC.52542737**	**FECHA INGRESO:**	**22.Ene.2021 07:11 p.m.**
EMPRESA:	**CLINICA IPS EUGENIO DIAZ SAS (P)**	**SEDE:**	**REFERENCIA CENTRO**
DOCTOR:	**PNR-ADSCRITO**	**EDAD-SEXO:**	**40 Años - Femenino**

BIOQUIMICA SANGUINEA

ESTUDIO	RESULTADO		VALORES DE REFERENCIA
Glicemia en Ayunas	**74**	mg/dl	70 - 100 mg/dl

Vlr. Referencia para grupos Especiales:
Prematuros: 20 - 60 mg/dl

Técnica:Hexoquinasa

NOTA: Criterios de la Asociación Americana de Diabetes - ADA- 2017, Valores esperados:
- Glucosa normal en ayunas: menor de 100 mg/dL
- Glucosa a las 2 horas con carga de 75 gramos: menor de 140 mg/dL

Analizado por,

BRIGITTE MARLADY HUERFANO ROMERO
BACTERIOLOGA T.P:1032370736
Copiado:bmhr

Fecha de Validación:23/Ene/2021 04:30

Respaldo científico de Laboratorio Angel
Muestra tomada y remitida por laboratorio adscrito al Programa Nacional de Referencia PNR, responsable de asegurar la fase pre-analítica
Central de atención PNR Cali (032) 660 70 70 opción 2 - Bogotá (031) 743 2953 opción 2

RESULTADO

NOMBRE:	**CLAUDIA MARCELA BUITRAGO RIAÑO**	**REFERENCIA:**	**136424307**
DOCUMENTO:	**CC.52542737**	**FECHA INGRESO:**	**22.Ene.2021 07:11 p.m.**
EMPRESA:	**CLINICA IPS EUGENIO DIAZ SAS (P)**	**SEDE:**	**REFERENCIA CENTRO**
DOCTOR:	**PNR-ADSCRITO**	**EDAD-SEXO:**	**40 Años - Femenino**

BIOQUIMICA SANGUINEA

ESTUDIO	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
PERFIL LIPIDICO		
Colesterol Total	**213** mg/dl	Valores de Referencia en Niños Aconsejable: Menor de 170 mg/dl Riesgo moderado: 170 - 199 mg/dl Alto: Mayor o Igual a 200 mg/dl Valores de Referencia en Adultos Aconsejable: Menor de 200 mg/dl Riesgo moderado: 200 - 239 mg/dl Alto: Mayor o Igual a 240 mg/dl
Triglicéridos	**135** mg/dl	Normal: Menor de 150 mg/dl Límite alto: 150 - 199 mg/dl Alto: 200 - 499 mg/dl Muy alto: Mayor o Igual a 500 mg/dl
Fracción VLDL	**27.00** mg/dl	Menor de 30 mg/dl
Fracción LDL	**138.04** mg/dl	Optimo < 100 mg/dl Casi óptima 100 - 129 mg/dl Moderado 130 - 159 mg/dl Elevado 160 - 189 mg/dl Muy Elevado > 190 mg/dl
Colesterol HDL	**47.96** mg/dl	40 - 60 mg/dl
Indice Arterial	**4.44**	Menor de 4

Analizado por,

BRIGITTE MARLADY HUERFANO ROMERO
BACTERIOLOGA T.P:1032370736
Copiado:bmhr

Fecha de Validación:23/Ene/2021 04:30

**La interpretación de este y todo examen corresponde exclusivamente al médico- [Página 3]*

Hace constar:

Que el Sr(a) CLAUDIA MARCELA BUITRAGO RIAÑO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52542737 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 CLAUDIA MARCELA BUITRAGO RIAÑO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52542737 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 -

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 **CLAUDIA MARCELA BUITRAGO RIAÑO** con **CC** No. **52542737**, 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:** 15/02/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 15/02/2023 **Fecha fin de Contrato:** 16/12/2023 **Clase de Riesgo:** 1 **Cargo :** INSTRUCTOR **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301012642323.

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

Cordialmente

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_06

Banco AV Villas

NIT. 860.035.827-5

BANCO COMERCIAL
"AV VILLAS"

NIT 860035827 - 5

CRA. 13 No. 27-47 P-24 BOGOTA D.C.

C E R T I F I C A :

Que CLAUDIA MARCELA BUITRAGO RIAN identificado con el documento No 52.542.737

posee en la oficina CTRO CCIAL MERCURIO (668) una cuenta de ahorros

No 668827129 desde el 11 de enero de 2013

Se expide la presente a solicitud del interesado a los 27 dias del mes de febrero de 2023

Atentamente,

Gerente Oficina 687

Esta certificación tiene un costo de $ 12.600,00 , el cual será debitado de su cuenta y se verá reflejado en el extracto de la misma.

CAP-M1-119-V1

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	21-46-101062842	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
14	02	2023	15	02	2023	00:00	30	04	2024	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		IDENTIFICACIÓN:	
BUITRAGO RIAÑO CLAUDIA MARCELA			C.C. :52,542,737
DIRECCIÓN: CRA 10 NO 45 28	CIUDAD: SOACHA - CUNDINAMARCA		TELÉFONO: 3153190882

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN:	
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL CUNDINAMARCA CENTRO INDUSTRIAL Y DE DESARROLLO EMPRESARIAL DE SOACHA			NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN:	CIUDAD: SOACHA - CUNDINAMARCA		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.4610520 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES CON PLENA AUTONOMIA COMO INSTRUCTOR PARA ATENDER LAS NECESIDADES DEL PROGRAMA TITULADO EN LAS AREAS ASOCIADAS A LA RED DE CONOCIMIENTO GESTION ADMINISTRATIVA DEL CENTRO INDUSTRIAL Y DE DESARROLLO EMPRESARIAL DE SOACHA

SEGUROS DE LIMA
CEL: 320 335 1831

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	15/02/2023	30/04/2024	$ 4,096,830.00

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	$ 4,096,830.00	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.

21-46-101062842
FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaría 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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Powered by CamScanner

PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN
FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
NO. _____ SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015

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.

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.

PARA CONSTANCIA DE LO EXPUESTO, Y EN SEÑAL DE ASENTIMIENTO Y COMPROMISO CON TODO LO AQUÍ PACTADO SE FIRMA EN _____ A LOS _____ ( ) DÍAS DEL MES DE _____ DEL AÑO _____.