

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL VALLE DESPACHO REGIONAL-EMPRENDIMIENTO		Código Regional	76
			Código Centro	101076
			Fecha Elaboración	Marzo de 2023
			Versión	ENERO 2023 - 1,23
			ID de Proceso	60900-475633
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		ADALGISA PALACIO SANTA	C.C.	38.790.061
Correo electrónico contratista:		adpalacios@sena.edu.co	IP/N° de contacto	3176666747
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	NO	Es declarante de renta?
			SI	Es Pensionado?
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	Inducción SST	SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ?
			NO	NO
Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000:	NO	Tipo de cta	AHORROS	N° Cuenta
				83008106528
		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				
N° del contrato:	4642501/2023	N° Compromiso SIIF	25723	
Valor Total del Contrato	\$ 49.760.458	N ° Pago	1	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 49.760.458	Periodo objeto de pago	Del 23/02/2023 Al 28/02/2023	
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 47.800.198	Legalización comisiones del periodo	\$ 0,00	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		SERVICIOS PERSONALES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA ORIENTACIÓN DE USUARIOS DE LOS CENTROS DE DESARROLLO EMPRESARIAL, DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS Y PROCESO DE EMPRENDIMIENTO Y EMPRESARISMO DEL SENA, CON ÉNFASIS AL DESARROLLO DE INICIATI		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 1.960.260	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 1.960.260	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 1.217.670	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Febrero	Enero	Base retención en la fuente a título de RENTA	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.160.000	\$ 0	Base retención en la fuente a título de ICA	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 145.000	\$ 0	Valor base IVA	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 185.600	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	
ARL	\$ 6.100	\$ 0	Menos Retención IVA	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ 8.835.833	\$ -	Reteica - 7020	
\$ 490.065	\$ -	\$ -	10.193,00	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ 13.430.466	\$ -	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ 13.430.466	\$ -	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ 4.241.200	\$ -	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Pro-UCEVA	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	9.801,00	
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	0,500%	
Dependientes hasta	\$ 1.357.184	\$ -	Otras Retenciones	
Salud hasta	\$ 678.592	\$ -	0,00	
Renta Exenta 25%	\$ 2.792.123	\$ 405.890	Otras Retenciones	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -	0,00	
			Descuentos de Libranza	
			0,00	
			Descuentos de embargo (Si tiene)	
			0,00	
			VALOR A PAGAR	
			\$1.940.266,00	
SON: UN MILLÓN NOVECIENTOS CUARENTA MIL DOSCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Se adjunta informe formato GTH-F-062-V09FORMATOINFORMEMENSUALDEEJECUCIONCONTRACTUAL_FEBRERO-2023,certificado afiliación EPS,FP y ARL.				
Se realizó reunión de equipo regional presentación del equipo, enlace regional y lineamientos de trabajo y reunión coordinación Nal E.				
Se realizó asesoría de inicio empresa puesta en marcha FE, 82452- Café de Honor S.A.S				
Se realizó acompañamiento en inicio de interventoría 82452- Café de Honor S.A.S				
Se asistió a reunión nacional de emprendimiento virtual lineamientos nacionales coordinador Carlos Arturo Gamba				
Se realizó primera citación emprendedores puesta en marcha FE, en ejecución y próximos a puesta en marcha, alistamiento interventoría.				
Se Realizó informe mensual de gestión del presente periodo y diligenciamiento de formatos y evidencias establecidas por la entidad.				
Se actualizaron las plataformas digitales para ingreso de la gestión realizada				
Se realizó reunión de equipo CAB planeación según los lineamiento coordinación nacional de emprendimiento.				
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.				
ADALGISA PALACIO SANTA 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 periodo 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,				
MAURICIO GOMEZ FAJARDO SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)				
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				
FERNANDO JOSE MURIEL ANDRADE DIRECTOR REGIONAL				

**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 **ADALGISA PALACIO SANTA** con CC No. **38790061**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
Contratante: NI 8999999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	Fecha de última cobertura: 23/02/2023 Estado Afiliación: ACTIVO Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Fecha de inicio de Contrato: 23/02/2023 Fecha fin de Contrato: 31/12/2023 Clase de Riesgo: 1 Cargo : PROFESIONAL Fecha fin de Retiro: SIN FECHA DE RETIRO

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20230101312589.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 1 días del mes de marzo de 2023.

Cordialmente

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



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

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ADALGISA PALACIO SANTA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **38.790.061**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 23 de Febrero del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

CE-006 - 0000000100 – 2023

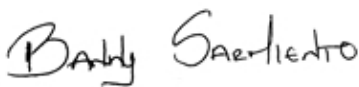
CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 38790061
NOMBRES Y APELLIDOS	Palacio Santa,Adalgisa
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	22/09/2008
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Palacio Santa,Adalgisa , a los 23 días del mes de febrero del año 2023.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

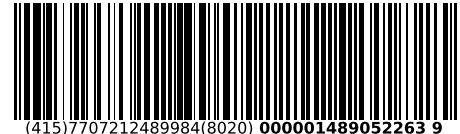


Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

14890522639



(415)7707212489984(8020) 000001489052263 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

3 8 7 9 0 0 6 1

6. DV

6

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Tuluá

14. Buzón electrónico

2 1

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

3 8 7 9 0 0 6 1

27. Fecha expedición

1 9 8 9, 1 1, 3 0

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Valle del Cauca

7 6

30. Ciudad/Municipio

Tuluá

8 3 4

31. Primer apellido

PALACIO

32. Segundo apellido

SANTA

33. Primer nombre

ADALGISA

34. Otros nombres

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Valle del Cauca

7 6

40. Ciudad/Municipio

Tuluá

8 3 4

41. Dirección principal

CR 35 37 16 BRR FATIMA

42. Correo electrónico

adapalacio@hotmail.com

43. Código postal

7 6 3 0 2 1

44. Teléfono 1

3 1 7 6 6 6 7 4 7

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

7 0 2 0

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 0, 0 1, 2 8

Actividad secundaria

48. Código

8 2 9 9

49. Fecha inicio actividad

2 0 1 0, 0 1, 2 8

Otras actividades

1

2

4 7 9 9

Ocupación

51. Código

3 4 1 4

52. Número establecimientos

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	5	2	2	4	9																				

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2023 - 01 - 23 / 19 : 41: 25

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:

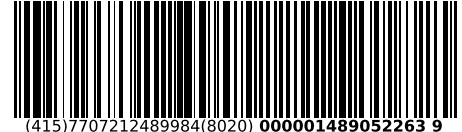
984. Nombre PALACIO SANTA ADALGISA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14890522639



(415)7707212489984(8020) 000001489052263 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

3 8 7 9 0 0 6 1

6. DV

6

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Tuluá

14. Buzón electrónico

2 1

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comerci 0 2	161. Actividad económica Expendio a la mesa de comidas preparadas	5 6 1 1
162. Nombre del establecimiento RESTAURANTE LOS GORDOS		
163. Departamento Valle del Cauca	164. Ciudad/Municipio Cali	0 0 1
165. Dirección CL 62 B 1 A 9 80		
166. Número de matrícula mercantil 6 2 6 0 3 7 2	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 0 4 0 2 0 9	
168. Teléfono 3 1 7 6 6 6 6 7 4 7	169. Fecha de cierre 2 0 0 5 0 5 2 4	
160. Tipo de establecimiento		
161. Actividad económica		
162. Nombre del establecimiento		
163. Departamento		
164. Ciudad/Municipio		
165. Dirección		
166. Número de matrícula mercantil		
167. Fecha de la matrícula mercantil		
168. Teléfono		
169. Fecha de cierre		
160. Tipo de establecimiento		
161. Actividad económica		
162. Nombre del establecimiento:		
163. Departamento		
164. Ciudad/Municipio		
165. Dirección		
166. Número de matrícula mercantil		
167. Fecha de la matrícula mercantil		
168. Teléfono		
169. Fecha de cierre		



Hace constar:

Que el Sr(a) ADALGISA PALACIO SANTA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 38790061 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, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo ADALGISA PALACIO SANTA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 38790061 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 -

CERTIFICADO MEDICO LABORAL

Fecha: 25/01/2023 Tipo de Examen: PREINGRESO

Nombre: ADALGISA PALACIO SANTA

Empresa: Particular

En Misión:

Ciudad del Exámen: TULUA

Cédula: 38790061

Cargo: ORIENTADOR DE EMPRENDIMIENTO

Para dar el concepto de aptitud se tuvieron en cuenta los siguientes paraclínicos:

HEMOGRAMA TIPO IV, PARCIAL DE ORINA, PERFIL LIPIDICO, GLICEMIA, OPTOMETRIA



59424

CONCEPTO MEDICO LABORAL SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

REMISIÓN

MEDICINA GENERAL: EPS

Observación VALORACION CON MEDICINA GENERAL POR RESULTADO ANORMAL EN PARACLINICOS

RESTRICCIÓN

NO

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Uso de E.P.P según panorama de riesgos, Realizar pausas activas, Autocuidado, Higiene postural, Reportar accidentes de trabajo oportunamente, Prevención de accidentalidad, Incluir en PVE de acuerdo al perfil de riesgo del cargo, Hábitos de vida saludables, Ejercicio Regular, Control de Peso, Dieta

TRABAJO ESPECIALES

Trabajo en Alturas:	NO APLICA	Manipulación de alimentos	NO APLICA
Trabajo en altitudes > 2500 mts:	NO APLICA	Trabajo en ambientes hiperbáricos:	NO APLICA
Trabajo en espacios confinados:	NO APLICA	Trabajo como brigadista:	NO APLICA
Trabajo con energía de alta tensión:	NO APLICA	Conducción de vehículos:	NO APLICA
Trabajo con radiaciones ionizantes:	NO APLICA	Manipulación sustancias químicas:	NO APLICA
Trabajo en altas temperaturas:	NO APLICA		
Trabajo en bajas temperaturas:	NO APLICA		

PVE VISUAL	☒	PVE AUDITIVO	☐	PVE RESPIRATORIO	☐
PVE ERGONOMICO	☒	PVE CARDIOVASCULAR	☐	PVE PSICOSOCIAL	☐
PVE QUIMICO	☐	PVE Radiaciones Ionizantes	☐	PVE BIOLOGICO	☐

Observaciones Generales

CONTINUAR CONTROLES.

ADALGISA PALACIO SANTA

c.c: 38790061

Francisca A. Mora Pardo
Médico
F.M.C. 1125800390
16/04/15

Francisco Abelardo Mora Pardo

Registro: 1125800390

Lic: 4145010211914000583

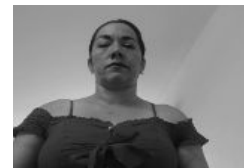
Fecha: 25/01/2023

Tipo de Examen: PREINGRESO

Número: 38790061

1. INFORMACION GENERAL

Apellidos: PALACIO SANTA Nombres: ADALGISA Edad: 52
Cedula: 38790061 Tipo Doc: CEDULA Cd Exám: TULUA Sexo: FEMENINO
Estado Civil: UNION LIBRE Estrato : 3 Dpto. Nacimiento: Valle del Cauca
Fecha Nacido: 13/04/1970 Cd Nacimiento: BUGALAGRANDE Escolaridad: PROFESIONAL
Teléfono: 3176666747 Cd residencia: ULLOA email: ADAPALACIO@HOTMIL.COM
Direc reside: cra 35 37-16 FATIMA TULUA Nacionalidad: Colombia
Acompañante: No refiere Tel. Acompa: No aplica
Responsable: N/A Tel. Responsable: 0 Parentesco Responsable: N/A
E.P.S: Sanitas EPS SA A.R.L: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS A.F.P: Pensiones de Antioquia
Empleador: Particular Act. Económ: NA
En Misión: Act. Económ: NA
Fecha Ingreso: 25/01/2023 Cargo: ORIENTADOR DE EMPRENDIMIENTO Sección: ORIENTADORA



2. ANTECEDENTES OCUPACIONALES (Inicia desde el actual)

Empleador: PARTICULAR Empresa en mision: SENNA
Cargos Desempeñados: ORIENTADOR DE EMPRENDIMIENTO
Tiempo de Exposición: Años: 14 Meses: 0 Actividad Económica:
Descripción Funciones: ORIENTADOR DE EMPRENDIMIENTO Mediciones Ambientales: No Aplica

Riesgos a los que Estuvo Expuesto											
Físicos						Químicos					
Iluminación	Radiaciones	Ruido	Temp. Alta	Temp. Baja	Vibración	Gases	Humos	Polvos	Líquidos	Vapores	Fibras
☐ epp	☐ epp	☐ epp	☐ epp	☐ epp	☐ epp	☐ epp	☐ epp	☐ epp	☐ epp	☐ epp	☐ epp
Ergonómicos											
Carga Dinámica		Carga Estática		Diseño de Puesto		Manejo de Cargas		Movimientos Repetitivos			
☐	☐ epp	☐	☐ epp	☐	☐ epp	☐	☐ epp	☐	☐ epp	☐	☐ epp
Otros:											
Trabajo en alturas		Mecánico		Eléctrico		Locativo		Biológico		Psicosocial	
☐	☐ epp	☐	☐ epp	☐	☐ epp	☐	☐ epp	☐	☐ epp	☐	☐ epp

Empleador: Empresa en mision:
Cargos Desempeñados:
Tiempo de Exposición: Años: 0 Meses: 0 Actividad Económica:
Descripción Funciones: Mediciones Ambientales: No Aplica

Riesgos a los que Estuvo Expuesto											
Físicos						Químicos					
Iluminación	Radiaciones	Ruido	Temp. Alta	Temp. Baja	Vibración	Gases	Humos	Polvos	Líquidos	Vapores	Fibras
☐ epp	☐ epp	☐ epp	☐ epp	☐ epp	☐ epp	☐ epp	☐ epp	☐ epp	☐ epp	☐ epp	☐ epp
Ergonómicos											
Carga Dinámica		Carga Estática		Diseño de Puesto		Manejo de Cargas		Movimientos Repetitivos			
☐	☐ epp	☐	☐ epp	☐	☐ epp	☐	☐ epp	☐	☐ epp	☐	☐ epp
Otros:											
Trabajo en alturas		Mecánico		Eléctrico		Locativo		Biológico		Psicosocial	
☐	☐ epp	☐	☐ epp	☐	☐ epp	☐	☐ epp	☐	☐ epp	☐	☐ epp

Empleador: Empresa en mision:
Cargos Desempeñados:
Tiempo de Exposición: Años: 0 Meses: 0 Actividad Económica:
Descripción Funciones: Mediciones Ambientales: No Aplica

Riesgos a los que Estuvo Expuesto											
Físicos						Químicos					
Iluminación	Radiaciones	Ruido	Temp. Alta	Temp. Baja	Vibración	Gases	Humos	Polvos	Líquidos	Vapores	Fibras
☐ epp	☐ epp	☐ epp	☐ epp	☐ epp	☐ epp	☐ epp	☐ epp	☐ epp	☐ epp	☐ epp	☐ epp
Ergonómicos											
Carga Dinámica		Carga Estática		Diseño de Puesto		Manejo de Cargas		Movimientos Repetitivos			
☐	☐ epp	☐	☐ epp	☐	☐ epp	☐	☐ epp	☐	☐ epp	☐	☐ epp
Otros:											
Trabajo en alturas		Mecánico		Eléctrico		Locativo		Biológico		Psicosocial	
☐	☐ epp	☐	☐ epp	☐	☐ epp	☐	☐ epp	☐	☐ epp	☐	☐ epp

2. ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Observaciones:

3. ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES PROFESIONALES - ACCIDENTES DE TRABAJO

Fecha:	Empresa	Tipo Lesión Organo	Secuelas	Inc Laborales
				Incap: Dias:
ARL:				
Fecha:	Empresa	Tipo Lesión Organo	Secuelas	Inc Laborales
				Incap: Dias:
ARL:				
Fecha:	Empresa	Tipo Lesión Organo	Secuelas	Inc Laborales
				Incap: Dias:
ARL:				

Observaciones: NIEGA ANTECEDENTE DE ENFERMEDADES Y/O ACCIDENTES LABORALES.

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

Causa	Parentesco	Causa	Parentesco	Causa	Parentesco
1. Pulmonares:	No Refiere	4. Hipertensión:	No Refiere	7. Convulsiones:	No Refiere
2. Dislipidemias:	No Refiere	5. Cardiacos:	No Refiere	8. Tiroides:	No Refiere
3. Diabetes:	No Refiere	6. Cerebrovasculares:	No Refiere	9. Cancer:	Mamá

Observaciones: NIEGA OTROS ANTECEDENTES FAMILIARES

5. ANTECEDENTES PERSONALES

Causa	Causa	Causa
1. Infeccioso: ☐	7. Digestivo: ☒	13. Osteomuscular: ☐
2. Cefalea: ☒	8. Genitourinario: ☐	14. Piel Anexos: ☒
3. Visual: ☐	9. Endocrinólogo: ☒	15. Traumático: ☐
4. Oidos, Nariz, Gargante: ☐	10. Hematológico: ☐	16. Quirúrgico: ☐
5. Pulmones: ☐	11. Alérgico: ☒	17. Farmacológico: ☐
6. Cardiovascular: ☐	12. Neurológico ☐	18. Otro: ☒
19. Metabólicos: ☐		

Observaciones: 3: PRESBICIA. 7: GASTRITIS CRONICA. 9: HIPOTIROIDISMO 11: PENICILINA. 14: PSORIASIS. 16: PMOREOY 2005, CUADRANTECTOM MAMA IZQUIERDA Y VACIAMINETO DE GANGLIOS LINFATICOS AXILARES IZQUIERDOS 2021. 17: EUTIROX, LETROSOLE. 18: CA DE MAMA YA MANEJADO. DOLOR EN CODO DERECHO Y DEDO 1 MANO DERECHA E IZQUIERDA DESDE HACE 4 AÑOS QUE SE EXACERBA CUANDO TRABAJA MUCHO TIEMPO EN EL COMPUTADOR, MEJORA CON EL REPOSO.

Ginecoobstetricos:

Menarquia: 11 AÑOS	Ciclos. REGULAR	Fumens: HACE DOS AÑOS	Gestación: 2	Partos: 2	Aborto 0
Citologia: HACE UN AÑO	Resultado: NORMAL	Planificación: QUIRURGICO	Cesareas: 0	FUP: 28/11/2005	

6. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMAS

PIEL Y FANERAS. Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
 OTORRINOLARINGOLÓGICOS. Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
 OFTALMOLOGICOS. Resultados: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
 RESPIRATORIOS. Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
 CARDIOVASCULARES. Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
 GENITOURINARIO. Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
 OSTEOMUSCULARES. Resultado: REFIERE | Hallazgo: DOLOR EN CODO DERECHO Y DEDO 1 MANO DERECHA E IZQUIERDA DESDE HACE 4 AÑOS E SE EXACERBA CUANDO TRABAJA MUCHO TIEMPO EN EL COMPUTADOR, MEJORA CON EL REPOSO.
 NEUROLOGICOS. Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
 ENDOCRINOLOGICO. Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
 PSIGUIATRICOS. Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
 OTROS. Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA

7. HABITOS Y ACTIVIDADES EXTRALABORALES

Cigarrillo: NO	No. Cigarrillos al día:	Años: 0	Meses: 0	Tiempo Abandono: Años: 0	Meses: 0
Licor: NO	Frecuencia: N/A	Años: 0	Meses: 0	Tiempo Abandono: Años: 0	Meses: 0
Actividad Fisica - Deporte: GIMNACIO				Frecuencia: TODOS LOS DIASN	
Actividad Extralaborales: ON				Frecuencia: NO	

8. ESQUEMA DE VACUNACION

	Tetano:	Hepatitis B:	F. Amarilla	Influenza Estacional	Influenza H1N1	MMR	Varicela	Hepatitis A	Otras
No. Dosis									
F.U.D									

9. COMPOSICION FAMILIAR

Familiar:	HIJO	Cantidad:	1
Familiar:	NO REFIERE	Cantidad:	0
Familiar:	NO REFIERE	Cantidad:	0
Familiar:	NO REFIERE	Cantidad:	0
Familiar:	NO REFIERE	Cantidad:	0

10. EXAMEN FISICO

Peso (Kg): 76 Talla (m): 1,57 I.M.C:30,83 Pulso: NORMAL Lateralidad: DIESTRO

T.A. Sentado (mmHg) :120/80 Perimetro Abdominal (Cm):92 Pulso (LPM): 74

Aspecto General: INGRESA AL CONSULTORIO POR SUS PROPIOS MEDIOS, APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES.

11. SISTEMA OSTEOMUSCULAR

Columna Cervical:	Simetria:	NORMAL	Funcionalidad:	NORMAL
Columna Dorsal:	Simetria:	NORMAL	Funcionalidad:	NORMAL
Columna Lombosacra:	Simetria:	NORMAL	Funcionalidad:	NORMAL
Miembros Superiores:	Funcionalidad:	NORMAL		
Miembros Inferiores:	Funcionalidad:	NORMAL		
Manos:	Funcionalidad:	NORMAL		

Prueba Tinnel: NORMAL

Prueba Phanen: (flexión completa de ambas muñecas * 1min) NORMAL

Prueba Finkelstein: (desviación cubital de muñeca con flexión de pulgar) NORMAL

Observación: HOMBROS: AMAS COMPLETOS, TEST DE APLEY NEGATIVO
 CODOS: NO DOLOR A LA PALPACIÓN EPICONDILOS LATERALES O MEDIALES, NI CON LA PRONOSUPINACION PASIVA O ACTIVA DE ANTEBRAZOS.
 MANOS: AMAS COMPLETOS TINEL: NEG PHALEN: NEG FINKELSTEIN NEG BUENA FUERZA MUSCULAR, NO DOLOR A LA PALPACIÓN O MOVILIZACIÓN PASIVA O ACTIVA DE ARTICULACIONES INTERFALANGICAS O METACARPOFALANGICAS EN MANOS, NO DOLOR A LA PALPACIÓN DE EMINENCIAS TENAR O HIPOTENAR, NO DOLOR A LA PALPACIÓN O MOVILIZACIÓN PASIVA O ACTIVA DE MUÑECAS.
 COLUMNA: FLEXO-EXTENSIÓN Y ROTACIÓN NORMALES, NO DEFORMIDADES, NO PRESENTA PUNTOS DOLOROSOS A LA PALPACIÓN DE ÁREA LUMBAR PRUEBAS DE LASEGUE NEGATIVAS, ARCOS DE MOVILIDAD CONSERVADOS.
 CADERAS: CON MOVILIDAD COMPLETA, SIN DOLOR, MARCHA NORMAL
 RODILLAS: CON ARCOS DE MOVILIDAD COMPLETA, NO DOLOROSA, BUENA FUERZA MUSCULAR. REALIZA CUCLILLAS SIN DIFICULTAD O DOLOR.
 TOBILLOS: AMAS COMPLETOS
 PIES: AMAS COMPLETOS, NO HAY SIGNOS DE DOLOR NI LIMITACION A LA MARCHA EN PUNTA NI EN TALONES.

12. ORGANOS Y SISTEMAS

Ojos:	Conjuntivas:	NORMAL	Pupilas Cornea:	NORMAL	Anexos:	NORMAL	Fond de Ojo:	NO SE EVALUA
Boca:	Labios Lengua:	NORMAL	Faring Amigdalas:	NORMAL				
Oidos Nariz:	Pabellones:	NORMAL	Tabique:	NORMAL	Cornetes:	NORMAL		
Torax:	Senos:	NO SE EVALUA	Pulmones:	NORMAL	Corazón:	NORMAL		
Abdomen:	Pared:	NORMAL	Více. (magalias):	NORMAL	Hernias:	NORMAL		
Cuello:	Cuello:	NORMAL						
Piel:	Piel:	NORMAL						
Genitales:	Genitales:	NO SE EVALUA						
Vascular:	Periférico:	NORMAL	Linfáticos:	NORMAL	Varice:	NORMAL		
Sist. Nervioso:	Reflejos:	NORMAL	Marcha:	NORMAL	Coordinación	NORMAL		
	Prueba de equilibrio dinámico y estático: NORMAL							

Observaciones: NORMOCÉFALO; OTOSCOPIA: SIN ALTERACIONES, CUELLO SIMETRICO, AMAS COMPLETOS, SIN DOLOR SIN MASAS; RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS NO RUIDOS SOBREAGREGADOS, ABDOMEN BLANDO DEPRENDIBLE NO MASAS, NO MEGALIAS, NO HERNIAS; SNC: SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE. PRUEBAS NEUROLÓGICAS DE EQUILIBRIO REALIZADAS: ROMBERG NEGATIVO , BARANY NEGATIVO Y BABINSKI-WEIL NEGATIVO.PIEL Y MANOS: SIN ALTERACIONES MACROSCOPICAS EVIDENTES



HISTORIA MEDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Cód.:FT-MO-VM-01

Versión : 4

Fecha: 13/11/2015

Página: 5 de 5



Fecha: 25/01/2023

Tipo de Examen: PREINGRESO

Número: 38790061

Agudeza Visual Cercana:	Ojo Derecho:	Ojo Izquierdo:	☐ Con Corrección	☐ Sin Corrección
Agudeza Visual Lejana:	Ojo Derecho:	Ojo Izquierdo:	☐ Con Corrección	☐ Sin Corrección

Otoscopia	Normal:	OD:	SI	OI:	SI	Timpanopatía:	OD:	NO	OI:	NO
	Tapón:	OD:	NO	OI:	NO					

Dentadura:	Buen Estado:	NO	Completa:	SI	Prótesis:	NO
------------	--------------	----	-----------	----	-----------	----

Observaciones: SIN HALLAZGOS ANORMALES, NO SE EVALUA CAVIDAD ORAL.



HISTORIA MEDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Cód.:FT-MO-VM-01

Versión : 4

Fecha: 13/11/2015

Página: 6 de 5



Fecha: 25/01/2023 Tipo de Examen: PREINGRESO

Número: 38790061

13. EXAMENES DE LABORATORIO Y DE SALUD OCUPACIONAL

Examen paraclínico: 25/01/2023 - Optometría: 38790061. Diagnóstico OD: PRESBICIA., OI: PRESBICIA., CONDUCTA: IGUAL CORRECCIÓN Optometría
Recomendaciones: CONTINUAR CON USO DE RX OCASIONAL PARA VER DE CERCA. OBS. MEDICO: CONTINUAR CON USO DE RX OCASIONAL PARA VER DE CERCA

Examen: GLICEMIA.

Laboratorio

Resultados: Glicemia Basal: 108* mg/dl .

Examen: HEMOGRAMA TIPO IV.

Resultados: LEUCOCITOS: 4.2 x10³/mm³ 3.5 - 10.0 x10³/mm³ERITROCITOS: 4.88 x10⁶/mm³ 3.80 - 5.80 x10⁶/mm³

HEMOGLOBINA: 14.9 g/dl 11.0 - 16.5 g/dl

HEMATOCRITO: 44.2 % 35.0 - 50.0 %

RECuento DE PLAQUETAS: 242 x10³/mm³ 150 - 450 x10³/mm³

PTC: 0.201 % .100 - .500 %

VCM: 90 u/m³ 80 - 97 u/m³

HCM: 30.4 pg 26.5 - 33.5 pg

CCMH: 33.6 g/dl 31.5 - 35.0 g/dl

IDE: 13.0 % 10.0 - 15.0 %

VPM: 8.3 u/m³ 6.5 - 11.0 u/m³

IDP: 13.6 % 10.0 - 18.0 %

% LINFOCITOS: 28.9 % 17.0 - 48.0 %

% MONOCITOS: 5.5 % 4.0 - 10.0 %

% NEUTROFILOS: 65.6 % 43.0 - 76.0 %

LINFOCITOS: 1.2 x10³mm³ 1.2 - 3.2 x10³mm³# MONOCITOS: 0.2 x10³mm³ 0.3 - 0.8 x10³mm³# NEUTROFILOS: 2.8 x10³mm³ 1.2 - 6.8 x10³mm³.

Examen: PARCIAL DE ORINA.

Resultados: Color: AMARILLO

Aspecto: LIGERAMENTE TURBIO

Densidad: 1.030

pH: 6.0

Leucocitos: NEGATIVO

Hemoglobina: NEGATIVO

Nitritos : NEGATIVO

Cetonas : NEGATIVO

Bilirrubina: NEGATIVO

Urobilinógeno: NORMAL

Proteínas: NEGATIVO

Glucosa : NEGATIVO

Células Epiteliales Bajas: 2-3 XCAMPO

Leucocitos x campo: 2-5 XCAMPO

Hematíes x campo: 0-1 XCAMPO

Bacterias: ESCASOS

Moco: + .

Examen: PERFIL LIPIDICO.

Resultados: Colesterol Total: 266* mg/dl Menor a 200 mg/dl

Trigliceridos: 347* mg/dl 40 - 160 mg/dl

Colesterol HDL: 39 mg/dl

Colesterol LDL: 157.6* mg/dl 50 - 130 mg/dl

Colesterol VLDL: 69.4* mg/dl Menor a 45 mg/dl

Indice Arterial: 6.8* Menor a 5

Observaciones: SUERO LIGERAMENTE TURBIO. .

14. DIAGNOSTICO

E669	OBESIDAD, NO ESPECIFICADA: Metabólicas	Confirmado Nuevo
E039	HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO: Endocrinológicas	Confirmado Nuevo
H524	PRESBICIA: Oculares	Confirmado Nuevo
Z853	HISTORIA PERSONAL DE TUMOR MALIGNO DE MAMA: Antecedentes personales	Confirmado Nuevo
K295	GASTRITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA: Gastrointestinales	Confirmado Nuevo
R739	HIPERGLICEMIA, NO ESPECIFICADA: Paraclínicos alterados	Confirmado Nuevo
E785	HIPERLIPIDEMIA NO ESPECIFICADA: Metabólicas	Confirmado Nuevo

15. CONCEPTO MEDICO LABORAL

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO



HISTORIA MEDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Cód.:FT-MO-VM-01

Versión : 4

Fecha: 13/11/2015

Página: 7 de 5



Fecha: 25/01/2023 Tipo de Examen: PREINGRESO

Número: 38790061

TRABAJO DE ALTO RIESGO:

Trabajo en Alturas: NO APLICA
Trabajo en espacios confinados: NO APLICA
Trabajo como brigadista: NO APLICA
Trabajo con energía de alta tensión: NO APLICA
Trabajo con radiaciones ionizantes: NO APLICA
Trabajo en altas temperaturas: NO APLICA
Trabajo en bajas temperaturas: NO APLICA

Trabajo en altitudes > 2500 mts: NO APLICA
Trabajo en ambientes hiperbáricos: NO APLICA
Manipulación de alimentos: NO APLICA
Conducción de vehículos: NO APLICA
Manipulación sustancias químicas: NO APLICA

REMISIONES:

MEDICINA GENERAL:EPS

Observación

VALORACION CON MEDICINA GENERAL POR RESULTADO ANORMAL EN PARACLINICOS

RESTRICCIONES:

NO NO

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

Uso de E.P.P según panorama de riesgos, Realizar pausas activas, Autocuidado, Higiene postural, Reportar accidentes de trabajo oportunamente, Prevención de accidentalidad, Incluir en PVE de acuerdo al perfil de riesgo del cargo, Hábitos de vida saludables, Ejercicio Regular, Control de Peso, Dieta

PVE VISUAL	☒	PVE AUDITIVO	☐	PVE RESPIRATORIO	☐
PVE ERGONOMICO	☒	PVE CARDIOVASCULAR	☐	PVE PSICOSOCIAL	☐
PVE QUIMICO	☐	PVE Radiaciones Ionizantes	☐	PVE BIOLOGICO	☐

OBSERVACIONES GENERALES

CONTINUAR CONTROLES.

ADALGISA PALACIO SANTA

c.c: 38790061

Francisco A. Mora Pardo
Médico
F. 1125800390
16/04/16

Francisco Abelardo Mora Pardo

Registro: 1125800390

Lic: 4145010211914000583

INFORMACION GENERAL

Fecha: 25/01/2023

Tipo de Examen: PREINGRESO

Nombre: ADALGISA PALACIO SANTA

Empresa: Particular

En Misión:

Ciudad del Exámen: TULUA

Cédula: 38790061

Cargo: ORIENTADOR DE EMPRENDIMIENTO



RESULTADO LABORATORIO

Examen: GLICEMIA.

Resultados: Glicemia Basal: 108* mg/dl .

Examen: HEMOGRAMA TIPO IV.

Resultados: LEUCOCITOS: $4.2 \times 10^3/\text{mm}^3$ 3.5 - $10.0 \times 10^3/\text{mm}^3$

ERITROCITOS: $4.88 \times 10^6/\text{mm}^3$ 3.80 - $5.80 \times 10^6/\text{mm}^3$

HEMOGLOBINA: 14.9 g/dl 11.0 - 16.5 g/dl

HEMATOCRITO: 44.2 % 35.0 - 50.0 %

RECuento DE PLAQUETAS: $242 \times 10^3/\text{mm}^3$ 150 - $450 \times 10^3/\text{mm}^3$

PTC: 0.201 % .100 - .500 %

VCM: $90 \text{ u}/\text{m}^3$ 80 - $97 \text{ u}/\text{m}^3$

HCM: 30.4 pg 26.5 - 33.5 pg

CCMH: 33.6 g/dl 31.5 - 35.0 g/dl

IDE: 13.0 % 10.0 - 15.0 %

VPM: $8.3 \text{ u}/\text{m}^3$ 6.5 - $11.0 \text{ u}/\text{m}^3$

IDP: 13.6 % 10.0 - 18.0 %

% LINFOCITOS: 28.9 % 17.0 - 48.0 %

% MONOCITOS: 5.5 % 4.0 - 10.0 %

% NEUTROFILOS: 65.6 % 43.0 - 76.0 %

LINFOCITOS: $1.2 \times 10^3/\text{mm}^3$ 1.2 - $3.2 \times 10^3/\text{mm}^3$

MONOCITOS: $0.2 \times 10^3/\text{mm}^3$ 0.3 - $0.8 \times 10^3/\text{mm}^3$

NEUTROFILOS: $2.8 \times 10^3/\text{mm}^3$ 1.2 - $6.8 \times 10^3/\text{mm}^3$.

Examen: PARCIAL DE ORINA.

Resultados: Color: AMARILLO

Aspecto: LIGERAMENTE TURBIO

Densidad: 1.030

pH: 6.0

Leucocitos: NEGATIVO

Hemoglobina: NEGATIVO

Nitritos : NEGATIVO

Cetonas : NEGATIVO

Bilirrubina: NEGATIVO

Urobilinógeno: NORMAL

Proteínas: NEGATIVO

Glucosa : NEGATIVO

Células Epiteliales Bajas: 2-3 XCAMPO

Leucocitos x campo: 2-5 XCAMPO

Hematíes x campo: 0-1 XCAMPO

Bacterias: ESCASOS

Moco: + .

Examen: PERFIL LIPIDICO.

Resultados: Colesterol Total: 266* mg/dl Menor a 200 mg/dl

Trigliceridos: 347* mg/dl 40 - 160 mg/dl

Colesterol HDL: 39 mg/dl

Colesterol LDL: 157.6* mg/dl 50 - 130 mg/dl

Colesterol VLDL: 69.4* mg/dl Menor a 45 mg/dl

Indice Arterial: 6.8* Menor a 5

Observaciones: SUERO LIGERAMENTE TURBIO. .

INFORMACION GENERAL

Fecha: 25/01/2023

Tipo de Examen: PREINGRESO

Nombre: ADALGISA PALACIO SANTA

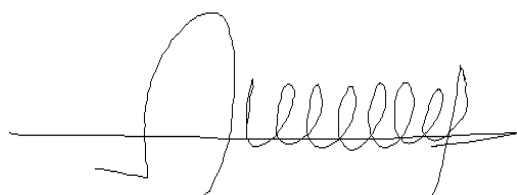
Empresa: Particular

En Misión:

Ciudad del Exámen: TULUA

Cédula: 38790061

Cargo: ORIENTADOR DE EMPRENDIMIENTO



ADALGISA PALACIO SANTA

c.c: 38790061

LIZ DAYHAN RAMIREZ CHAUX

Registro:

Lic: N/A

1. INFORMACION GENERAL

Fecha: 25/01/2023 Tipo de Examen: PREINGRESO Número: 38790061

Nombre: ADALGISA PALACIO SANTA Cédula: 38790061
 Empresa: Particular Cargo: ORIENTADOR DE
 En Misión: Ciudad: TULUA
 Sexo: FEMENINO Edad: 52 Sección: ORIENTADORA



2. ANAMNESIS

Primera vez: NO Ultimo Examen visual: Años: 0 Meses: 09
 Usa Rx: SI Tipo: GAFAS Uso: OCASIONAL
 RX en uso OD: N RX en uso OI: N ADD: 2.00
 Clase: PROGRESIVA ☐ Anti Reflejo: ☐ Policarbonato Otros:

Observaciones:

3. ANTECEDENTES PERSONALES

HTA: NO Diabetes: NO Trigliceridos: NO
 Pterigio: NO Glaucoma: NO CX_Ocular: NO

Observaciones:

4. ANTECEDENTES LABORALES(Factor de Riesgo)

FISICOS: Radiaciones (UV-IR):NO Soldadura:NO Fundición:NO Iluminación:NO Calor:NO
 QUIMICOS: Polvo: NO Humo: NO Liquido: NO Gases y/o Vapores: NO
 FISICO - QUIMICOS: Madera: NO Papel: NO Textiles:NO Sust inflam: NO Metal: NO
 Plásticos: NO Vidrios: NO Arco Eléctrico: NO
 ELECTRICOS: Aparatos Eléctricos: NO
 BIOLOGICOS: Material de laboratorio:NO Secrecciones: NO Otros:
 ERGONOMICOS: Fijación permanente: NO Otros:

Observaciones:

5. SINTOMAS ACTUALES

Disminución AV lejos: NO Cansancio: NO Cefalea: NO
 Disminución AV cerca: SI Lagrimeo: NO Prurito: NO
 Enrojecimiento: NO Ardor: NO Secreción: NO
 Desviación ocular: NO Fotofobia: NO Resequedad: NO

Otros:

6. EXAMEN

Agudeza Visual: Sin Corrección: Con Corrección:
 Lejos OD: 20/20 OI: 20/20 Lejos OD: 20/20 OI: 20/20
 Cerca OD: 1.50 M OI: 1.50 M Cerca OD: 0.50 M OI: 0.50 M
 Examen Externo: OD: SANO OI: NEBUS

Observaciones:

6. EXAMEN

Estado Motor

CVX Confrontación:

Visión lejana: ORTHO

Visión próxima: ORTHO

PPC: 8 CM

Oftalmoscopia:

OD:	NORMAL	OI:	NORMAL
-----	--------	-----	--------

Observaciones:

Refracción:	OD: N	AV:
	OI: N	AV:

Subjetivo (RX final) OD: N	AV L: 20/20	AV C: 0.5M	
Subjetivo (RX final) OI: N	AV L: 20/20	AV C: 0.5M	ADD: 2.00

Visión cromática OD: NORMAL OI: NORMAL

Esteropsis: NORMAL

Observaciones:

7. DIAGNOSTICO

Diagnóstico OD: PRESBICIA,

Diagnóstico OI: PRESBICIA,

Recomendaciones: CONTINUAR CON USO DE RX OCASIONAL PARA VER DE CERCA

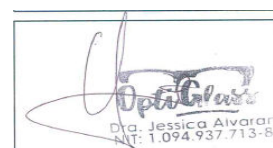
8. CONDUCTA A SEGUIR

Conducta a Seguir:	IGUAL CORRECCIÓN	Control en 6 meses:	☐
Control en 1 año:	☒	Dotar EPP(Gafas Seguridad):	☐
Continuar uso de EPP:	☐	Remisión ortoptica:	☐
Remisión oftalmología:	☐	Corrección uso:	NO APLICA
Filtro UV:	☐	Corrección Tipo:	NO APLICA



ADALGISA PALACIO SANTA

c.c: 38790061



Dra. Jessica Alvaran
NIT: 1.094.937.713-8

Jessica Alvaran

Registro:

Lic: N/A

INFORME PSICODIAGNOSTICO

NOMBRE DEL POSTULANTE: Adalgisa Palacio Santa.

C.C: 38.790.061

EDAD: 52 AÑOS

ESCOLARIDAD: Profesional.

EMPRESA REQUIRIENTE: SENA

PUESTO REQUERIDO: Orientador de emprendimiento.

FECHA: 03 de febrero del 2023

❖ TECNICAS ADMINISTRADAS

TMMS 24: Esta escala sirve para evaluar la inteligencia emocional percibida. El TMMS-24 (Spanish Modified Version of the Trait Meta-Mood Scale) es una escala rasgo de metaconocimiento emocional. En concreto, mide las destrezas con las que podemos ser conscientes de nuestras propias emociones, así como de nuestra capacidad para regularlas. Su validación puede encontrarse en Fernández.-Berrocal et al. (2004).

INTELIGENCIA EMOCIONAL	Debe mejorar	Adecuada	Excelente
Atención emocional	17		
Claridad emocional			38
Reparación emocional			*40

*Distorsión

ENTREVISTA POR COMPETENCIAS

Basado en técnicas de Martha Alles que permite establecer a través de una entrevista estructurada las tendencias de comportamiento de un individuo en el mundo laboral.

I COMPETENCIAS PARA EL CARGO	1	2	3	4	5
Planeación y organización					X
Solución de problemas				X	
Orientación al servicio					X
Acatamiento de normas y compromiso					X

II PERCEPCIÓN DEL EXAMINADOR	1	2	3	4	5
Análisis y síntesis					X
Fluidez verbal y expresión				X	
Capacitación para el cargo					X

CONCEPTO FINAL

Adalgisa se muestra como una persona estable que cumple con las diferentes normas que le proporciona el contexto, es de las mujeres que se le facilita adaptarse y resolver conflictos, se percibe como una persona que en ocasiones puede costarle estar alerta a reconocer las emociones del otro, no obstante; su transformación y relación interpersonal es adecuada.



Psicológica Mente
SALUD MENTAL INTEGRAL
EFRAÍN ARBOLEDA SAAVEDRA
MAESTRO EN NEUROPSICOLOGÍA Y EDUCACIÓN
CÓDIGO 316 405 50 42

Nota: Cabe resaltar que los aspectos anteriormente mencionados, fueron arrojados por las pruebas aplicadas (TMMS24 y entrevista por competencias con base a los instrumentos de aplicación)

Email: psicoarboleda@gmail.com

Contacto: 316 405 50 42

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

CIUDAD DE EXPEDICIÓN:						SUCURSAL:				COD. SUC:		NO. PÓLIZA:		ANEXO:	
CALI						CALI				45		45-46-101018788		0	
FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:		VIGENCIA HASTA:			A LAS:		TIPO MOVIMIENTO: EMISIÓN ORIGINAL		
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:					
22	02	2023	23	02	2023	00:00	30	04	2024	23:59					

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO											
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: PALACIO SANTA ADALGISA										IDENTIFICACIÓN: C.C. :38.790.061	
DIRECCIÓN: CL 13 22A-24						CIUDAD: CALI - VALLE				TELÉFONO: 3361512	

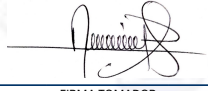
DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO			
ASEGURADO/BENEFICIARIO: SENA REGIONAL VALLE		IDENTIFICACIÓN: NIT. :899.999.034-1	
DIRECCIÓN: CL 52 2BIS 15	CIUDAD: CALI - VALLE		TELÉFONO: 4315800
ADICIONAL:			

OBJETO DEL SEGURO											
CON SUJECCIÓN 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.4642501 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA ORIENTACIÓN DE USUARIOS DE LOS CENTROS DE DESARROLLO EMPRESARIAL, DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS Y PROCESO DE EMPRENDIMIENTO Y EMPRESARISMO DEL SENA, CON ÉNFASIS AL DESARROLLO DE INICIATIVAS PRODUCTIVAS DE LA ECONOMÍA FAMILIAR, CAMPESINA Y COMUNITARIA											

AMPAROS				
RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS				
AMPAROS:		VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO		23/02/2023	30/04/2024	\$ 4,719,704.00
ACLARACIONES:				

VALOR PRIMA NETA:	GATOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
\$ 27,930.30	\$ 8,000.00	\$ 6,826.76	\$ 42,757.06	\$ 4,719,704.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
JC ASESORES DE SEGUROS LTDA	164219	100,00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE ÚNICAMENTE 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 7N NO. 1N-15/1N-45 - TELÉFONO: 6672954 - CALI		
<div><div>8. VIDA DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO - SEGURO</div><div>3. SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO - SEGURO DEL EM</div><div>1. SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO - SEGURO</div><div>2. SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO - SEGURO</div><div>4. SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO - SEGURO</div><div>5. SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO - SEGURO</div><div>6. SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO - SEGURO</div><div>7. SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO - SEGURO</div></div>		<div><div></div></div>
45-46-101018788		<div><div></div></div>
FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General		FIRMA TOMADOR

USTED PUEDE CONSULTAR ESTAR PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

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

901003820

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

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 SUJECCIÓN 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 TÍTULO 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 TRANSURSO 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 DECLATORIA 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 DECLATORIA 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 (OTOSÍ, CLÁUSULA ADICIONAL, ETC.) QUE CONTENGA LAS MODIFICACIONES AL CONTRATO GARANTIZADO.

EL ÚLTIMO 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, PREVALECEERÁN 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 COASEGUROADORES, EN PROPORCIÓN A LAS CUANTÍAS DE SU RESPECTIVA PARTICIPACIÓN.