SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CUNDINAMARCA
CENTRO DE LA TECNOLOGÍA DEL DISEÑO Y LA PRODUCTIVIDAD-CUNDINAMARCA

Código Regional	**25**
Código Centro	**951110**
Fecha Elaboración	**Abril de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**24997-913230**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ROSA ALEXANDRA JIMENEZ BAUTISTA	**C.C.**	52.060.831	**IP/Nº de contacto**	84773
Correo electrónico contratista:	rojimenezb@sena.edu.co				
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	SI
Es Pensionado?	NO				
Banco al cual consignar:	DAVIVIENDA	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**	SI
Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000:	SI	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	0550488413056331
		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:	4757266/2023			**Nº Compromiso SIIF**		**43723**	
Valor Total del Contrato	$ 12.290.490	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 12.290.490	**1**	**Del**	**13/03/2023**	**Al**	**31/03/2023**	**$ 2.594.659,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 9.695.831		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONALES: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR TÉCNICO PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA Y COMPLEMENTARIA PRESENCIAL EN EL ÁREA DE MANTENIMIENTO DE MOTOCICLETAS Y VEHÍCULOS O AFINES.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.594.659		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 2.594.659**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.785.944**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

	Marzo	Febrero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**4491620987**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 734.667	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 91.900	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 117.600	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 3.900	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 648.664	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.241.200	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.357.184	$ -	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 595.315	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.785.944,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.385.159,00	
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	23.852,00	1,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$2.570.807,00**	

SON: DOS MILLONES QUINIENTOS SETENTA MIL OCHOCIENTOS SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación titulada técnico Mantenimiento de vehículos livianos ficha 2671124
Impartir formación complementaria en mantenimiento preventivo de motocicletas y motocarros con la ficha 2738124
TOTAL HORAS MES MARZO 78

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.

R. ALEXANDRA Jiménez Bautista

ROSA ALEXANDRA JIMENEZ BAUTISTA
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,

ELKIN ALEXIS GUALTERO CASTRO
INSTRUCTOR

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

LUIS JAVIER PRADA PAEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) ROSA ALEXANDRA JIMENEZ BAUTISTA identificado(a) con Cedula Ciudadania 52060831, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20200121	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
CARMEN JOHANNA JARAMILLO GIRALDO	CP	40285538	CC	20220518	No Registrada	Activo

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 1 días del mes de Agosto de 2.022

Observaciones:

Con destino a:
SENA REGIONAL META

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

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
19518799

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ROSA ALEXANDRA JIMENEZ BAUTISTA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **52060831,** se encuentra afiliado/a desde **01/05/2019** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 26 de marzo de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14628146129

(415)7707212489984(8020) 000001462814612 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 0 6 0 8 3 1	1	Impuestos y Aduanas de Yopal 4 4	

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	5 2 0 6 0 8 3 1	1 9 9 0 0 7 2 3

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
JIMENEZ	BAUTISTA	ROSA	ALEXANDRA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Casanare 8 5	Yopal 0 0 1

41. Dirección principal
CL 31 17 A 17 BRR VEINTE DE JULIO

42. Correo electrónico alexajimenz1@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 1 4 4 8 3 1 9 4	

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
7 1 1 0	2 0 1 2 0 8 1 4	8 5 6 0	2 0 1 2 0 8 1 4				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 06 - 18

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
985. Cargo ROSA ALEXANDRA JIMENEZ BAUTISTA

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S.

Código del Prestador: **No. Identificación:** 901200839-9
Dirección: CALLE 15 N° 37L 10 ET 8 B. ESPERANZA
Teléfono: 6668018-3176678051
Web: integrarsalud.isismaweb.com
Email: gerencia@integrarips.com

Descripcion del Informe

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

Fecha de Impresión: **2023/02/15 09:55:54**
Impreso por: **SHIRLEY MORENO BUSTOS 0**

Datos del Paciente

Identificación:	**CC - 52060831**	Nro Historia:	**52060831**
Paciente:	**JIMENEZ BAUTISTA ROSA ALEXANDRA**	Nro Ingreso:	**20220830020125**
Fecha Nac:	**1972/03/15**	Fecha Atención:	**2022-08-30 08:18:55.000**
Dirección:	**NUEVA ESPERANZA DOS**	Tipo Evaluación:	**Ingreso**
Edad:	**50 años**	Enfasis:	**Anexo para trabajo en alturas, Anexo Osteomuscular**
Sexo:	**Femenino**		
Teléfono:			
Nombre del Cargo:	**INSTRUCTOR**		

INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S.
No. Identificación 901200839-9
Dirección: CALLE 15 N° 37L 10 ET 8 B. ESPERANZA
Telefono: 6668018-3176678051
Email: gerencia@integrarips.com

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en ANEXO PARA TRABAJO EN ALTURAS,ANEXO OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	VILLAVICENCIO - 2023/02/15	Nro Ingreso:	20220830020125
Paciente:	ROSA ALEXANDRA JIMENEZ BAUTISTA	CC:	52060831
Edad:	50 años	Nombre Cliente:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	INSTRUCTOR	Convenio:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Orígen:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	Destino:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Fecha Atención:	2022-08-30 08:18:55		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	CONSULTA POR ESPIROMETRIA-VALORACION PULMONAR	
OPTOMETRIA	PERFIL LIPIDICO		

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	APTO CON RECOMENDACIONES
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	SIN OBSERVACIÓN
ENFASIS - ANEXO PARA TRABAJO EN ALTURAS:	Apto para trabajar en alturas **Nota:** Segun RESOLUCION 4272 DE 2021 expedida por el Ministerio de trabajo, en la cual se establece los requisitos minimos seguridad para el desarrollo de trabajo en alturas.
ENFASIS - ANEXO OSTEOMUSCULAR:	Definicion de caso para el SVE desordenes Osteomusculares **CASO DESCARTADO**

Recomendaciones Generales

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

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Recomendaciones Específicas

--INICIAR HABITOS DE VIDA SALUDABLE, CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS CINCO VECES AL DIA, EVITAR CONSUMO DE ALIMENTOS RICOS EN GRASA, HARINAS Y AZUCARES, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA MINIMO TRES VECES POR SEMANA. --PACIENTE CON ALTERACION DEL PERFIL LIPIDICO NO PRESENTA VERTIGO NI SENSACION DE MAREO , REALIZAR CONTROL DE PERFIL LIPIDICO POR EPS - CONTROL OPTOMETRIA ANUAL, USO DE LENTES PERMANENTES

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

Profesional Ocupacional: Nelly Maryery Rey Cruz REY
Registro M.D: 1121830996
Licencia S.O: 4921-18

Firma del Paciente: ROSA ALEXANDRA JIMENEZ BAUTISTA
Identificacion: CC. - 52060831

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

INTEGRAR
salud y seguridad

INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S.
Código Prestador:
No. Identificación: 901200839-9
Dirección: CALLE 15 N° 37L 10 ET 8 B. ESPERANZA
Teléfono: 6668018-3176678051
Email: gerencia@integrarips.com

Fecha de Impresión: **2023/02/15 09:55:17**
Resultados Paraclinicos

Datos del Paciente

Identificación:	CC - 52060831	Nro Historia:	52060831
Paciente:	JIMENEZ BAUTISTA ROSA ALEXANDRA	Nro Ingreso:	20220830020125
Fecha Nac:	1972/03/15	Fecha Atención:	2022-08-30 08:18:55.000
Dirección:	NUEVA ESPERANZA DOS	Tipo Evaluación:	Ingreso
Edad:	50 años	Enfasis:	Anexo para trabajo en alturas, Anexo Osteomuscular
Sexo:	Femenino		
Teléfono:			
Nombre del Cargo:	INSTRUCTOR		

	Resultado	Unidad	Valor de Referencia
	PERFIL LIPIDICO		
QUÍMICA SANGUÍNEA			
COLESTEROL TOTAL	249	MG/DL	HASTA 200 MG/DL
COLESTEROL HDL	51	MG/DL	40 A 70 MG/DL
COLESTEROL LDL	144	MG/DL	HASTA 130 MG/DL
COLESTEROL VLDL	54	MG/DL	HASTA 3 MG/DL
TRIGLICÉRIDOS	270	MG/DL	HASTA 170 MG/DL
TÉCNICA	.		ESPECTROFOTOMETRIA
	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
GLUCOSA EN SUERO	107	MG/DL	70 A 110 MG/DL
TECNICA	.		ESPECTROFOTOMETRIA

Angela Maria Zarate Velasquez Zarate Velasquez
Cédula: 40403645
Registro Médico: 501028
Bacteriologo (a)

Copyright 2005 - 2023 Innovasoft Colombia S.A.S. Todos los Derechos Reservados.

INTEGRAR	PROCESO ASISTENCIA ESPECIALIZADA	
	VALORACION SUBJETIVA DE FUNCION PULMONAR	PAE-FT03
		Versión 01 -2021
		Documento Controlado
		Vigencia 2021/01//15
		Página 1 de 1

1. Datos Generales del Paciente

Fecha (día/mes/año): 20/01/11

Nombre: [illegible] Apellidos: Jimenez

Documento de identidad: 52060831 CC X CE ___ Edad: 30 Sexo: M ___ F X Fecha de nacimiento: [illegible]. Lugar de nacimiento: [illegible] Altura _____ Peso ____ IMC: _____. Empresa: _____ NIT: _____ Ciudad _____

2. Motivo de la Consulta

Ingreso X Periódico ☐ Retiro ☐ Post Incapacidad ☐ Cambio de Cargo ☐

3. Antecedentes

¿Fuma? Si ____ No X Años de Fumador _____ Cigarrillos al día ____

¿Ex fumador? Si ____ No ____ Años de Fumador _____ Cigarrillos al día ____

4. Síntomas

Confusión	☐	Hemoptisis	☐	Disfonia	☐	Ronquido	☐
Disnea en ejercicio	☐	Sibilancia	☐	Disnea en reposo		Tos	☐
Dolor Torácico	☐	Tos con esputo	☐				

5. Riesgos

Acido acetil salicílico	☐	Exposición alérgenos ambientales	☐
Infección respiratoria	☐	Alérgenos animales	☐
Exposición humo pasivo	☐	Irritantes químicos	☐
Alérgenos domésticos	☐	Formaldehido	☐
Polución del aire	☐	Amianto	☐
Hiperreactividad bronquial	☐	Reflujo gastroesofágico	☐
Atopía	☐	Hpersensibilidad a la prueba en piel	☐
Sensibilizadores ocupacionales	☐	Beta bloqueantes	☐
Historial Familiar antecedentes respiratorios	☐	Estatus socioeconómico bajo	☐
Humo de Cigarrillo	☐		

¿Ha dado positivo para covid-19? SI X NO ___ ¿Presentó síntomas respiratorios? SI ___ NO X

6. Otras Enfermedades generales

Enfermedades Pulmonares	Otras Enfermedades

Observaciones:

7. Informe Médico (Valoración Subjetiva de función Pulmonar)

Resultado:

Recomendaciones:

Firma y Sello Médico Especialista en Salud Ocupacional

Firma Trabajador
C.C 52.060.831 B1

Recomendaciones Generales

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

Recomendaciones Preventivas

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

Incluir en el SVE

- Visual
- Auditiva
- Respiratorio
- Ergonomico
- Quimico
- Cardiovascular - Metabolico
- Psicosocial

Ocupacional - Controles

Mensual | Bimensual | Trimestral | Semestral | Anual | Confirmatoria

Limitaciones o restricciones:

--INICIAR HABITOS DE VIDA SALUDABLE, CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS CINCO VECES AL DIA, EVITAR CONSUMO DE ALIMENTOS RICOS EN GRASA, HARINAS Y AZUCARES, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA MINIMO TRES VECES POR SEMANA.
--PACIENTE CON ALTERACION DEL PERFIL LIPIDICO NO PRESENTA VERTIGO NI SENSACION DE MAREO , REALIZAR CONTROL DE PERFIL LIPIDICO POR EPS
- CONTROL OPTOMETRIA ANUAL, USO DE LENTES PERMANENTES

Recomendaciones para la empresa: NINGUNA

Clasificacion

Concepto por Tipo de Evalución - **Ingreso**

APTO CON RECOMENDACIONES

Observaciones al concepto: SIN OBSERVACIÓN

Concepto por Enfasis de Evaluación - **Anexo para trabajo en alturas**

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

Observaciones al Enfasis: NO REFIERE

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

CASO DESCARTADO

Observaciones al Enfasis: NO REFIERE

Consentimiento Informado del Trabajador

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

Resultado de Laboratorio Clínico

GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

Campo	Resultado	Unidad	Referencia
GLUCOSA EN SUERO	107	mg/dl	
TECNICA	.		
OBSERVACIONES			

PERFIL LIPIDICO

Campo	Resultado	Unidad	Referencia
COLESTEROL TOTAL	249	mg/dl	
COLESTEROL HDL	51	mg/dl	
COLESTEROL LDL	144	mg/dl	
COLESTEROL VLDL	54	mg/dl	
TRIGLICÉRIDOS	270	mg/dl	
TÉCNICA	.		
OBSERVACIONES			

Analisis del Resultados de Laboratorios : SIN OBSERVACIONES

Diagnostico

Diagnostico 1: AUMENTO ANORMAL DE PESO

Diagnostico 2: HIPERMETROPIA
Diagnostico 3: ASTIGMATISMO
Diagnostico 4: PRESBICIA
Diagnostico 5: HIPERLIPIDEMIA MIXTA
Diagnostico 6:
Diagnostico 7:
Diagnostico 8:
Diagnostico 9:
Diagnostico 10:

Observaciones al Diagnostico: SIN OBSERVACIÓN

Conducta

- Control Cardiologia
- Control Nutricion
- Control Optometria
- Cirugia General
- Control Ortopedia
- Otros
- Control Otorrinolaringologia
- Dermatologia
- Ginecologia
- Fisiatria
- Laboratorios
- Medicina General
- Neumologia
- Oftalmologia
- Medicina Interna
- Valoración por Odontología

Recomendaciones Generales: NINGUNA

Recomendaciones

Optometria - Anamnesis

EXAMEN DE INGRESO, USA RX OPTICA PERMANENTE

Optometria - Antecedentes Quirurgicos

Refractiva	No	NO REFIERE
Catarata	No	NO REFIERE
Pterigio:	No	NO REFIERE
Otra:	NO REFIERE	

Usa correccion visual Si - NO REFIERE

Permanente	Lejos	Cerca	Descanso
Ultimo Examen	De 0 a 6 meses		

Optometria - Antecedentes Personales

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

Optometria - Antecedentes Laborales

Iluminacion inadecuada

Usuario de computador

Radiaciones Ultravioleta

Cambios de temperatura

Mala ventilacion

Gases o humos toxicos

Otros Antecedentes: NO REFIERE

Optometria - Sintomas

Fotofobia

Lagrimeo

Ardor

Ojo Rojo

Vision Borrosa

Vision Doble

Mala Vision Cercana

Mala Vision Lejana

Cefalea

Otros Sintomas: NO REFIERE

Optometria - Examen Externo

	Presenta	*Descripcion*
Parpados:	Normal	SIN HALLAZGOS
Conjuntivas:	Anormal	PINGUECULA BINASAL
Escleras:	Normal	SIN HALLAZGOS
Pupilas:	Normal	SIN HALLAZGOS
Cornea:	Normal	SIN HALLAZGOS
Globo Ocular:	Normal	SIN HALLAZGOS

Optometria - Rx en Uso

	Tipo	**Rx en Uso**	**Observaciones**
Ojo Derecho:	GAFAS	+0.75-2.00*20	PROGRESIVOS
Ojo Izquierdo:	GAFAS	N-0.50*10	PROGRESIVOS

Optometria - Agudeza Visual

Visión Lejana

	Sin Correccion	Con Correccion	Ph
Ojo derecho	-20/40	-20/20	NO REFIERE
Ojo izquierdo	-20/25	-20/20	NO REFIERE
Ambos Ojos	-20/25	-20/20	NO REFIERE
Observaciones	NO REFIERE		

Visión Próxima

	Sin Correccion
Ojo derecho	-1.75m
Ojo izquierdo	-1.75m
Ambos Ojos	-1.75m
Observaciones	NO REFIERE

Optometria - Vision

	Normal	Anormal
Cromatica	-NORMAL	-
Profundidad	50 Sec Arco	-
Observaciones	NO REFIERE	

Optometria - Motilidad Ocular

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

Optometria - Oftalmoscopía

Ojo Derecho: MEDIOS TRANSPARENTES, POLO POSTERIOR APARENTEMENTE SANO

Ojo Izquierdo: MI APARENTEMENTE

Optometria - Retinoscopía

Ojo Derecho: +0.75-2.00*20

Ojo Izquierdo: N

Optometria - Queratometría

Ojo Derecho: NORMAL

Ojo Izquierdo: NO

Optometria - Refraccion

RX Final

	Esfera	Cilindro	Eje	v.Lejana	v.Proxima	PH
OD	NO REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE	NO RE
OI	NO REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE	NO RE

Adición de Lente: OD:NO REFIERE - OI:NO REFIERE

Distan

Altura Focal: NO REFIEREmm

Tipo Lente: NO REFIERE

Uso: NO REFIERE

Observaciones: NO REFIERE

Optometria - Diagnosticos

Diagnostico Principal: HIPERMETROPIA
Observaciones al Diagnostico:
Diagnostico Relacionado 1: ASTIGMATISMO
Diagnostico Relacionado 2: PRESBICIA
Diagnostico Relacionado 3: DEGENERACIONES Y DEPOSITOS CONJUNTIVALES

Optometria - Conducta

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

Descripcion de la Conducta

NO REFIERE

Optometria - Recomendaciones

Debe usar correccion visual para trabajar	Uso EPP Visual	Uso de Rx para Vision Proxima
Uso de AR video Terminales	Pausas Activas	Uso de Rx de Descanso
Uso de Lentes de Proteccion Solar	Uso de Rx para Vision Lejana	Uso Permanente de Rx Optica

Observaciones de las Recomendaciones: - SE EXPLICA ESTADO DE SALUD VISUAL - PACIENTE REQUIERE USO DE CORRECCIÓN OPTICA PERMANENTE - USO DE EPIS- FILTRO UV+ FILTRO AR - REALIZAR PAUSAS ACT LUBRICANTE OCULAR

Optometria - Remisiones

Valoracion Oftalmologica	Valoracion Ortoptica	Valoracion Lentes de Contacto

Otras Remisiones: NO REFIERE

Optometria - Controles

Mensual	Bimensual	Trimestral	Semestral	Anual

Optometria - Resultado

Resultado de Optometria No Interviene

* Descripcion de la observacion general
NO REFIERE

Consentimiento Informado del Trabajador

Autorizo al médico quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. E consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No pu vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo



Nombre Profesional: LAURA NATALIA VEGA GONZALEZ 0

Registro Profesional: 584



Nombre del Paciente: **ROSA ' JIMENEZ BAUTISTA**

Identificacion del Paciente: **CC - 52060831**

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

Audiometria - Recomendaciones

Remision ORL
Rotar Diadema Telefonica
Uso de EPP Auditivo
Pausa Auditiva
Conducir con ventanas cerradas
Lavado de Oido
Pruebas Complementarias
Limpieza OI
Limpieza OD
Elemento de proteccion

Audiometria - Controles

Mensual
Trimestral
Anual
Bimensual
Semestral
Audiometría Confirmatoria

Audiometria - Impresion Diagnostica

Diagnostico Principal EFECTOS DEL RUIDO SOBRE EL OIDO INTERNO
Diagnostico Interno AUDICION NORMAL BILATERAL
Descripción del GATI-SST OD: SENSIBILIDAD AUDITIVA FUNCIONA CON CAIDA LEVE EN 6HZ. OI: SENSIBILIDA AUDITIVA NORMAL

Diagnostico Rel 1
Diagnostico Rel 2
Diagnostico Rel 3
Diagnostico Bilateral OD: AUDICION FUNCIONAL CON CAIDA LEVE EN 6HZ. OI: AUDICIÓN NORMAL Control Anual Uso de EPA
Diagnostico O.D OD: AUDICION FUNCIONAL CON CAIDA LEVE EN 6HZ. Control Anual Uso de EPA
Diagnostico O.I AUDICION NORMAL OI Control Anual Uso de EPA

Audiometria - Resultado

Resultado de Audiometria Normal

* Descripcion del Resultado general
OD: AUDICION FUNCIONAL CON CAIDA LEVE EN 6HZ. OI: AUDICIÓN NORMAL

Consentimiento Informado del Trabajador

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

Nombre Profesional: Cesar Augusto Montes Gallego 0
Registro Profesional: 12-02147

Nombre del Paciente: **ROSA ALEXANDRA JIMENEZ BAUTISTA**
Identificacion del Paciente: **CC - 52060831**

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

Audiometria - Antecedentes personales

Otologicos

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

Sintomaticos

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

Extralaborales

	Presenta	Descripcion
Servicio Militar	No	NO REFIERE
Otros Extralaborales	NO REFIERE	

Patologicos

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

Traumaticos

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

Quirurgicos

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

Toxicos y Farmacos

	Presenta	Descripcion
Medicamentos Ototoxicos	No	NO REFIERE
Fármacos	No	NO REFIERE
Tóxicos Industriales	No	NO REFIERE
Ultima Audiometria Realizada	De 0 a 6 meses	Normal
Observaciones	NO REFIERE	

Audiometria - Habitos

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

Audiometria - Examen Fisico

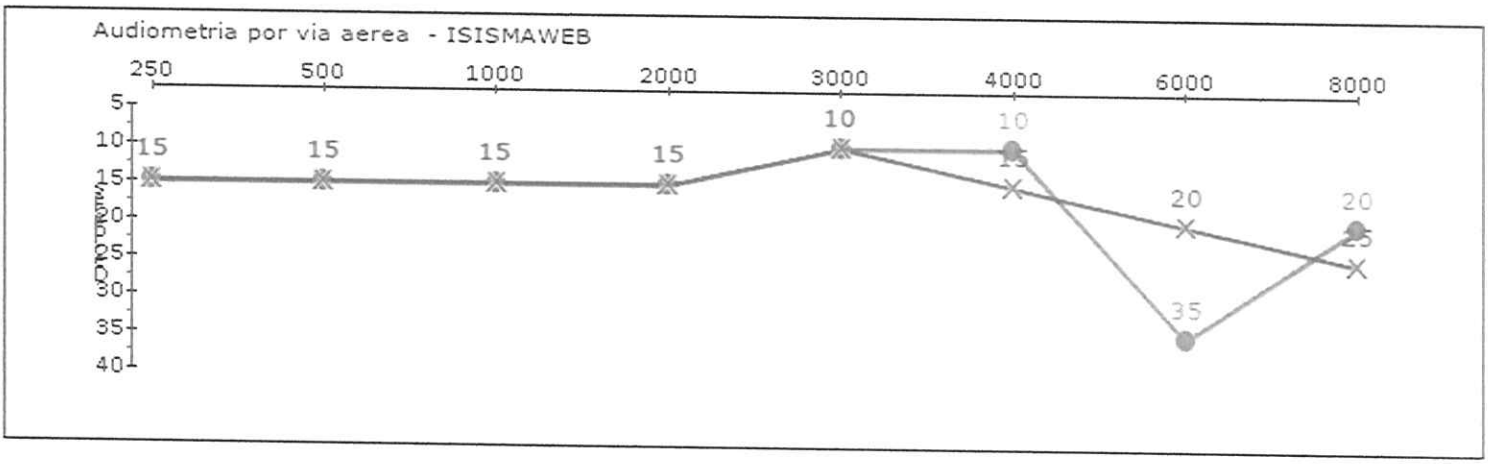
OIDO DERECHO

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

OIDO IZQUIERDO

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

Audiometria - Grafica



Audiometria - Audiograma Actual

Tipo de Examen: Via Aerea

PTA (5123)

OI 13.75 dB

OD 13.75 dB

Frecuencias								
250	500	1.000	2.000	3.000	4.000	6.000	8.000	Oido
15	15	15	15	10	10	35	20	**Derecho**
15	15	15	15	10	15	20	25	**Izquierdo**

Audiometria - Audiograma Anterior

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

Audiometria - Audiograma Diferencia

Cambio Significativo: No

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

Observaciones

NO REFIERE

Vision Lejana

	Sin Correccion	Con Correccion
Ojo Derecho:	-20/40	-20/20
Ojo Izquierdo:	-20/25	-20/20
Ambos Ojos:	-20/25	-20/20

Observaciones: NO REFIERE

Vision Proxima

	Sin Correccion	Con Correccion
Ojo Derecho:	-1.75m	-0.5M
Ojo Izquierdo:	-1.75m	-0.5M
Ambos Ojos:	-1.75m	-0.5M

Observaciones: NO REFIERE

Piel y Faneras

Piel Normal SIN HALLAZGOS

Uñas Normal SIN HALLAZGOS

Mucosa Normal SIN HALLAZGOS

Observaciones SIN HALLAZGOS

Paraclinicos

Resultado de Optometría

Diagnostico Principal
HIPERMETROPIA
Observaciones al Diagnostico

Resultado de la Visiometría

Diagnostico Principal
Descripción de la Observación General

Resultado de Espirometría

Diagnostico Principal
Descripción de la Observación General

Resultado de Psicología Ocupacional

Concepto de Psicologia
NO REALIZADO
Diagnostico Principal
Observaciones Generales

Resultado de Exámen de Alturas

Observaciones Generales

Resultado de Audiometría

Diagnostico Principal
EFECTOS DEL RUIDO SOBRE EL OIDO INTERNO
Descripción del GATI-SST
OD: SENSIBILIDAD AUDITIVA FUNCIONA CON CAIDA LEVE EN 6HZ. OI: SENSIBILIDA AUDITIVA NORMAL

Resultado de Fisioterapia

Diagnostico Principal
Descripción de la Observación General

Resultado de Prueba Psicosensométrica

Concepto Prueba Psicosensométrica
Observaciones Generales

Codo	Normal		SIN HALLAZGOS
Muñeca	Normal		SIN HALLAZGOS
Mano	Normal		SIN HALLAZGOS
Dedos de la Mano	Normal		SIN HALLAZGOS
Pulsos Perifericos	Normal		SIN HALLAZGOS

Observaciones SIN OBSERVACIONES

Cardio Pulmonar

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

Toráx

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

Valoracion de mamas NO EXAMINADO

Abdomen

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

Valoracion NO EXAMINADO

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

Pruebas Semiologicas

Hombro y Codo

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

Brazo y codo

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

Muñeca

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

Lumbar

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

Cadera

Prueba Trendelemburg	Negativo		NO REALIZADO

Observaciones SIN OBSERVACIONES

Miembro Inferior

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

Neurologico

Componente Motor	Normal		SIN HALLAZGOS
Componente Sensitivo	Normal		SIN HALLAZGOS
Marcha	Normal		SIN HALLAZGOS
Coordinacion	Normal		SIN HALLAZGOS
Reflejos	Normal		SIN HALLAZGOS

Observaciones SIN HALLAZGOS

Agudeza Visual

Genito Urinario

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

otros NO REFIERE

Gineco Obstetricos

Menarquia

Ciclos [Seleccione]

Gestaciones 0

Partos 0

Abortos 0

Cesáreas 0

Mortinatos 0

Observacion NO REFIERE

Hijos Vivos 0

FUR 00 Sin Informacion Sin Informacion

FUP 00 Sin Informacion Sin Informacion

Planifica No

Metodo de planificacion NINGUNO

Fecha ultima citologia Sin Informacion Sin Informacion Sin Informacion

Tipo de resultado NORMAL NO REFIERE

Osteomuscular

Fracturas	No	NO REFIERE
Esquinces	No	NO REFIERE
Luxaciones	No	NO REFIERE
Tendinitis	No	NO REFIERE
Sindrome Tunel del Carpo	No	NO REFIERE
Radiculopatia	No	NO EXAMINADO
Bursitis	No	NO REFIERE
Epicondilitis	No	NO REFIERE
Artrosis	No	NO REFIERE
Escoliosis	No	NO REFIERE
Retracciones Musculares	No	NO REFIERE
Malformaciones	No	NO REFIERE
Discopatias	No	NO REFIERE
Fibromialgia	No	NO REFIERE
Cervicalgia	No	NO REFIERE
Lumbalgia	No	NO REFIERE
Lesion en meniscos	No	NO REFIERE
Hombro doloroso	No	NO REFIERE

Otro NO REFIERE

Autoinmunes

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

Otros: NO REFIERE

Congenitas

Labio y/o Paladar Hendido	No	NO REFIERE

Otra: NO REFIERE

Enfermedad de Transmision Sexual

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

otros NO REFIERE

Sinusitis	No	NO REFIERE	
Otalgia	No	NO REFIERE	
Vertigo	No	NO REFIERE	
Acufenos	No	NO REFIERE	
Enfermedades Virales	No	NO REFIERE	
Glaucoma	No	NO REFIERE	
Cataratas	No	NO REFIERE	
Pterigio	No	NO REFIERE	
Trauma Ocular	No	NO REFIERE	
Patologia Visual	No	NO REFIERE	
Rinitis	No	NO REFIERE	

Otitis	No	NO REFIERE	
Otorrea	No	NO REFIERE	
Otorragia	No	NO REFIERE	
Prurito	No	NO REFIERE	
Sensación de Oido Tapado	No	NO REFIERE	
Tinnitus	No	NO REFIERE	
Transtorno Auditivo	No	NO REFIERE	
Trauma Directo de Oido	No	NO REFIERE	
Otros Traumaticos de Oido	NO REFIERE		
Organos De los Sentidos	NO REFIERE		
Sintomas de Oido	No	NO REFIERE	
Sintomas Nariz	No	NO REFIERE	
Sintomas Garganta	No	NO REFIERE	

Alergias y Otros Patologicos

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

Cardiovascular y Respiratorio

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

Gastro Intestinal

Reflujo Gastroesofagico	No	NO REFIERE	
Enfermedad Acido Peptica	No	NO REFIERE	
Ulcera Gastrica	No	NO REFIERE	
Sindrome Colon Irritable	No	NO REFIERE	
Hernias	No	NO REFIERE	
Estreñimiento	No	NO REFIERE	
Hemorroides	No	NO REFIERE	
Sindrome Hiperemetico	No	NO REFIERE	
Calculos Vesicula	No	NO REFIERE	
otros	ANTECEDENTE DE CA HIGADO HACE 15 AÑOS, ACTUALMENTE CONTROLADA		

Endocrino y Metabolico

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

Enfermedades Infecciosas y Eruptivas

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

Otras NO REFIERE

Dermatologicos

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

Otros NO REFIERE

Transfusiones

Descripcion NO REFIERE

Revision Por Sistemas

Sintomas Constitucionales	PACIENTE NIEGA ESTAR EN CONTROL EN EPS POR ALGUNA CAUSA O MOTIVO
Sintomas Respiratorios	VACUNA PHIZER 2 DOSIS, ASTRAZENECA 1 DOSIS
Sintomas Gastro Intestinales	ANTECEDENTE DE CA DE HIGADO HACE 15 AÑOS, ACTUALMENTE CONTROLADA
Sintomas Osteo Muscular	SIN HALLAZGOS
Sintomas de los Organos de Los Sentidos	SIN HALLAZGOS
Sintomas Neurologicos	SIN HALLAZGOS
Sintomas Cardio Vasculares	SIN HALLAZGOS
Sintomas Genito Urinarios	SIN HALLAZGOS
Sintomas Dermatologicos	SIN HALLAZGOS

Quirurgicos

Cirugia de Abdomen y/o Genitourinaria	No	NO REFIERE
Cirugia de Cabeza y Cuello	No	NO REFIERE
Cirugia de Torax	No	NO REFIERE
Cirugia de Extremidades	Si	CX MENISCO RODILLA IZQUIERDA
Cirugia de Piel	No	NO REFIERE
Cirugia de Tiroides	No	NO REFIERE

Otros Quirurgicos NO REFIERE

Psiquiatricos

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

Otro NO REFIERE

Farmacologicas

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

Observaciones: NO REFIERE

Inmunizaciones

#	Tipo de Vacuna	Fecha	Dosis	Fabricante	Esquema	Observaciones

Antecedentes Ocupacionales

Accidentes Laborales

NO REFIERE ACCIDENTE DE TRABAJO

Enfermedad Laboral

NO REFIERE ENFERMEDAD LABORAL

Signos Vitales

Consulta es Virtual

Peso 68 [Kg]
Talla 1.60 [Mts]
IMC 26.56

Interpretacion: Sobrepeso

Perimetro Abdominal 94 [cm]
Frecuencia Cardiaca 74 [X min]
Frecuencia Respiratoria 14 [X min]
Temperatura 36.2 °C
Oximetria Cutanea 0 %SpO2
Tension Arterial 110/80 [mmhg/hg]
Lateralidad Diestro

Aspecto General

Descripcion aspecto general BUENO

Cabeza

Cuero Cabelludo Normal — SIN HALLAZGOS
Cara Normal — SIN HALLAZGOS

Ojos

Parpados Normal — SIN HALLAZGOS
Conjuntivas Anormal — PINGUECULA BINASAL
Escleras Normal — SIN HALLAZGOS
Pupilas Normal — SIN HALLAZGOS
Fondo de Ojo NO EXAMINADO

Oídos

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

Observaciones Generales NINGUNA

Nariz

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

Boca

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

Cuello

Inspeccion Normal — SIN HALLAZGOS
Palpacion Normal — SIN HALLAZGOS
Auscultacion Normal — SIN HALLAZGOS

Extremidades Superiores

Hombro Normal — SIN HALLAZGOS
Brazo Normal — SIN HALLAZGOS
Antebrazo Normal — SIN HALLAZGOS

Espalda

Inspeccion Normal — SIN HALLAZGOS
Palpacion Normal — SIN HALLAZGOS
Puntos Dolorosos Normal — SIN HALLAZGOS
Signos de Radiculopatia Lasegue / Bragard — NO EXAMINADO
Observaciones SIN OBSERVACION

Genito Urinario

Genitales Externos NO EXAMINADO

Extremidades Inferiores

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

Osteomuscular

Motivo Consulta:
NO REFIERE

Enfermedad Actual:
NO REFIERE

Antecedentes - Familiares

	PADRE	MADRE	HRNOS	OTROS
Hipertensión Arterial				
Enfermedad coronaria / infarto agudo de miocardio				
Enfermedad cerebrovascular				
Alergías				
Diábetes				
Artritis				
Psiquiatricos				
Cancer				
Hipotiroidismo				
Perdida Auditiva				

	PADRE	MADRE	HRNOS	OTROS
Glaucoma				
Sindrome Convulsivo				
Tuberculosis				
Asma Bronquial				
Obesidad				
Trastornos Metabolicos				
Enfermedades Gastrointestinales				
Trastornos Geneticos				
Enfermedades Autoinmunes				
Homicidio				
Suicidio				

Observaciones
NINGUNA

Antecedentes - Personales

Habitos

Actividad Fisica

Actividad Fisica: Sedentario (a)

Indice de Consumo de Drogas

Consume o ha consumido sustancias Psicoactivas: No — NO REFIERE

Consume o ha consumido sustancias Alucinógenas: No — NO REFIERE

Tabaquismo

Tabaquismo: No fuma

Otro NO REFIERE

Alcoholismo

Ha sentido usted que debe beber menos?

Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?

Alguna vez se ha sentido mal por su forma de beber?

Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?

Nivel de Consumo: Ocasional

Observaciones: NO REFIERE

Neurologico

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

Otros: NO REFIERE

Organos de Los Sentidos

Nombre Profesional: Nelly Marysery Rey Cruz REY

Registro Profesional: 1121830996

Licencia Profesional: 4921-18

Nombre del Paciente: **ROSA ALEXANDRA JIMENEZ BAUTISTA**

Identificacion del Paciente: **CC - 52060831**

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

Hace constar:

Que el Sr(a) ROSA ALEXANDRA JIMENEZ BAUTISTA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52060831 realizó el día 25/03/2023 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 ROSA ALEXANDRA JIMENEZ BAUTISTA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52060831 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.



Firma

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) ROSA ALEXANDRA JIMENEZ BAUTISTA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52060831 realizó el día 26/03/2023 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la

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

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) ROSA ALEXANDRA JIMENEZ BAUTISTA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52060831 realizó el día 14/04/2023 la Capacitación Módulo 2 - Riesgos en el puesto de trabajo y medidas de prevención de la entidad y aprobó la

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

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) ROSA ALEXANDRA JIMENEZ BAUTISTA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52060831 realizó el día 26/03/2023 la Capacitación de protocolos de bioseguridad.

De acuerdo a lo establecido en la Resolución 666 de 2020 del ministerio de salud y protección y social, la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del SENA, mediante la cual se establece el protocolo de medidas generales y de bioseguridad para prevenir y mitigar la propagación del COVID-19, Circular 01-03-2020-000156 del 02 de septiembre del 2020 del Sena, mediante el cual se establece el alcance a la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del

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

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) ROSA ALEXANDRA JIMENEZ BAUTISTA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52060831 el día 25/03/2023 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

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

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 **ROSA ALEXANDRA JIMENEZ BAUTISTA** con **CC** No. **52060831**, 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:** 11/03/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 13/03/2023 **Fecha fin de Contrato:** 11/06/2023 **Clase de Riesgo:** 2 **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): 202301013583692.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 26 días del mes de marzo 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 Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **14/02/2023**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
Sena

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora ROSA ALEXANDRA JIMENEZ BAUTISTA** con **Cédula de Ciudadanía** n#mero **52060831**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

N#mero	**055048841305633 1**
Saldo a la fecha	**7,193.63 Pesos**
Fecha de apertura	**03/02/2020**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
IBAGUE	IBAGUE	25	25-44-101178782	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
13	03	2023	13	03	2023	00:00	15	11	2023	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	JIMENEZ BAUTISTA, ROSA ALEXANDRA		CC: 52.060.831
DIRECCIÓN: CALLE 17 B 03-79 ESTE MZ 2 CS	CIUDAD: VILLAVICENCIO, META	TELÉFONO:	3214483194

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - CENTRO DE TECNOLOGIA DEL DISEÑO Y LA PRODUCTIVIDAD EMPRESARIAL DE GIRARDOT		NIT: 899.999.034-1
DIRECCIÓN: KR 10 NRO. 30 - 04	CIUDAD: GIRARDOT, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	8310808

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:

SE GARANTIZA EL CUMPLIMIENTO SEGUN CONTRATO No CO1.PCCNTR.4757266 RELACIONADO CON Prestar los servicios profesionales de caracter temporal como instructor tecnico para impartir formacion profesional integral
titulada y complementaria presencial en el area de Mantenimiento de Motocicletas y Vehiculos o afines,
atendiendo las politicas institucionales y la normatividad vigente del Centro de la Tecnologia del Diseño y la Productividad Empresarial de Girardot de la Regional Cundinamarca.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	**13/03/2023**	**15/11/2023**	**$1,229,049.00**

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******15,000.00	$ *******8,000.00	$ *******4,370.00	$ **********27,370.00	$ ********1,229,049.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
TE ASEGURAMOS RG LTDA	164053	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 4C NO. 33 - 08 - TELEFONO: 2701040 - IBAGUE

25-44-101178782

FIRMA AUTORIZADA: Gabriela A. Zarante B. - Secretaria General

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
IBAGUE	IBAGUE	25	25-44-101178782	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
13	03	2023	13	03	2023	00:00	15	11	2023	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
JIMENEZ BAUTISTA, ROSA ALEXANDRA	CC: 52.060.831

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
CALLE 17 B 03-79 ESTE MZ 2 CS	VILLAVICENCIO, META	3214483194

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO	IDENTIFICACIÓN
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - CENTRO DE TECNOLOGIA DEL DISEÑO Y LA PRODUCTIVIDAD EMPRESARIAL DE GIRARDOT	NIT: 899.999.034-1

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
KR 10 NRO. 30 - 04	GIRARDOT, CUNDINAMARCA	8310808

ADICIONAL:

PAGUESTADO PORTAL DE PAGOS

PAGINA WEB

CORRESPONSALES BANCARIOS

Pagos con convenio *No aplica para transferencias

Banco de Bogotá — Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia — Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******15,000.00	$ *******8,000.00	$ *******4,370.00	$ ***********27,370.00	$ ********1,229,049.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
TE ASEGURAMOS RG LTDA	164053	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 4C NO. 33 - 08 - TELEFONO: 2701040 - IBAGUE

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)11005609926875(3900)000000027370(96)20240312

REFERENCIA PAGO:

1100560992687-5

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA VIGILADO

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

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 _____.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52060831
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ROSA ALEXANDRA JIMENEZ BAUTISTA
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	CR 5 # 16-131 RESTREPO META	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4491620987**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES marzo AÑO	2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES marzo AÑO	2023
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/03/27	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9993737943

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185.600	$ 0	$ 185.600
SUBTOTALES:										**$ 185.600**	**$ 0**	**$ 185.600**

TOTAL APORTES A SALUD

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

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

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

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | |

RECIBO DE PAGO SEGURIDAD SOCIAL



EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT 830.111.990-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 9352280446 DV: 986797

Cajero: SANOFOLE

Cliente beneficiario:
110253 PILA REGAUDO

Fecha: 25/03/2023 12:12:39

PS Recaudador:
904767 C C UNICENTRO VILLAVICENCIO

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 52060831

Nombre: ROSA
Apellido 1: JIMENEZ
Apellido 2: BAUTISTA
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 3214083154
Codigo Planilla: 44916209887
Periodo Pago: 2023/03
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia Valor
52060831 $336.700,00

Valor recibido: $306.700,00
Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Con la solicitud y aceptacion de mi parte, de la prestacion de este servicio, entiendase que manifiesto verbalmente mi autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente he entregado a Efectivo