SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CAQUETÁ
CENTRO TECNOLÓGICO DE LA AMAZONÍA-CAQUETÁ

Código Regional	**18**
Código Centro	**951610**
Fecha Elaboración	**Abril de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**86741-606145**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	FRANCISCO LUIS CHAVARRO CAICEDO	**C.C.**	1.117.510.430	**IP/Nº de contacto**	3123481059
Correo electrónico contratista:	flcc@misena.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: BANCOLOMBIA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: SI **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 46682438894

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: 4901942/2023 **Nº Compromiso SIIF** 65023

Valor Total del Contrato	$ 19.531.375	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 19.531.375	**1**	**Del**	**26/04/2023**	**Al**	**30/04/2023**	**$ 527.875,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 19.003.500		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar los servicios profesionales de carácter temporal, en actividades de Instructor del área, COCINA impartiendo Formación Profesional Integral, la administración educativa y el seguimiento en la etapa productiva; en las diferentes áreas del conocimiento de la formación Titulada Presencial, y Complementaria y a Distancia en los programas regular que imparte el Centro Tecnológico de la

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 527.875		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	**$ 527.875**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 168.385**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Abril	Marzo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**4496370113**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.160.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 145.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 185.600	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	III	$ 28.300	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ 8.835.833	$ -	
	$ 131.968		
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	$ 56.128	
Retención en la Fuente Contingente		$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	168.385,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	197.275,00	
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	1.184,00	0,600%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$526.691,00**	

SON: QUINIENTOS VEINTISEIS MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Imparti formacion profesional en la ficha 2671013 Tecnico en Cocina
Participe en la Induccion por el apoyo de la Coordinacion
Realice los Módulos de Inducción 2023, certificado de Discapacidad, Seguridad y Salud en el trabajo
Entregue el informe del mes de Abril en las fechas establecidas
Recursos de la Nacion

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.

FRANCISCO LUIS CHAVARRO CAICEDO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

CESAR FERNAND MARLES RODRIGUEZ
INSTRUCTOR G20

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

DANNY LÓPEZ SEGURA
DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO

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 1117510430
NOMBRES Y APELLIDOS	Chavarro Caicedo,Francisco Luis
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/07/2021
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Chavarro Caicedo,Francisco Luis, a los 09 días del mes de mayo 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

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 13 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14869356671

(415)7707212489984(8020) 000001486935667 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1117510430	8	Impuestos y Aduanas de Florencia 28	

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 13	1117510430	2007 12 27

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Caquetá 18	Florencia 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CHAVARRO	CAICEDO	FRANCISCO	LUIS

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla
PIMIENTA RESTAURANTE LOUNGE	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Caquetá 18	Florencia 001

41. Dirección principal: CR 1 29 08 BRR CUNDUY

42. Correo electrónico: pimientarestaurantelounge@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3123481059	6084368796

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
5611	2016 06 09	5621	2016 06 09				5122	1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 | 33 | 42 | 52

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

33- Impuesto nacional al consumo

42- Obligado a llevar contabilidad

52 - Facturador electrónico

Obligados aduaneros

54. Código

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha 2022 - 10 - 04 / 17 : 16: 29

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14869356671

(415)7707212489984(8020) **000001486935667 1**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 1 1 7 5 1 0 4 3 0	8	Impuestos y Aduanas de Florencia	2 8	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza		63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 9	
72. Número		
73. Fecha		
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 1 6 0 6 0 9	
77. No. Matrícula mercantil	9 5 2 8 4	
78. Departamento	1 8	
79. Ciudad/Municipio	4 1	
Vigencia		
80. Desde		
81. Hasta		

Composición del Capital

82. Nacional %

83. Nacional público %

84. Nacional privado %

85. Extranjero %

86. Extranjero público %

87. Extranjero privado %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 1	2 0 2 2 1 0 0 3		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14869356671

(415)7707212489984(8020) **000001486935667 1**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 1 7 5 1 0 4 3 0	8	Impuestos y Aduanas de Florencia 2 8	

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Otros tipos de expendio de comidas preparadas n.c.p. 5 6 1 9

162. Nombre del establecimiento: BARBECUE FOOD COMPANY

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Caquetá 1 8	Florencia 0 0 1

165. Dirección: CL 10 9 50 BRR LA ESTRELLA

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	168. Teléfono	169. Fecha de cierre
7 7 0 1 8	2 0 1 1 0 4 1 1	3 1 2 3 4 8 1 0 5 9	2 0 1 3 0 2 1 2

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Expendio a la mesa de comidas preparadas 5 6 1 1

162. Nombre del establecimiento: PIMIENTA RESTAURANTE LOUNGE

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Caquetá 1 8	Florencia 0 0 1

165. Dirección: CR 1 29 08 BRR CUNCUY

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	168. Teléfono	169. Fecha de cierre
9 5 2 8 5	2 0 1 6 0 6 0 9	3 1 2 3 4 8 1 0 5 9	

3

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1117510430
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			FRANCISCO LUIS CHAVARRO CAICEDO
CIUDAD/MUNICIPIO:	FLORENCIA	DEPARTAMENTO:	CAQUETA
DIRECCIÓN:	CLL 30 # 1E-63	TELÉFONO:	4444444
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**4496370113**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril	AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril	AÑO 2023
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2023/05/02	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			999127671

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
230301	230301-PORVENIR	1	$ 61.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 61.900	$ 0	$ 61.900
SUBTOTALES:										**$ 61.900**	**$ 0**	**$ 61.900**

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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 48.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 48.400	$ 0	$ 0	$ 48.400
SUBTOTALES:													**$ 48.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 48.400**

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	$ 9.500	$ 9.500	$ 0	$ 0	$ 9.500
SUBTOTALES:									**$ 9.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 9.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES							
																										PENSIÓN									SALUD						ARP															
																												FSP		APORTES VOLUNTARIOS																									
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																																																			ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1117510430	CHAVARRO FRANCISCO LUIS	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.160.000				NO	21																230301-PORVENIR	10	$ 386.667	$ 61.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 61.900	EPS005-SANITAS S.A.	10	$ 386.667	$ 48.400	$ 0	$ 48.400	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	10	$ 386.667	111751043	$ 9.500		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 119.800**

VALORACIÓN PSICOLÓGICA

Nombre: FRANCISCO LUIS CHAVARRO CAICEDO.

Edad: 33 AÑOS

20 DE ABRIL 2023

El área espiritual (Valor NO VIOLENCIA) es la más importante para FRANCISCO LUIS CHAVARRO CAICEDO. El área menos importante es la intelectual (Valor VERDAD).
El predominio del valor verdad no es fundamental. La parte intelectual de sus valores es puesta en segundo plano, dándole un poco menos importancia a cualidades como veracidad, raciocinio, curiosidad y honestidad intelectual.

El valor rectitud recibe una calificación dentro de lo esperado. La parte física de sus valores se muestra equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como compromiso, confiabilidad, deber, cumplir metas, respeto, responsabilidad y sacrificio.

La valoración de la paz está dentro de la norma de la población. La parte emocional de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como calma, concentración, paciencia, reflexión, satisfacción, y silencio interior.

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

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



FERNANDA PRIETO MONTEALEGRE
Psicóloga
T.P 199882

LABORATORIO CLINICO
Edna Isabel Muñoz B.
FAMI NIT: 40.085.808-4
BACTERIOLOGA - CLÍNICA • Colegio Mayor de Cundinamarca • Bogotá D.C
ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA Y BANCO DE SANGRE • Universidad Javeriana • Bogotá D.C
ESPECIALISTA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD • Universidad Católica de Manizales
T.P 01426

10070078
2023-04-20 14:20:53.

Sede : LABORATORIO CLINICO FAMI - SEDE PRINCIPAL
Orden No : 10070078
Paciente : FRANCISCO LUIS CHAVARRO CAICEDO
Identificación: 1117510430
Convenio : CLIPSALUD SAS

Fecha Recepción: 2023-04-20 10:39:28
Fecha Impresión: 2023-04-20 14:20:53.
Médico : MEDICOS VARIOS
Edad/Sexo : 33 / M
Fecha de Nacimiento : 1989-12-21

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
MICROSCOPIA			
EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS			
KOH:	**NEGATIVO**		
Blastoconidias	**NEGATIVO**		
Seudomicelios	**NEGATIVO**		
Muestra	**UÑAS**		
GRAM			
Resultados: PMN	**ESCASAS**		
Flora Bacteriana:	**NORMAL**		
Muestra:	**GARGANTA**		

EDNA ISABEL MUÑOZ
BACTERIOLOGA
T.P. 1152

EDNA ISABEL MUÑOZ
BACTERIOLOGA
T.P. 1152
VERIFICACIÓN

"La interpretación de éste y todo examen de Laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

LABORATORIO CLINICO
Edna Isabel Muñoz B.
FAMI NIT: 40.085.808-4
BACTERIOLOGA - CLÍNICA • Colegio Mayor de Cundinamarca • Bogotá D.C
ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA Y BANCO DE SANGRE • Universidad Javeriana • Bogotá D.C
ESPECIALISTA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD • Universidad Católica de Manizales
T.P 01426

Sede : LABORATORIO CLINICO FAMI - SEDE PRINCIPAL
Orden No : 10070078
Paciente : FRANCISCO LUIS CHAVARRO CAICEDO
Identificación: 1117510430
Convenio : CLIPSALUD SAS

Fecha Recepción: 2023-04-20 10:39:28
Fecha Impresión: 2023-04-20 14:20:53.
Médico : MEDICOS VARIOS
Edad/Sexo : 33 / M
Fecha de Nacimiento : 1989-12-21

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
QUIMICA			
GLUCOSA			
Resultados:	**93**	mg/dl	Primer Dia 40 - 60 mg/dl Mayor de 1 Dia 50 - 80 mg/dl Adultos 70 - 110 mg/dl

EDNA ISABEL MUÑOZ
BACTERIOLOGA
T.P. 1152

EDNA ISABEL MUÑOZ
BACTERIOLOGA
T.P. 1152
VERIFICACIÓN

"La interpretación de éste y todo examen de Laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

LABORATORIO CLINICO
Edna Isabel Muñoz B.
FAMI NIT: 40.085.808-4
BACTERIOLOGA - CLÍNICA • Colegio Mayor de Cundinamarca • Bogotá D.C
ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA Y BANCO DE SANGRE • Universidad Javeriana • Bogotá D.C
ESPECIALISTA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD • Universidad Católica de Manizales
T.P 01426

10070642
2023-04-21 11:31:05.

Sede : LABORATORIO CLINICO FAMI - SEDE PRINCIPAL
Orden No : 10070642
Paciente : FRANCISCO LUIS CHAVARRO CAICEDO
Identificación: 1117510430
Convenio : CLIPSALUD SAS

Fecha Recepción: 2023-04-21 09:25:26
Fecha Impresión: 2023-04-21 11:31:05.
Médico : MEDICOS VARIOS
Edad/Sexo : 33 / M
Fecha de Nacimiento : 1989-12-21

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

MICROSCOPIA

COPROLOGICO

EXAMEN FISICO MACROSCOPICO

Color	**CAFE**
Consistencia	**DURO**
Moco	**NEGATIVO**
Sangre	**NEGATIVO**

EXAMEN FISICO MICROSCOPICO

Flora Bacteriana	**NORMAL**
Cristales de Charcot Leyden	**NEGATIVO**
Leucocitos	**0-2**
Levaduras	**NEGATIVO**
Pseudomicelios	**NEGATIVO**

PARASITOLOGIA

PARASITOS INTESTINALES	**NEGATIVO**

TECNICA: Montaje hùmedo directo

EDNA ISABEL MUÑOZ
BACTERIOLOGA
T.P. 1152

EDNA ISABEL MUÑOZ
BACTERIOLOGA
T.P. 1152
VERIFICACIÓN

"La interpretación de éste y todo examen de Laboratorio corresponde exclusivamente al médico"



CLIPSALUD IPS S.A.S

Nit: 900304743-4

.4A-56 FLORENCIA CAQUETA PBX: 4355072- 4347315 CEL: 3175176395
BARRIO PORVENIR - www.clipsalud.com

Nombre Paciente:	Francisco Luis Chavarro Caicedo	**Identificacion** 1117510430	**Codigo Unico Paciente:** 30903
Empresa:	PARTICULAR	**Fecha Nacimiento:**	21/12/1989
Direccion:	calle 30 # 1 g 24 B/cunduy		

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:		Estado Civil:	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Consulta
55923	Masculino	33	Años	Soltero	Tecnico	FLORENCIA	21/04/2023 07:28:16

Objetivo:	Ingreso	**E.P.S.:**	SANITAS	**A.R.L.:**	POSITIVA	**Cargo:**	INSTRUCTOR DE COCINA
Contrato:		**Clasificacion del Riesgo:**		CLASE III		**Estrato:**	[1] - Bajo Bajo

CERTIFICADO MEDICO PARA MANIPULADOR DE ALIMENTOS

Los Resultados de Paraclinicos y Valoracion del Paciente fueron consignados en una Historia Clinica Ocupacional que reposa en los archivos de Salud Ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente result

CONCEPTO INGRESO:

☑	APTO para el Cargo
☐	No APTO para el Cargo
☐	Aplazado

TRABAJOS ESPECIALES:

Alturas	
Espacios Confinados	
Manipulacion de Alimentos	*** APTO ***

CONCEPTO EGRESO:

☐	Satisfactoria
☐	No Satisfactoria
Valoracion por:	E.P.S. ☐ A.R.L. ☐

☐ **PERIODICO, CAMBIO DE OCUPACION O POST-INCAPACIDAD** ☐ Reubicar Trabajador ☐ Continua en el Cargo

PREVENCION EN RIESGO LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

☐ Auditivo ☐ Visual ☐ CardioVascular ☐ Respiratorio ☐ Ergonomico ☐ Dermatologia ☐ Otros

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS

Se Realizaron los siguientes examenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, ENFASIS EN DERMATOLOGIA, PRUEBA PSICOLOGICA , GLICEMIA EN SANGRE, OPTOMETRIA, ENFASIS EN MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS, FROTIS DE UÑAS, FROTIS DE GARGANTA, COPROLOGICO.

DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Apto para el cargo.. Apto para manipulacion de alimentos.

RESTRICCIONES

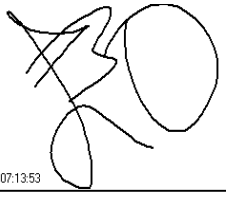
Ninguna para el Cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS EN SITIO DE TRABAJO AL MENOS CADA 1 HORA POR 5 MINUTOS, CON ESTIRAMIENTO DE EXTREMIDADES Y TRONCO, RELAJACION E HIDRATACION. SE RECOMIENDA DISMINUIR LA EXPOSICION A MOVIMIENTOS REPETITIVOS O POSICIONES FORZADAS. SE RECOMIENDA EN ESPACIOS EXTRALABORALES DE ESPARCIMIENTO: DESCANSAR Y RELAIZAR ACTIVIDADES DE DISPERSION. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL INDICADOS POR LA EMPRESA. CUMPLIR ACTIVIDADES DE SST DE LA EMPRESA. CUMPLIR CON NORMAS DE BIOSEGURIDAD CONTRA COVID 19. AJUSTES EN ESTILOS DE VIDA SALUDBLE: DIETA BAJA EN GRASA Y CARBOHIDRATOS, EJERCICIO AEROBICO AL MENOS 3 VECE SPOR SEMANA.

ANALISIS : La certificación de las condiciones de salud para manipular alimentos está reglamentada por el decreto 3075 de 1997 y la resolución 2674 de 2013, estableciendo que todo manipulador de alimentos debe contar con una certificación medica en la cual conste la aptitud para la manipulación de alimentos , por lo menos una vez al año o cada vez que se considere necesario por razones clínicas y epidemiológicas.

Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(as) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará CLIPSALUD IPS S.A.S. Para proteger la confidencialidad de mis resultados.Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. Autorizo a CLIPSALUD IPS S.A.S. para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. De igual manera soy consciente y doy fe, de que me fue socializado mi estado de salud y el resultado de cada uno de mis valoraciones realizadas. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

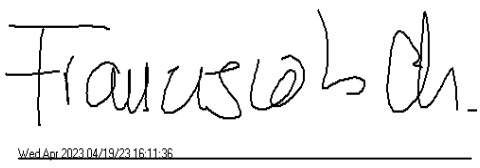


Tue Apr 2023 04/11/23 07:13:53

Jhonathan Orlando Barrera Arciniegas - C.C. 1049622905 / RM: Registro Mèdico 1049622905
Licencia 00341 de 2019

21/04/2023 12:48:18

Generado por SGMI - TERRASOFT, NIT. 74814574-9. www.terrasoft.co



Wed Apr 2023 04/19/23 16:11:36

Firma y Huella del Paciente o Responsable



Indice Derecho

Importante: Valide su certificado de aptitud en www.clipsalud.com Opción RESULTADOS EN LINEA FLORENCIA

CLIPSALUD IPS S.A.S

Nit: 900304743-4

HOJA DE TRABAJO
SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL

PACIENTE: FRANCISCO LUIS CHAVARRO CAICEDO CC 1117510430

Fecha: 19/04/2023 16:16:09

SID: 25709 Orden Nro. 62847

Empresa: PARTICULAR

Hora	Profesional / Empresa	Actividad	Notas
Fecha Cita:	**19/04/2023**		
INMEDIATO	LABORATORIO CLINICO	Laboratorio	2 PISO
Fecha Cita:	**20/04/2023**		
06:00 am	GLORIA LEONOR ESPINOSA GONZ	Optometria/Visiometria	
07:00 am	FERNANDA PRIETO MONTEALEGF	Psicologia	
Fecha Cita:	**21/04/2023**		
06:38 am	JHONATHAN ORLANDO BARRERA	Medicina Ocupacional	

CONCEPTOS

Concepto	Cantidad:
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSC	1
ENFASIS EN DERMATOLOGIA	1
PRUEBA PSICOLOGICA	1
GLICEMIA EN SANGRE	1
OPTOMETRIA	1
ENFASIS EN MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS	1
FROTIS DE UÑAS	1
FROTIS DE GARGANTA	1
COPROLOGICO	1
	9

Nuestro saludo de bienvenida e interes por que su visita a Visionamos Salud cubra con sus expectativas

Por Favor Tenga en Cuenta las siguientes recomendaciones:

*Llegue 10 minutos antes de la hora asignada

*Ubiquese en cada sala de espera segun corresponda. Alli sera llamado por cada Profesional.

*Evite Tocar la Puerta.

*Si tiene examen de laboratorio, por favor asista en ayunas

*En caso de alguna duda, comuniquela inmediatamente a recepcion.

*En caso de queja, comuniquela al número celular 313 282 03 09

Su oponion es muy importante para nosotros.

El usuario tienen DERECHO a:

*Presentar quejas, reclamos y solicitudes sobre la prestacion del servicio y la resolucion de las mismas.

El usuario tiene el DEBER de:

*Seguir las instrucciones necesarias para obtener una adecuada prestacion del servicio.

.

HISTORIA CLINICA
OCUPACIONAL

CLIPSALUD IPS S.A.S
Nit: 900304743-4
CALLE 18 Nº 5A-48 FLORENCIA CAQUETA PBX: 8745789- CEL: 3162523
BARRIO PORVENIR - www.clipsalud.com

		Identificacion	Codigo Unico Paciente:
Nombre Paciente:	Francisco Luis Chavarro Caicedo	1117510430	30903
Empresa:	PARTICULAR	**Fecha Nacimiento:**	21/12/1989
Direccion:	calle 30 # 1 g 24 B/cunduy		

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:	Estado Civil:	Nro. Hijos	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Ingreso:
55923	Masculino	33 a	Soltero	0	Tecnico	FLORENCIA	21/04/2023 07:28:16

Objetivo:	Ingreso	**E.P.S.:**	SANITAS	**A.R.L.:**	POSITIVA	**Cargo:**	INSTRUCTOR DE COCINA
Contrato:		**Clasificacion del Riesgo:**	CLASE III	**Estrato:**	[1] - Bajo Bajo		

I. INFORMACION OCUPACIONAL Y EXPOSICION A FACTORES DE RIESGO

NOMBRE DE LA EMPRESA	CARGO	TIEMPO	FACTOR DE RIESGO							ORGANOS COMPROMETIDOS					
			Fisicos	Quimicos	Ergonomicos	Biologicos	Psicosocial	Seguridad	Otros	Oido	Ojos	Piel	Pulm	Ost.	Otros
particular	instructor de cocin		☑	☐	☑	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Observaciones Antecedentes:
* Ampliacion de ITEMS señalados con "Si"

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

Gafas: ☐ Casco: ☐ Tapabocas: ☐ Overol: ☐ Botas: ☐ Protector Auditivo: ☐ Respirador: ☐ Guantes: ☐

A. - ACCIDENTES DE TRABAJO: NO
No Refiere Accidentes de Trabajo o Enfermedad(es) Profesional(es)

B. - ENFERMEDAD PROFESIONAL: NO

C.- ANTECEDENTES FAMILIARES:

Composición Familiar: Nuclear

PATOLOGIA		PARENTESCO	PATOLOGIA		PARENTESCO
ASMA:	☐		A. CEREBRO-VASCULAR:	☐	
CANCER:	☐		HIPERTENSION ARTERIAL:	☐	
DIABETES:	☐		COLAGENOSIS:	☐	
ENFERMEDAD CORONARIA:	☐		PAT. TIROIDEAS:	☐	

OTROS ANTECEDENTES: No Refiere Antecedentes

D. - ANTECEDENTES PERSONALES:

Patologicos:	☐	No Refiere	Psiquiatricos:	☐	No Refiere	Estimulantes:	☐	No Refiere
Hospitalarios:	☐	No Refiere	Transfuncionales:	☐	No Refiere	Practica Algun Deporte:	☐	No Refiere
Quirurgicos:	☐	No Refiere	Inmunizaciones:	☐	No Refiere	Medicamentosos:	☐	No Refiere
Alergicos:	☐	No Refiere	Gineco - Obstetricos:	☐	No Refiere	Toxicos:	☐	No Refiere
Traumaticos:	☐	No Refiere	Tabaquismo:	☐	No Refiere	Otros:	☐	No Refiere
Venereos:	☐	No Refiere	Alcohol:	☐	No Refiere			

Reduccion en el humero derecho, CX ARTRODESIS LUMBAR, CX ADENOIDES, 1 DOSIS D VACUNA PARA COVID 19.

E. - ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:

** Ampliacion Sobre los item señalados con "Si" en antecedentes personales*

CICLO MENSTRUAL: No Aplica	G: ☐ P: ☐ A: ☐ V: ☐ C: ☐ M: ☐ E: ☐
FECHA ULTIMA REGLA: No Aplica	PLANIFICACION FAMILIAR:
FECHA ULTIMA CITOLOGIA: No Aplica	☐ METODO: No Aplica

F. - INMUNIZACIONES:

VACUNA	DOSIS UNICA	VACUNA	1 DOSIS	2 DOSIS	3 DOSIS	REFUERZO
FIEBRE AMARILLA:		TETANO:				
PAPERAS Y RUBEOLA:		HEPATITIS:				
INFLUENZA:		OTRAS:	X			
Resultado Inmunizaciones:						

G. - HABITOS:

FUMA	○ Si ● No		
CANTIDAD DE CIGARRILLOS POR DIA:	0		
FUMABA:	○ Si ● No	CIGARRILLOS DIA:	0
HASTA CUANDO:			

ALCOHOL:	○ Si	● No	
FRECUENCIA:	N/R	TIPO:	
ACTIVIDAD CULTURAL:	○ Si	● No	
ACTIVIDAD DEPORTIVA:	○ Si	● No	
SEDENTARIO PURO:	○ Si	● No	
SEDENTARIO:	○ Si	● No	

Habitos Riesgosos

Tejo ☐ S. Militar: ☐ Tiempo: _____ Moto: ☐

Otros: No Refiere

Especifique:

GIMANSIO

II. - REVISION POR SISTEMAS Y EXAMEN FISICO:

CARDIOVASCULAR:	N	OCULAR:	N
DARMATOLOGICO:	N	RESPIRATORIO:	N
GENITU - URINARIO:	N	DIGESTIVO:	N
NEUROLOGICO:	N	O.R.L.:	N
OSTEO - MUSCULAR:	N	OTROS:	N

PERIMETRO ABDOMINAL:	80 Cms		
PESO:	TALLA:	I.M.C.:	F.C.:
74 Kgs	174 Cms	24,4 k/m2	61 x Minuto
F.R.:	T.A.:	BIOTIPO:	ESTADO GENERAL:
18 x minuto	122/75 mmHg	Mediano	Bueno

LATERALIDAD: DIESTRO: ☑ ZURDO: ☐ AMBIDIESTRO: ☐

AGUDEZA VISUAL: O.D. | O.I. | A.O.

1. CABEZA	N	13. OIDOS:	N	25. T. INGUINALES:	X
2. OJOS	N	14. C. AUDITIVO EXT.:	N	26. GENITALES EXT:	X
3. PARPADOS	N	15. TIMPANOS:	N	27. T. VAGINAL:	X
4. CONJUNTIVAS	N	16. CUELLO:	N	28. T. RECTAL:	X
5. FONDO DE OJO	N	17. TIROIDES:	N	29. : MIEMBROS	N
6. NARIZ	N	18. TORAX:	N	30. MANOS:	N
7. TABIQUE	N	19 . Rs Cs:	N	31. PIES:	N
8. BOCA	N	20. Rs Rs:	N	32. PIEL:	N
9. DENTADURA	N	21. SENOS:	N	33. COLUMNA:	N
10. FARINGE	N	22. ABDOMEN:	N	34. EX. NEUROLOGICO:	N
11. AMIGDALAS	N	23. PERCUSION:	N	35. EX. MENTAL:	N
12. ENCIAS	N	24. MASAS:	N	36. REFLEJOS:	N

* Normal = N Anormal = A X= No Examinada AMPLIE SOLAMENTE HALLAZGOS ANORMALES(A)

III. -EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

CUADRO HEMATICO:	No Solicitado	No Solicitado	GRAVINDEX:	No Solicitado	No Solicitado
PARCIAL DE ORINA:	No Solicitado	No Solicitado	OPTOMETRIA:	Normal	Emétrope
SEROLOGIA:	No Solicitado	No Solicitada	VISIOMETRIA:	No Solicitado	No Solicitado
HEMOCLASIFICACION:	No Solicitado	No Solicitado	ESPIROMETRIA:	No Solicitado	No Solicitado
GLICEMIA:	Normal	93.00 mg/dl	AUDIOMETRIA:	No Solicitado	No Solicitado
COLESTEROL:	No Solicitado	Total: No Solicitado	TRIGLICERIDOS:	No Solicitado	No Solicitado
			KOH:	No Solicitado	No Solicitado

PRUEBA PSICOLOGIA APTO. FROTIS GARGANTA NEGATIVO FROTIS UÑAS NEGATIVO. COPROLOGICO NORMAL

IV. - DIAGNOSTICO DE INTERES CLINICO:

1	
2	

V. - PREVENCION EN RIESGOS LABORALES:

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	Auditivo ☐	Visual ☐	Respiratorio ☐	Ergonomico ☐
	Dermatologico ☐	Cardiovascular ☐	Otros ☐	
	ESPECIFIQUE:			

TIPO DE PROTECCION	CASCO ☐	BOTAS ☐	GUANTES ☐	P. AUDITIVO ☐	P. RESPIRATORIA ☐	P. VISUAL ☐
	OTROS:					

VI. - DIAGNOSTICO DE INTERES OCUPACIONAL:

1	-EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION
2	-EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION
3	
4	
5	
6	

EXÁMENES REALIZADOS:Se Realizaron los siguientes examenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, ENFASIS EN DERMATOLOGIA, PRUEBA PSICOLOGICA , GLICEMIA EN SANGRE, OPTOMETRIA, ENFASIS EN MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS, FROTIS DE UÑAS, FROTIS DE GARGANTA, COPROLOGICO.

DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL: Apto para el cargo.. Apto para manipulacion de alimentos.

RESTRICCIONES: Ninguna para el Cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES: REALIZAR PAUSAS ACTIVAS EN SITIO DE TRABAJO AL MENOS CADA 1 HORA POR 5 MINUTOS, CON ESTIRAMIENTO DE EXTREMIDADES Y TRONCO, RELAJACION E HIDRATACION. SE RECOMIENDA DISMINUIR LA EXPOSICION A MOVIMIENTOS REPETITIVOS O POSICIONES FORZADAS. SE RECOMIENDA EN ESPACIOS EXTRALABORALES DE ESPARCIMIENTO: DESCANSAR Y RELAIZAR ACTIVIDADES DE DISPERSION. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL INDICADOS POR LA EMPRESA. CUMPLIR ACTIVIDADES DE SST DE LA EMPRESA. CUMPLIR CON NORMAS DE BIOSEGURIDAD CONTRA COVID 19. AJUSTES EN ESTILOS DE VIDA SALUDBLE: DIETA BAJA EN GRASA Y CARBOHIDRATOS, EJERCICIO AEROBICO AL MENOS 3 VECE SPOR SEMANA.

VII. - CLASIFICACION DE APTITUD:

OBJETIVO VALORACION: **Ingreso**

CONCEPTO INGRESO:	APTO para el Cargo:	☑	No APTO para el Cargo:	☐	Aplazado:	☐
TRABAJOS ESPECIALES:	Altura:	☐	Espacios Confinados:	☐	Manipulacion de Alimentos:	☑
CONCEPTO EGRESO:	Satisfactoria:	☐	No Satisfactoria:	☐	Valoracion por E.P.S.:	☐
Periodico o Cambio de Ocupacion:	☐		Reubicar Trabajador	☐	Continua en el Cargo	☐

Tue Apr 2023 04/11/23 07:13:53

Jhonathan Orlando Barrera Arciniegas - C.C. 1049622905 / RM: Registro Mèdico 1049622905

Wed Apr 2023 04/19/23 16:11:36

Firma del Paciente o Responsable

Indice Derecho

ESTA HISTORIA CLINICA NO REQUIERE FIRMA DEL PROFESIONAL O MEDICO QUE ATENDIO, DE ACUERDO AL ARTICULO 18 DE LA RESOLUCION 1995 DE 1999 DEL MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Impreso por: Generado por SGMI - TERRASOFT, NIT. 74814574-9

ClíPSalud

Nos movemos para que su empresa no se detenga



Nombre: FRANCISCO LUIS CHAVARRO CAICEI **SID : 25709**

No. Identificacion: 1117510430

Edad: 33 Años **Sexo:** Masculino

Nro. Ordenamiento: 62847 Página 1 de 1

Fecha de Recepcion: 19/04/2023 16:16:13

Fecha de Impresion: 21/04/2023 01:45:11 pm

Entidad: PARTICULAR

Solicitante: A QUIEN CORRESPONDA

Examen	Resultado	Unidad Medida	Valor Biologico de Referencia
1. GLICEMIA **Metodo: Espectrofotometria**	93.00	mg/dl	Niños: 60 - 100 mg/dl - Adultos: 70- 110 mg/dl

Validado:ANDREA DEL PILAR CRUZ
BACTERIOLOGA - Bacteriologa Univ.

***** NOTAS IMPORTANTES *****
Información: Exámenes Pendientes COPROLOGICO, FROTIS DE GARGANTA, FROTIS DE UÑAS.

CLIPSALUD IPS S.A.S
EXAMEN DE OPTOMETRIA
Nit: 900304743-4

Nombre: Francisco Luis Chavarro Caicedo **Fecha:** 20/04/2023 12:00:00 AM **SID-VISIO : 30030**
No. Identificacion: 1117510430 **Empresa:** PARTICULAR Particular
Edad: 33 Años **Sexo:** Masculino **Cargo / Tipo:** INSTRUCTOR DE COCIN Ingreso



Cargo: INSTRUCTOR DE CC Area: No Refiere Antiguedad: ingreso

A. Personales Visuales: TRAUMA OCULAR CERRADO EN OI A LOS 14 AÑOS

A. Familiares Visuales: No Refiere

A. Ocupacionales Visuales: No refiere

Exposicion Laboral Visual: No refiere Antecedentes de Exposicion Laboral

Usa Anteojos: (●) Si ( ) No Bifocal: ( ) Si (●) No LDC: ( ) Si (●) No

Tipo de Uso : Fijacion Prolongada Trae Rx: ( ) Si (●) No

Ultimo Examen: 4 MESES Ultimo Diagnostico: ASTIGMATISMO- MIOPIA

RX EN USO TIPO DE LENTE: NO TRAE LAS GAFAS

OD: No **AV:** No
OI: No **AV:** No

Sintomatologia: VISION BORROSA DE LEJOS

II. AGUDEZA VISUAL

Agudeza Visual	Con Correcion		Sin Correcion		PH
Snellen Numeros	V. LEJANA	V. PROXIMA	V. LEJANA	V. PROXIMA	
O.D.:			O.D.: 20/20	0.5M	O.D.:
O.I:			O.I: 20/20-	0.5M	O.I:
A.O:			A.O: 20/20	0.5M	A.O:

III. EXAMEN EXTERNO

OD: SANO **OI:** SANO

Reflejos: Normales

IV. MOTILIDAD OCULAR

COVER TEST: VL: ORTO VP: EXO

Motilidad Ocular: Normal PPC: Normal

Observaciones Motilidad Ocular:

V. OFTALMOSCOPIA

OD: SANO **OI:** SANO

OTROS: Ninguno

VI. QUERATOMETRIA

OD: _____ **ME:** _____

OI: _____ **ME:** _____

VII. RETINOSCOPIA

Refraccion: ESTATICA

OD: N **AV:** 20/20

OI: N **AV:** 20/20

Retinoscopia Observaciones: _____

VISION COLOR: OD: NORMAL **OI:** NORMAL

ESTEREOPSIS: Normal: X **Anormal:** _____

◯ Corregido ◯ No Corregido ◯ Mal Corregido

VIII. RX FINAL

DISTANCIA PUPILAR:			ALTURA:		
	OJO	**ESFERICO**	**CILINDRICO**	**EJE**	**A.V.**
LEJOS	DERECHO	NEUTRO		°	20/20
	IZQUIERDO	NEUTRO		°	20/20
CERCA	DERECHO			°	
	IZQUIERDO			°	
PROXIMO CONTROL:					
TIPO DE LENTE:					
CLASE DE FILTRO:					

Clasificación: **Emétrope**

Conducta: NO REQUIERE CORRECCION EN OJO IZQUIERDO Y OJO DERECHO

Impresion Diagnostica PACIENTE SANO EN OJO IZQUIERDO Y OJO DERECHO

Observaciones: CONTROL EN UN AÑO, USO RX DE DESCANSO - FILTRO ANTIRREFLEJO.

Evaluador: Gloria Leonor Espinosa Gonzales / 0372-Especialista en SST- Res. No. 0052
Thu Apr 2023 04/13/23

FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE
Wed Apr 2023 04/19/23 16:11:36



Indice Derecho



CLIPSALUD IPS S.A.S

Nit: 900304743-4

.4A-56 FLORENCIA CAQUETA PBX: 4355072- 4347315 CEL: 3175176395
BARRIO PORVENIR - www.clipsalud.com

Nombre Paciente:	Francisco Luis Chavarro Caicedo	**Identificacion** 1117510430	**Codigo Unico Paciente:** 30903
Empresa:	PARTICULAR	**Fecha Nacimiento:**	21/12/1989
Direccion:	calle 30 # 1 g 24 B/cunduy		

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:		Estado Civil:	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Consulta
55923	Masculino	33	Años	Soltero	Tecnico	FLORENCIA	21/04/2023 07:28:16

Objetivo:	Ingreso	**E.P.S.:**	SANITAS	**A.R.L.:**	POSITIVA	**Cargo:**	INSTRUCTOR DE COCINA
Contrato:		**Clasificacion del Riesgo:**		CLASE III		**Estrato:**	[1] - Bajo Bajo

EXAMEN OSTEOMUSCULAR

N = Normal AN = Anormal | PO = Positivo NEG = Negativo

1. CONSTITUCION	PLEOMORFICO: ☐	ENDOMORFICO: ☐	ECTOMORFICO: ☐				
2. POSTURA	NORMAL: ☑	ASIMETRICA: ☐					
3. CURVATURA COLUMNA	NORMAL: ☑	NO: ☐					
4. MARCHA	NATURAL: ☑	RIGIDEZ: ☐	COJERA: ☐				
5. PROPIOCEPCION Y COORDINACION L5-S:		NORMAL: ☑	ANORMAL: ☐				
6. PALPACION							
a. APOFISIS ESPINOSAS:		NORMAL: ☑	ANORMAL: ☐				
b. LIGAMENTO SUPRAESPINOSO:		NORMAL: ☑	ANORMAL: ☐				
b. LIGAMENTO INTERESPINOSO:		NORMAL: ☑	ANORMAL: ☐				
d. MUSCULOS PARAESPINALES:		NORMAL: ☑	ANORMAL: ☐				
7. PERCUSION							
EXAMEN FUNCIONAL							
FLEXION							
GRADO I: ☐	GRADO II: ☐	GRADO III: ☑	GRADO IV: ☐				
PRUEBA DE SCHOBER		MAYOR DE 5 CMS (N): ☑	MENOS DE 5 CMS: ☐				
EXTENSION							
INCLINACION LATERAL							
ROTACION Y FLEXION		NORMAL: ☑	ANORMAL: ☐				
PRUEBA DEL ARCO DE FORESTIER		RELAJACION PV: ☑	CONTRACTURA PV: ☐				
CUNCLILLAS							
ARTICULACION CADERAS, RODILLAS Y PIES:		NORMAL: ☑	ANORMAL: ☐				
ESCOLIOSIS:		SI: ☐	NO: ☑				
MUSCULOS ABDOMINALES SUPERIORES:		TONO NORMAL: ☑	DEBILIDAD: ☐				
MUSCULOS ABDOMINALES INFERIORES:		TONO NORMAL: ☑	DEBILIDAD: ☐				

LONGUITUD APARENTE:

LONGUITUD REAL MIEMBROS INFERIORES: _____ _____

PIERNA:

PERIMETRO EXTREMIDAD INFERIOR MUSLO: _____ _____

PRUEBA LASEGUE: POSITIVA: ☐ NEGATIVA: ☑

SENSIBILIDAD

DERMATOMA L1:	● N	○ AN
DERMATOMA L4:	● N	○ AN
DERMATOMA L5:	● N	○ AN
DERMATOMA S1:	● N	○ AN
DERMATOMA S2:	● N	○ AN
DERMATOMA S3:	● N	○ AN

FUERZA MUSCULAR (O - V)

PSOAS ILIACO:	● N	○ AN
CUADRICEPS:	● N	○ AN
TIBIAL ANTERIOR:	● N	○ AN
EXTENSOR PPIO DEL PULGAR:	● N	○ AN
ADUCTORES DE CADERA:	● N	○ AN
GLUTEO MEDIANO:	● N	○ AN
GLUTEO MAYOR:	● N	○ AN

REFLEJOS

REFLEJO ROTULIANO:	● N	○ AN
REFLEJO AQUILIANO:	● N	○ AN

ARTICULACION SACROILIACA	
FABERE:	○ POS ● NEG
MANGO DE BOMBA:	○ POS ● NEG

OBSERVACIONES:

Tue Apr 2023 04/11/23 07:13:53

Jhonathan Orlando Barrera Arciniegas - C.C.
1049622905 / RM: Registro Mèdico 1049622905

Wed Apr 2023 04/19/23 16:11:36

Firma del Paciente o Responsable

ESTA HISTORIA CLINICA NO REQUIERE FIRMA DEL PROFESIONAL O MEDICO QUE ATENDIO, DE ACUERDO AL ARTICULO 18 DE LA RESOLUCION 1995 DE 1999 DEL MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Impreso por: Generado por SGMI - TERRASOFT, NIT. 74814574-9



Indice Derecho

Exámenes FRANCISCO LUIS CHAVARRO

9 archivos adjuntos

J

Jhonathan Orlando Barrera Arciniegas
<jobarrera@sena.edu.co>

Para: Usted

Lun 24/04/2023 3:26 PM

EXAMENES COMPLETOS

INGRESO SIN RESTRICCIONES

SEGUIR INDICACIONES DE CERTIFICADO LABORAL

Jhonathan Orlando Barrera Arciniegas
Médico, Medicina Preventiva
jobarrera@sena.edu.co
Cra 14 # 5b-60 barrio Juan XXIII
Florencia-Caquetá

@SENAcomunica
www.sena.edu.co

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) FRANCISCO LUIS CHAVARRO CAICEDO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1117510430 el día 04/05/2023 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

Hace constar:

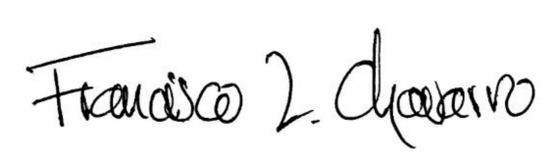
Que el Sr(a) FRANCISCO LUIS CHAVARRO CAICEDO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1117510430 realizó el día 04/05/2023 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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 FRANCISCO LUIS CHAVARRO CAICEDO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1117510430 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

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



Firma

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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 26/04/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	899999034	**Cédula Usuario:**	CC 40777507
Nombre:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA				
Dirección:	CLL 57 8-64				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	ACCIDENTALIDADSST@SENA.EDU.CO				
Teléfono:	5978250		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1855101 FORMACION ACADEMICA NO FORMAL, INCLUYE LA EDUCACION QUE SE OFRECE CON EL OBJETO DE COMPLEMENTAR, ACTUALIZAR, SUPLIR CONOCIMIENTOS Y FORMAR ACADEMICAMENTE A TRAVES DE CURSOS CON PROGRAMAS QUE TIENEN UN CARACTER ORGANIZADO Y CONTINUO, AUNQUE NO ESTEN SUJETOS AL SISTEMA DE NIVELES Y GRADOS ESTABLECIDOS EN LA EDUCACION FORMAL				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 40777507	MARLE QUINTANA CHILITO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	754	27/04/2023	CC 1117510430	CHAVARRO CAICEDO FRANCISCO	3	2.436	**Independiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

BDF5864DABC3F23567F69EE7C042C75A Certificado impreso el día 4/26/2023 4:29:09 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 941 541**, en Bogotá (**601**) **6000 811.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

FRANCISCO LUIS
CHAVARRO CAICEDO
1117510430

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
899999034

Este carné es personal e intransferible.

Certificado
Bancario

Miércoles, 19 de abril de 2023

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que FRANCISCO LUIS CHAVARRO CAICEDO identificado(a) con CC 1117510430, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	46682438894	2012/04/24	ACTIVA

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

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

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

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

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES - DECRETO 1082 DE 2015 - PATRICLSUSP09V4

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
5607297990

PÓLIZA No: 560 - 47 - 994000162266 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: **NEIVA** COD. AGENCIA: 560 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

FECHA DE EXPEDICIÓN			FECHA DE IMPRESIÓN		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
26	04	2023	26	04	2023

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE:: **FRANCISCO LUIS CHAVARRO CAICEDO** IDENTIFICACIÓN: CC **1117.510.430**

DIRECCIÓN: CL 30 1 C 24 PI 2 CIUDAD: FLORENCIA, CAQUETA TELÉFONO: 3123481059

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE** IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**

BENEFICIARIO: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE** IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

DESCRIPCION AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
CONTRATO CUMPLIMIENTO	26/04/2023	29/02/2024	1,953,137.50

BENEFICIARIOS
NIT 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS:

OBJETO DE LA GARANTIA

EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS NRO CO1.PCCNTR.4901942 PARA PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, EN ACTIVIDADES DE INSTRUCTOR DEL ÁREA, COCINA IMPARTIENDO FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, LA ADMINISTRACIÓN EDUCATIVA Y EL SEGUIMIENTO EN LA ETAPA PRODUCTIVA; EN LAS DIFERENTES ÁREAS DEL CONOCIMIENTO DE LA FORMACIÓN TITULADA PRESENCIAL, Y COMPLEMENTARIA Y A DISTANCIA EN LOS PROGRAMAS REGULAR QUE IMPARTE EL CENTRO TECNOLÓGICO DE LA AMAZONIA.

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ *****1,953,137.50	$ **********25,000	$****11,000.00	$ ********6,840	$ **********42,840

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART
JMC GROUP ASESORES DE SEGUROS LTDA	8248	100.00

NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO

MEDIANTE LA SOLICITUD Y CONTRATACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO, USTED EN CALIDAD DE TITULAR(ES) DE LA INFORMACIÓN; DE MANERA LIBRE, EXPRESA, VOLUNTARIA E INFORMADA, AUTORIZA A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA O A LA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A QUIÉN ESTE ENCARGUE, A RECOLECTAR, ALMACENAR, UTILIZAR, CIRCULAR, SUPRIMIR Y EN GENERAL, A REALIZAR CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO A LOS DATOS PERSONALES POR USTED SUMINISTRADOS, PARA TODOS AQUELLOS ASPECTOS INHERENTES A LAS ACTIVIDADES COMERCIALES Y PROMOCIONALES, Y CUALQUIER OTRO RELACIONADO CON EL DESARROLLO DEL OBJETO SOCIAL PRINCIPAL DEL REFERIDA SOCIEDAD, LO QUE IMPLICA EL USO DE LOS DATOS EN ACTIVIDADES DE MERCADEO, PROMOCIÓN Y DE SER EL CASO, CUANDO LA ACTIVIDAD COMERCIAL LO REQUIERA, LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN DE LOS MISMOS A UN TERCERO (INCLUYENDO TERCEROS PAÍSES), BAJO LOS PARÁMETROS DE LA LEY 1581 DE 2.012, DECRETO 1074 DE 2015 Y DEMÁS NORMATIVIDAD VIGENTE QUE REGULE LA MATERIA. EN TODO CASO, ASEGURADORA SOLIDARIA GARANTIZA LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD, PRIVACIDAD Y DEMÁS PRINCIPIOS QUE IMPLIQUEN EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ACORDE CON LA LEGISLACIÓN APLICABLE. ESTA AUTORIZACIÓN SE MANTENDRÁ POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DEL VÍNCULO O LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA SOCIEDAD RESPONSABLE, CONFORME LO ESTABLECIDO EN SUS MANUALES Y POLÍTICAS. IGUALMENTE DECLARO QUE HE CONOCIDO LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DISPONIBLE EN_HTTPS://ASEGURADORASOLIDARIA.COM.CO/ENLACES-DE-INTERES/POLITICA-DE-PRIVACIDAD.ASPX

Las condiciones generales de su póliza se pueden descargar de nuestra Página Web www.solidaria.com.co en la opción SEGUROS – TU RESPALDO – SEGUROS PATRIMONIALES. Aseguradora Solidaria pensando en su tranquilidad, lo invita a verificar la validez de esta póliza ingresando a nuestra Página Web www.solidaria.com.co en la opción SERVICIOS – CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000560729799

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

CLIENTE

CBDE207F0D06FB7756

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano *** Dirección:** Carrera 13 # 29-21 Oficina 221, Bogotá *** Teléfono:** (601) 458 7174 **Fax: (**601) 458 7174 *** Celular:** 312 342 6229 *** Correo electrónico:** defensoriasolidaria@gmail.com
Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:
https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento
GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

RECIBO DE CAJA No. 560158284

Aseguradora Solidaria de Colombia
¡Siempre junto a ti!

AGENCIA NEIVA	TRANSACCIÓN Nro. 560274138	FECHA DE RECAUDO 26/04/2023	TIPO PAGADOR ASEGURADO
NOMBRE PAGADOR CHAVARRO CAICEDO FRANCISCO LUIS			C.C o NIT 1117510430
TOMADOR PÓLIZA CHAVARRO CAICEDO FRANCISCO LUIS			
DETALLE DE PAGO PAGO POLIZA DE CUMP. ENT. ESTATALES 994000162266 - NRO. ELECTRÓNICO 5607297990			
VALOR EN LETRAS (en Pesos) CUARENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS CUARENTA PESOS			VALOR RECIBO $ 42,840.00
PAGO PÓLIZA DE CUMP. ENT. ESTATALES 994000162266 - ANEXO 0 AGENCIA NEIVA, TOMADOR PÓLIZA: CC-1117510430 CHAVARRO CAICEDO FRANCISCO LUIS. VALOR PAGADO $ 42,840.00 RELACIONADO CON EL NRO. DE RECIBO 560274138			



FIRMA RECIBIDO PAGO

RECIBO GENERADO POR: JMC GROUP ASESORES DE SEGUROS LTDA