

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                      |                                                                |                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <br><b>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL ATLÁNTICO</b><br><b>CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS- ATLÁNTICO</b> |                                                                                                                                                                                                                      | <b>Código Regional</b>                                         | <b>8</b>                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                      | <b>Código Centro</b>                                           | <b>930210</b>                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                      | <b>Fecha Elaboración</b>                                       | <b>31 de Julio de 2023</b>              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                      | <b>Versión</b>                                                 | <b>ENERO 2023 - 1,23</b>                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                      | <b>ID de Proceso</b>                                           | <b>31929-616998</b>                     |
| <b>DATOS DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                      |                                                                |                                         |
| <b>Nombres y apellidos contratista:</b> JONN WILIAN CARDENAS RODRIGUEZ<br>Correo electrónico contratista: jwcardenas@sena.edu.co                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | <b>C.C.</b> 79.889.706                                                                                                                                                                                               | <b>IP/N° de contacto</b> 52062                                 |                                         |
| <b>Régimen del IVA:</b> <input type="checkbox"/> NO RESPONSABLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                            | <b>Pertenece al régimen simple de tributación?</b> <input type="checkbox"/> NO                                                                                                                                       |                                                                |                                         |
| <b>Banco al cual consignar:</b> BANCO PICHINCHA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                            | <b>Inducción SST</b> <input type="checkbox"/> SI                                                                                                                                                                     |                                                                |                                         |
| <b>Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000:</b> <input type="checkbox"/> NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                            | <b>Presta Servicios Excluidos de IVA ?</b> <input type="checkbox"/> SI                                                                                                                                               |                                                                |                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                            | <b>Tipo de cta</b> AHORROS                                                                                                                                                                                           | <b>N° Cuenta</b> 410203091                                     |                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                            | <b>Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los \$ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA)</b> <input type="checkbox"/> NO                                                         |                                                                |                                         |
| <b>DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                      |                                                                |                                         |
| <b>N° del contrato:</b> 5154630/2023                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>N° Compromiso SIIF</b> 100423                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                      |                                                                |                                         |
| <b>Valor Total del Contrato</b> \$ 19.380.000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>N ° Pago</b> 1                                                                                                                                                                          | <b>Periodo objeto de pago</b>                                                                                                                                                                                        |                                                                | <b>Valor Bruto Pago</b> \$ 1.773.270,00 |
| <b>Saldo Anterior del Contrato</b> \$ 19.380.000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | <b>Del</b> 17/07/2023                                                                                                                                                                                                | <b>Al</b> 31/07/2023                                           |                                         |
| <b>Nuevo Saldo del Contrato</b> \$ 17.606.730                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                            | <b>Legalización comisiones del periodo</b> \$ 0,00                                                                                                                                                                   |                                                                |                                         |
| <b>OBJETO CONTRACTUAL:</b><br>(Descripción del servicio prestado)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                            | INSTRUCTOR: CARÁCTER TEMPORAL PARA LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN FORMACION REGULAR TITULADA Y COMPLEMENTARIA PARA EL PROGRAMA FORMACIÓN NEGOCIACIÓN INTERNACIONAL RADICADO 08-9-2023-015209...PZO 19/12/2023 |                                                                |                                         |
| <b>RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                      |                                                                |                                         |
| <b>Ingresos por honorarios</b> \$ 1.773.270                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°</b>                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                      | 0,00%                                                          |                                         |
| <b>Ingresos de otros meses cobrados en el mes</b> \$ 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Retención en la Fuente del Periodo</b>                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                      | \$ 0                                                           |                                         |
| <b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b> \$ 1.773.270                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Menos, Retefuente Otros Ingresos</b>                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                      | \$ 0                                                           |                                         |
| <b>BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE</b> \$ 1.077.428                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                      | \$ 0                                                           |                                         |
| <b>LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                      |                                                                |                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Julio</b>                                                                                                                                                                               | <b>Junio</b>                                                                                                                                                                                                         |                                                                |                                         |
| <b>N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | -----                                                                                                                                                                                      | 7882731482                                                                                                                                                                                                           |                                                                |                                         |
| <b>Ingreso Base de Cotización - IBC</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | \$ 1.160.000                                                                                                                                                                               | \$ 0                                                                                                                                                                                                                 | Base retención en la fuente a título de RENTA                  |                                         |
| <b>Aporte obligatorio a seguridad social salud</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | \$ 145.000                                                                                                                                                                                 | \$ 0                                                                                                                                                                                                                 | Base retención en la fuente a título de ICA                    |                                         |
| <b>Aporte obligatorio a seguridad social Pensión</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | \$ 185.600                                                                                                                                                                                 | \$ 0                                                                                                                                                                                                                 | Valor base IVA                                                 |                                         |
| <b>Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | \$ -                                                                                                                                                                                       | \$ 0                                                                                                                                                                                                                 | IVA (Si es RESPONSABLE)                                        |                                         |
| <b>ARL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | \$ 6.100                                                                                                                                                                                   | \$ 0                                                                                                                                                                                                                 | Menos Retención en la Fuente                                   |                                         |
| <b>Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias</b> \$ 8.835.833                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | \$ -                                                                                                                                                                                       | \$ 0                                                                                                                                                                                                                 | Menos Retención IVA                                            |                                         |
| <b>\$ 443.317</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | \$ -                                                                                                                                                                                       | \$ 0                                                                                                                                                                                                                 | Reteica - 8299                                                 |                                         |
| <b>Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC</b> \$ 13.430.466                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | \$ -                                                                                                                                                                                       | \$ 0                                                                                                                                                                                                                 | 14.427,00                                                      |                                         |
| <b>Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias</b> \$ 13.430.466                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | \$ -                                                                                                                                                                                       | \$ 0                                                                                                                                                                                                                 | 0,00                                                           |                                         |
| <b>Intereses Prestamo de Vivienda</b> \$ 4.241.200                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | \$ -                                                                                                                                                                                       | \$ 0                                                                                                                                                                                                                 | 0,00                                                           |                                         |
| <b>Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | \$ -                                                                                                                                                                                       | \$ -                                                                                                                                                                                                                 | Otras Retenciones                                              |                                         |
| <b>Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | \$ -                                                                                                                                                                                       | \$ -                                                                                                                                                                                                                 | Otras Retenciones                                              |                                         |
| <b>Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | \$ -                                                                                                                                                                                       | \$ -                                                                                                                                                                                                                 | Otras Retenciones                                              |                                         |
| <b>Dependientes hasta</b> \$ 1.357.184                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | \$ -                                                                                                                                                                                       | \$ -                                                                                                                                                                                                                 | Otras Retenciones                                              |                                         |
| <b>Salud hasta</b> \$ 678.592                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | \$ -                                                                                                                                                                                       | \$ -                                                                                                                                                                                                                 | Descuentos de Libranza                                         |                                         |
| <b>Renta Exenta 25%</b> \$ 2.792.123                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | \$ 359.143                                                                                                                                                                                 | \$ -                                                                                                                                                                                                                 | Descuentos de embargo (Si tiene)                               |                                         |
| <b>Retención en la Fuente Contingente</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | \$ -                                                                                                                                                                                       | \$ -                                                                                                                                                                                                                 | VALOR A PAGAR                                                  |                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                      | \$ 1.758.843,00                                                | TARIFA                                  |
| <b>SON: UN MILLÓN SETECIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS M/CTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                      |                                                                |                                         |
| <b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                      |                                                                |                                         |
| ESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN EL AREA DE NEGOCIACION INTERNACIONAL QUE PROGRAME EL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS DEL SENA REGIONAL ATLANTICO EN SUS DIFERENTES NIVELES Y MODALIDADES, ATENDIENDO LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                      |                                                                |                                         |
| TECNOLOGÍA EN NEGOCIACIÓN INTERNACIONAL FICHA # 37-2497157.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                      |                                                                |                                         |
| TECNOLOGÍA EN NEGOCIACIÓN INTERNACIONAL FICHA # 38-2499992.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                      |                                                                |                                         |
| TECNOLOGÍA EN NEGOCIACIÓN INTERNACIONAL FICHA # 39-2500021.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                      |                                                                |                                         |
| TECNOLOGÍA EN PROCESOS DE LA COMERCIALIZACION INTERNACIONAL FICHA # PCI 2-2619523.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                      |                                                                |                                         |
| <b>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                      |                                                                |                                         |
| 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. |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                      | <b>JONN WILIAN CARDENAS RODRIGUEZ</b><br><b>EL CONTRATISTA</b> |                                         |
| <b>CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                      |                                                                |                                         |
| En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                      | Autorizo el presente pago.<br>El Supervisor,                   |                                         |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                      | <b>LINDA EVELIN PICHON RONCALLO</b><br><b>INSTRUCTOR</b>       |                                         |
| Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                      |                                                                |                                         |
| <b>EL ORDENADOR DEL PAGO</b><br><b>ELIZABETH TUBERQUIA VANEGAS</b><br><b>SUBDIRECTORA DE CENTRO G02</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                      |                                                                |                                         |

## PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |                                |                           |                           |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      | CEDULA DE CIUDADANIA           | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 79889706                  |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:                                                    | JONN WILIAN CARDENAS RODRIGUEZ |                           |                           |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         | BARRANQUILLA                   | DEPARTAMENTO:             | ATLANTICO                 |
| DIRECCIÓN:                                                                | CARRERA 42H NO 84 - 36         | TELÉFONO:                 | 3783588                   |
| TIPO APORTANTE:                                                           | 02-INDEPENDIENTE               | CLASE APORTANTE:          | I-INDEPENDIENTE           |
| TIPO EMPRESA:                                                             | PRIVADA                        | ACTIVIDAD ECONOMICA:      | Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    | ÚNICO                          |                           |                           |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |                                |                           | NO                        |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |            |                      |                  |
|--------------------------------|------------|----------------------|------------------|
| NÚMERO PLANILLA:               | 7882731482 | TIPO DE PLANILLA:    | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN             | MES: junio | PERIODO COTIZACIÓN   | MES: junio       |
| OTROS SUBSISTEMAS:             | AÑO: 2023  | SALUD:               | AÑO: 2023        |
| DÍAS DE MORA:                  | 0          |                      |                  |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):       | 2023/06/26 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9969937          |

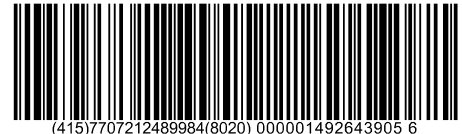
| LIQUIDACIÓN GENERAL   |        |                                        |            |              |
|-----------------------|--------|----------------------------------------|------------|--------------|
|                       |        |                                        | TOTALES    |              |
|                       |        |                                        | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| PENSIÓN               |        |                                        |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                                        |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                 |            |              |
| 900336004             | 25-14  | 25-14 COLPENSIONES                     | 1          | \$ 243.200   |
| SUBTOTAL:             |        |                                        | 1          | \$ 243.200   |
| SALUD                 |        |                                        |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                                        |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                 |            |              |
| 800088702             | EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1          | \$ 190.000   |
| SUBTOTAL:             |        |                                        | 1          | \$ 190.000   |
| RIESGOS PROFESIONALES |        |                                        |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                                        |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                 |            |              |
| 800226175             | 14-25  | 14-25-COLMENA                          | 1          | \$ 8.000     |
| SUBTOTAL:             |        |                                        | 1          | \$ 8.000     |

|                 |            |
|-----------------|------------|
| VALOR SIN MORA: | \$ 441.200 |
| VALOR MORA:     | \$ 0       |
| TOTAL PAGADO:   | \$ 441.200 |

2. Concepto   Actualización

4. Número de formulario

14926439056



(415)7707212489984(8020) 000001492643905 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

7 9 8 8 9 7 0 6

6. DV

4

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

7 9 8 8 9 7 0 6

27. Fecha expedición

1 9 9 7, 0 3, 1 3

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

CARDENAS

32. Segundo apellido

RODRIGUEZ

33. Primer nombre

JONN

34. Otros nombres

WILIAN

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 132 A 89 59 BL 10 AP 314

42. Correo electrónico

willcard54@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 7 8 3 5 8 8

45. Teléfono 2

3 0 0 5 1 7 4 5 1 7

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 5 4 3

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 9, 0 3, 1 1

Actividad secundaria

48. Código

8 5 4 2

49. Fecha inicio actividad

2 0 1 9, 0 3, 1 1

Otras actividades

50. Código

1 2

8 5 6 0 7 4 9 0

Ocupación

51. Código

1 4 1 8

52. Número establecimientos

0

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 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  
22- Obligado a cumplir deberes formales a  
49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 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

60. No. de Folios:

61. Fecha

2023-07-14 / 10:41:01

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 JONN WILIAN CARDENAS RODRIGUEZ

985. Cargo CONTRIBUYENTE

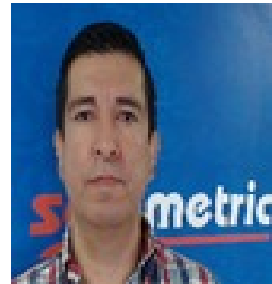
# Examen Audiométrico

## Realización Exámen Audiométrico

### Datos Básicos

|                   |               |
|-------------------|---------------|
| Fecha Solicitud   | 2021-11-23    |
| Solicitud         | 100824        |
| No Identificación | 1 79889706    |
| Primer Nombre     | JONN          |
| Segundo Nombre    | WILIAN        |
| Primer Apellido   | CARDENAS      |
| Segundo Apellido  | RODRIGUEZ     |
| Edad              | 42            |
| Nivel Educativo   | UNIVERSITARIA |
| Ocupación         | INSTRUCTOR    |
| Profesional       |               |

Foto



Captura: 2021-11-16  
07:01:08.474676

### Datos del Servicio

Servicio EXAMEN SALUD OCUPACIONAL

### Otoscopia

#### Pabellón Auricular

|              | OD       | OI       |
|--------------|----------|----------|
| Hallazgo     | Normal ▼ | Normal ▼ |
| Otros. Cuál? |          |          |

#### Conducto Auditivo Externo

|              | OD       | OI       |
|--------------|----------|----------|
| Hallazgo     | Normal ▼ | Normal ▼ |
| Otros. Cuál? |          |          |

#### Membrana Timpánica

|              | OD       | OI       |
|--------------|----------|----------|
| Hallazgo     | Normal ▼ | Normal ▼ |
| Otros. Cuál? |          |          |

### Ayuda Auditiva

☐

### Síntomas Actuales

☐

### Antecedentes Patológicos

☐

### Antecedentes Familiares

☐

### Prueba Física

PTA\_OD

ODVA3K

OIVA2K

|                     |    |                     |    |                      |    |
|---------------------|----|---------------------|----|----------------------|----|
|                     | 21 |                     | 25 |                      | 20 |
| PTA_OI              | 21 | ODVA4K              | 25 | OIVA3K               | 25 |
| PTA_BIN             | 21 | ODVA6K              | 20 | OIVA4K               | 25 |
| ODVA250             | 25 | ODVA8K              | 20 | OIVA6K               | 20 |
| ODVA500             | 25 | OIVA250             | 25 | OIVA8K               | 20 |
| ODVA1K              | 20 | OIVA500             | 25 | ISO1999OD            | 21 |
| ODVA2K              | 20 | OIVA1K              | 20 | ISO1999OI            | 21 |
| Promedios Agudos OI | 21 | Promedios Agudos OD | 21 | Promedios Agudos BIN | 21 |

Reporte Favorable

Especialista Solicitado

Seleccione...

▼

Causa

Respuesta

Seleccione...

▼

Descripción De La Respuesta

Entregado:

[+] Agregar otro

Impresión diagnóstica

Observaciones

AUDICION NORMAL BILATERAL

Recomendaciones

CONTROL AUDITIVO ANUAL.

Estado

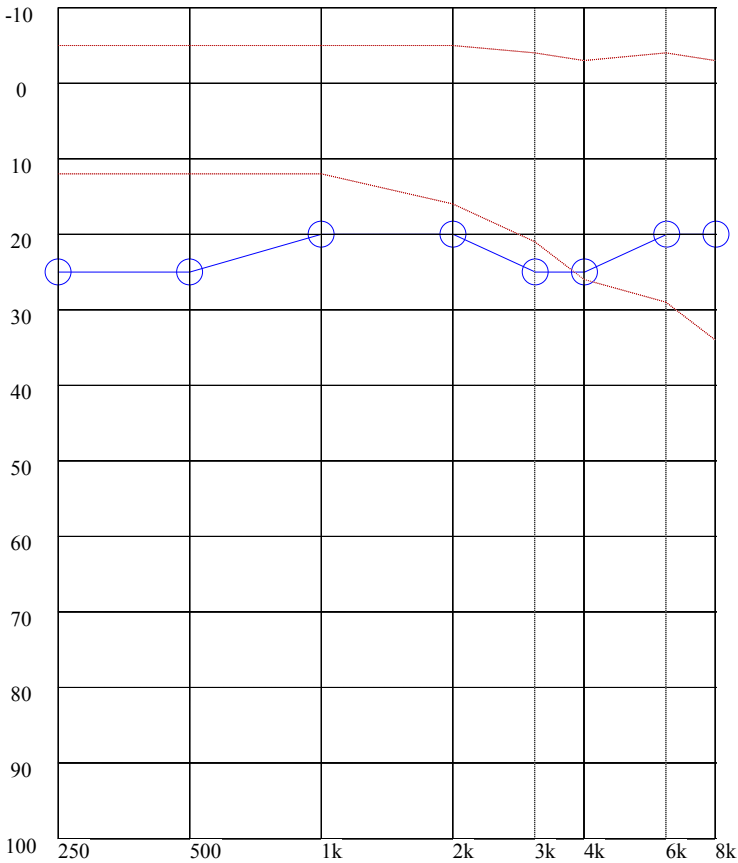
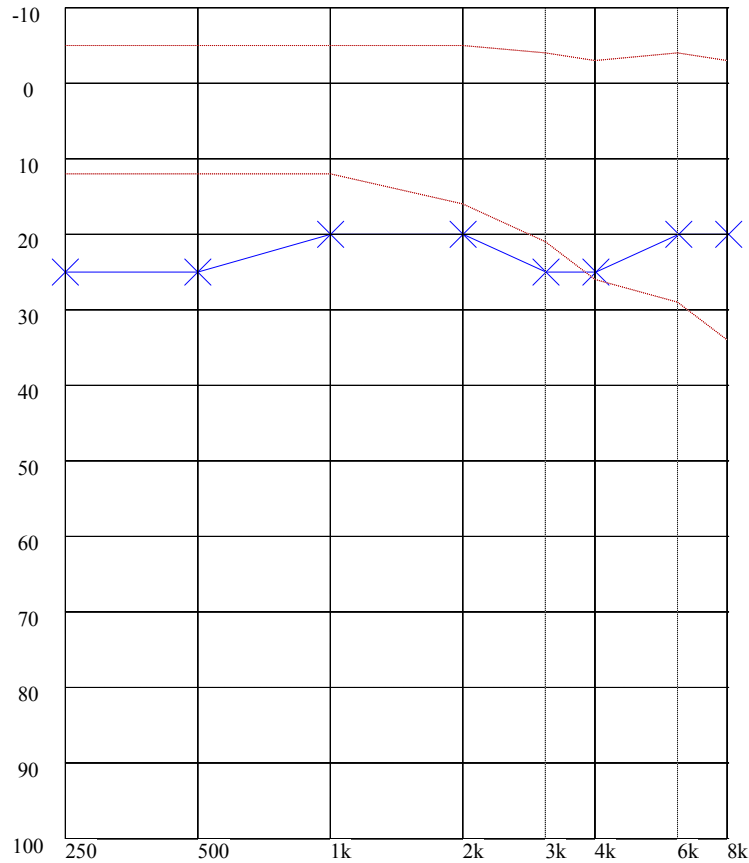
Seleccione ...

▼

# SIMETRIC BARRANQUILLA

## EXAMEN AUDIOMETRICO

|                    |            |                 |                         |            |        |
|--------------------|------------|-----------------|-------------------------|------------|--------|
| N° Id:             | 79889706   | Paciente        | JONN WILIAN CARDENAS RO | Edad:      | 42     |
| Fecha audiometría: | 16/11/2021 | Fecha revisión: | 16/11/2021              | Examinado: | EPENIA |



| Pérdidas Auditivas        | O. Derecho | O. Izquierdo | Binaural |
|---------------------------|------------|--------------|----------|
| % A.M.A.-84/A.A.O.-1979   | 0          | 0            | 0        |
| % A.S.H.A.-1981           | 0          | 0            | 0        |
| % A.M.A.-1947(CPT2)       | 18         | 18           | 18       |
| dB I.S.O.1999-1975        | 21         | 21           |          |
| dB Portmann(PA)           | 21         | 21           |          |
| dB Lafon                  | 22         | 22           |          |
| dB Dundee                 | 18         | 18           |          |
| dB BS5330                 | 21         | 21           | 21       |
| dB P.T.A. (media 3 frec.) | 21         | 21           |          |
| dB P.T.A. (2 mejores)     | 20         | 20           |          |
| M/F dB E.L.I.             | 12/19      | 12/19        |          |

Notas:

**I. DATOS PERSONALES**
**Nombres y Apellido:** JONN WILIAN CARDENAS RODRIGUEZ
**Edad:** 42 Años
**Años de experiencia:** 7 AÑOS
**Documento:** 79889706
**Género:** M
**Empresa:**
**Tipo de Examen**
**Ingreso** ☐
**Periódico** ☒
**Retiro** ☐
**Post incapacidad** ☐
**II. ANTECEDENTES PERSONALES**

Hipoacusia: SI ☐ NO ☒

Tiroides: SI ☐ NO ☒

Bruxismo: SI ☐ NO ☒

R.G.E: SI ☐ NO ☒

Hipertensión SI ☐ NO ☐

Odinofagia SI ☐ NO ☒

Enfermedades Respiratorias: SI ☐ NO ☒

Cirugías Cabeza y Cuello: SI ☐ NO ☒

Alérgicas: SI ☐ NO ☒

Disfagia: SI ☐ NO ☒

Síntomas Vocales: Ronquera SI ☐ NO ☒

Afonía: SI ☐ NO ☒

Carraspera: SI ☐ NO ☒

Disfonía: SI ☐ NO ☒

Fatiga Vocal: SI ☐ NO ☐ Otras: \_\_\_\_\_

**III. HABITOS**

¿Actividad extralaborales relacionado con la voz? SI ☐ NO ☒ Cual \_\_\_\_\_

¿Ingiere bebidas alcohólicas? SI ☐ NO ☒

¿Negras o Cafeína? SI ☒ NO ☐

¿Condimentadas? SI ☐ NO ☒

¿Fuma? SI ☐ NO ☒

¿Realiza algún deporte? SI ☒ NO ☐

¿Cambia de temperatura bruscamente? SI ☐ NO ☒
**IV. ANTECEDENTES FAMILIARES**

¿Vive con personas fumadoras? SI ☐ NO ☒

¿Vive con personas con problemas auditivos? SI ☐ NO ☒

¿En su familia hay problemas de voz? SI ☐ NO ☐ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

¿Familiares con problemas de cáncer de cabeza y cuello? SI ☐ NO ☒
**V. ANTECEDENTES LABORALES**

¿Cuántas horas utiliza su voz durante la jornada laboral? 8 HORAS DIARIAS ¿Realiza pausas durante su jornada laboral? SI ☒ NO ☐

Cuanto 15 MINUTOS

¿Observa cambios en su voz? SI ☐ NO ☒ Hace cuánto tiempo \_\_\_\_\_ ¿Qué hago para mejorarlo? \_\_\_\_\_

¿Cuándo siente peor su voz? NUNCA ¿Cuándo siente mejor su voz? SIEMPRE

¿Está expuesto a los siguientes factores durante la jornada laboral?

**Ruido** SI ☐ NO ☒
**Humo** SI ☐ NO ☒
**Agentes Químicos** SI ☐ NO ☒
**Polvo de tierra** SI ☐ NO ☒
**Polvo de tiza** SI ☐ NO ☐
**VI. SOLO MUJERES**

¿Siente que su voz cambia de acuerdo a su estado emocional? SI ☐ NO ☐

¿Su ciclo menstrual son regulares? SI ☐ NO ☐

¿Hay cambio en su voz durante el ciclo menstrual? SI ☐ NO ☐

¿Recibe tratamiento hormonal? SI ☐ NO ☐
**VII. COMPORTAMIENTO MUSCULO - ESQUELETICO**
**a) CABEZA Y CUELLO:** Normal ☒ Hiperextensión ☐ Hiperflexión ☐ Lateralizados ☐
**HOMBROS:** Normal ☒ Elevados ☐ Hacia adelante ☐ Hacia atrás ☐ Asimétricos ☐
**TRONCO:** Flexión N ☐ Extensión ☐ Rotación Izquierda ☐ Rotación Derecha ☐
**b) MUSCULATURA:** NORMAL (N) TENSIONADA (T) FLOJA (F) PARÁLISIS (P) ASIMÉTRICA (A)

Facial N ☐

Esternocleidomastoideo N ☐

Trapezio N ☐

Escaleno N ☐
**ORGANOS FONOARTICULADORES**
**POSICION DE LARINGE:** Apropiaada ☒ Baja ☐ Alta ☐ Fluctuante ☐
**MAXILAR INFERIOR:** Relajado ☒ Tenso ☐ Asimétrico ☐
**CAVIDAD BUCAL:** Apertura apropiada ☒ Disminuida ☐ Asimétrica ☐
**LABIOS:** Normal ☒ Hipotónicos ☐ Tensos ☐ Parálisis ☐ Asimétricos ☐
**LENGUA:** Normal ☒ Macroglósica ☐ Microglósica ☐ Parálisis ☐ Asimétrica ☐
**MOVILIDAD:** **Punta de la lengua:** Relajada ☒ Retraída ☐ Desviada ☐
**Base de la lengua:** Relajada ☒ Retraída ☐ Desviada ☐

PALADAR BLANDO: NORMA L Corto Tenso ☐ Hipotónico ☐ Fisurado ☐ Asimétrico ☐  
AMIGDALAS: Presentes ☒ Ausentes ☐ Atróficas ☐ Hipertróficas ☐

## VIII. COMPORTAMIENTO RESPIRATORIO

TIPO RESPIRATORIO Costal superior ☐ Costal diafragmatico ☐ Abdominal ☒  
MODO RESPIRATORIO: En reposo: Nasal ☐ Bucal ☐ Mixto ☒ En fonación: Nasal ☐ Bucal ☐ Mixto ☐  
Duración del soplo respiratorio: Soplo \_\_\_\_\_ Sostenido \_\_\_\_\_

## IX. COMPORTAMIENTO VOCAL

TONO: Normal ☒ Agravado ☐ Agudizado ☐  
TIMBRE: NORMAL Rasposo ☐ Débil ☐ Constreñido ☐ Opaco ☐ Vibrante ☒  
RESONANCIA (Calificar de 1 a 5)  
Pectoral ☐1 Laringea 5 ☐ Faríngea ☐5 Nasal ☐4 Cabeza ☐4 Cara 2 ☐ Frontal ☐1

## OTRAS FUNCIONES DE LA LARINGE

TOS Normal ☒ Débil ☐ Insonora ☐ Muy Sonora ☐ Ineficaz ☐  
RISA Normal ☒ Débil ☐ Insonora ☐ Excesivamente Sonora ☐

## DIAGNOSTICO OCUPACIONAL

## VALORACION FONIATRICA NORMAL.

SE EVIDENCIA: COMPORTAMIENTO MUSCULO ESQUELETICO NORMAL, MUSCULATURA DE CABEZA Y CUELLO NORMAL, HOMBROS EN POSICION NORMAL. ORGANOS FONOAUTICULADORES NORMAL (POSICION DE LARINGE APROPIADA Y BUEN FUNCIONAMIENTO, APERTURA BUCAL APROPIADA, PALADAR BLANDO NORMAL, BUENA MOVILIDAD DE LENGUA Y LABIOS) COMPORTAMIENTO RESPIRATORIO (MODO: EN REPOSO MIXTO - EN FONACION: NASAL, TIPO RESPIRATORIO: ABDOMINAL) COMPORTAMIENTO VOCAL NORMAL (TONO, TIMBRE VIBRANTE, MAYOR RESONANCIA LARINGEA, FARINGEA, NASAL Y EN CABEZA).

SE REALIZAN PAUTAS PARA MEJORAR MODO RESPIRATORIO Y DE HIGIENE VOCAL.

## RECOMENDACIONES (REMISION O EXAMENES COMPLEMENTARIOS)

Control O.R.L. ☐  
Control Fonoaudiología ☐



Eliana Peña De los Reyes  
\* FONOAUDIOLOGA  
T.P. 1043024237  
UNIMETRO

Firma Fonoaudióloga

# VALORACION OPTOMETRICA

## VALORACION OPTOMETRICA

### Datos Básicos

|                   |            |
|-------------------|------------|
| Fecha Solicitud   | 2021-11-16 |
| Solicitud         | 100824     |
| No Identificación | 79889706   |
| Primer Nombre     | JONN       |
| Segundo Nombre    | WILIAN     |
| Primer Apellido   | CARDENAS   |
| Segundo Apellido  | RODRIGUEZ  |

Foto



Captura: 2021-11-16  
07:00:00

|                 |               |
|-----------------|---------------|
| Edad            | 42            |
| Nivel Educativo | UNIVERSITARIA |
| Ocupación       | INSTRUCTOR    |
| Profesional     |               |

### Datos del Servicio

|          |                          |
|----------|--------------------------|
| Servicio | EXAMEN SALUD OCUPACIONAL |
|----------|--------------------------|

### Oftalmoscopia

#### Valoración Externa

|                        |                          |
|------------------------|--------------------------|
| Estructura Párpados    | <input type="checkbox"/> |
| Estructura Conjuntivas | <input type="checkbox"/> |
| Músculos extrínsecos   | <input type="checkbox"/> |

|                    |                          |
|--------------------|--------------------------|
| Valoración Interna | <input type="checkbox"/> |
|--------------------|--------------------------|

### Anamnesis

#### Corrección Visual No Quirúrgica

|                |                                             |             |                      |
|----------------|---------------------------------------------|-------------|----------------------|
| Identificación | <input type="checkbox"/> Gafas              | Tipo de uso | <input type="text"/> |
|                | <input type="checkbox"/> Lentes de contacto | Tipo de uso | <input type="text"/> |
| Tiempo         | Seleccione ..... ▼                          |             |                      |

|                             |                          |
|-----------------------------|--------------------------|
| Antecedentes Quirúrgicos    | <input type="checkbox"/> |
| Mejor Visión                | <input type="checkbox"/> |
| Tratamientos Oftalmológicos | <input type="checkbox"/> |

|                                 |                    |
|---------------------------------|--------------------|
| Fecha del Último Control Visual | Seleccione ..... ▼ |
|---------------------------------|--------------------|

## Examen Visual

|                           |            |                                       |             |                                    |               |                                    |
|---------------------------|------------|---------------------------------------|-------------|------------------------------------|---------------|------------------------------------|
| Agudeza visual cercana    | Ambos Ojos | <input type="text" value="0.75"/>     | Ojo Derecho | <input type="text" value="0.75"/>  | Ojo Izquierdo | <input type="text" value="0.75"/>  |
| Agudeza visual lejana     | Ambos Ojos | <input type="text" value="20/20"/>    | Ojo Derecho | <input type="text" value="20/20"/> | Ojo Izquierdo | <input type="text" value="20/20"/> |
| Campimetría vertical      |            | <input type="text" value=" &gt;70"/>  |             |                                    |               |                                    |
| Campimetría horizontal    |            | <input type="text" value=" &gt;120"/> |             |                                    |               |                                    |
| Phorias lejanas           |            | <input type="text" value=" No"/>      |             |                                    |               |                                    |
| Discriminación al color   |            | <input type="text" value=" Normal"/>  |             |                                    |               |                                    |
| Sensibilidad al contraste |            | <input type="text" value=" Normal"/>  |             |                                    |               |                                    |
| Estereopsis               |            | <input type="text" value=" Normal"/>  |             |                                    |               |                                    |
| Visión mesópica           |            | <input type="text" value=" Normal"/>  |             |                                    |               |                                    |
| Encandilamiento           |            | <input type="text" value=" 20/25"/>   |             |                                    |               |                                    |
| Fusion                    |            | <input type="text" value=" Normal"/>  |             |                                    |               |                                    |

## Reporte Favorable

|                             |                                                |
|-----------------------------|------------------------------------------------|
| Especialista Solicitado     | <input type="text" value=" Seleccione ....."/> |
| Causa                       | <input type="text"/>                           |
| Respuesta                   | <input type="text" value=" Seleccione..."/>    |
| Descripción De La Respuesta | <input type="text"/>                           |
| Entregado:                  | <input type="checkbox"/>                       |
|                             | <a href="#">[+] Agregar otro</a>               |

## Impresión diagnóstica

Observaciones

Z10 EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN.  
CONTROL EN UN AÑO0

Estado

Completado ▼

**Paciente:** CARDENAS RODRIGUEZ JONN WILIAN  
**Edad:** 42 A **Sexo:** M **Identificación:** 79889706  
**F.Nac:** 20/02/1979 **Teléfonos:** 3005174517  
**Empresa:** SO-SIMETRIC SAS

**Recepción:** 669987  
**Fecha recepción:** 16/11/2021  
**Médico :** No Asignado

| Parámetro                                                     | Resultado | Valores de referencia                 |
|---------------------------------------------------------------|-----------|---------------------------------------|
| <b>QUIMICA CLINICA</b>                                        |           |                                       |
| <b>1 Colesterol total</b>                                     |           | Fecha validación: 16/11/2021 01:15 pm |
| Nivel Serico De Colesterol Total                              | 164 mg%   |                                       |
| Valores de referencia:                                        |           |                                       |
| Menor de 200 : Deseable                                       |           |                                       |
| 200-239 : Borderline alto                                     |           |                                       |
| Mayor o Igual 240: Alto                                       |           |                                       |
| <b>2 Colesterol de Alta Densidad [HDL]</b>                    |           | Fecha validación: 16/11/2021 01:15 pm |
| Colesterol HDL                                                | 31.3 mg%  |                                       |
| Valores de referencia:                                        |           |                                       |
| Menor de 40 : Bajo                                            |           |                                       |
| Mayor o Igual 60: Alto                                        |           |                                       |
| Colesterol LDL                                                | 106.3 mg% |                                       |
| Valores de referencia:                                        |           |                                       |
| Menor de 100 : Optimo                                         |           |                                       |
| 100-129 : Casi optimo                                         |           |                                       |
| 130-159 : Borderline alto                                     |           |                                       |
| 160-189 : Alto                                                |           |                                       |
| Mayor o Igual a 190: Muy alto                                 |           |                                       |
| Colesterol VLDL                                               | 26.4 mg%  | 0 a 30 mg%                            |
| <b>3 Glucosa en suero lcr u otro fluido diferente a orina</b> |           | Fecha validación: 16/11/2021 01:15 pm |
| Nivel Serico De Glucosa                                       | 94 mg%    | 70 a 100 mg%                          |
| <b>4 Trigliceridos</b>                                        |           | Fecha validación: 16/11/2021 01:15 pm |
| Nivel De Trigliceridos                                        | 132 mg%   | 0 a 150 mg%                           |

**SILVIA VAN HOUTEN**  
**C.C. 32649360**  
**BACTERIOLOGA**

Silvia Van Houten |CC:32649360

**Paciente:** CARDENAS RODRIGUEZ JONN WILIAN  
**Edad:** 42 A **Sexo:** M **Identificación:** 79889706  
**F.Nac:** 20/02/1979 **Teléfonos:** 3005174517  
**Empresa:** SO-SIMETRIC SAS

**Recepción:** 669987  
**Fecha recepción:** 16/11/2021  
**Médico :** No Asignado

| Parámetro | Resultado | Valores de referencia |
|-----------|-----------|-----------------------|
|-----------|-----------|-----------------------|

## UROANALISIS

### 5 Uroanálisis con sedimento y densidad urinaria

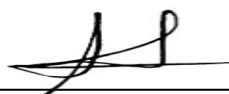
Fecha validación: 16/11/2021 11:19 am

#### ESTUDIO FISICO-QUIMICO

|                |                    |
|----------------|--------------------|
| Color de orina | Amarillo           |
| Aspecto        | Ligeramente Turbio |
| Densidad       | 1.030              |
| PH             | 5.0                |
| Proteínas      | Negativa           |
| Glucosa        | Negativa           |
| Cetona         | Negativo           |
| Bilirrubina    | Negativo           |
| Sangre         | Negativo           |
| Nitritos       | Negativo           |

#### EXAMEN MICROSCOPICO.

|                     |            |
|---------------------|------------|
| Leucocitos          | 1-2 /Campo |
| Hematies            | 0-1 /Campo |
| Bacterias           | ( + )      |
| Células Epiteliales | ( + )      |

  
Celenia Herrera R | 1128126809

**Paciente:** CARDENAS RODRIGUEZ JONN WILIAN  
**Edad:** 42 A **Sexo:** M **Identificación:** 79889706  
**F.Nac:** 20/02/1979 **Teléfonos:** 3005174517  
**Empresa:** SO-SIMETRIC SAS

**Recepción:** 669987  
**Fecha recepción:** 16/11/2021  
**Médico :** No Asignado

| Parámetro                                      | Resultado             | Valores de referencia       |
|------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| <b>HEMATOLOGIA</b>                             |                       |                             |
| <b>6 Hemograma Tipo IV</b>                     |                       |                             |
| Hematocrito                                    | 42.4 %                | 40 a 54 %                   |
| Hemoglobina                                    | 14.2 gm%              | 14 a 18 gm%                 |
| Eritrocitos                                    | 4.90 /mm <sup>3</sup> | 4.5 a 5.5 /mm <sup>3</sup>  |
| Recuento de Leucocitos                         | 5.8 /mm <sup>3</sup>  | 5.0 a 10.0 /mm <sup>3</sup> |
| <b>P.N. Neutrofilos</b>                        | <b>** 55 %</b>        | 58 a 66 %                   |
| <b>Linfocitos</b>                              | <b>** 45 %</b>        | 21 a 35 %                   |
| VCM                                            | 86.5 mcr              | 80 a 97 mcr                 |
| Hemoglobina Corpuscular Media                  | 29.0 %                | 26.5 a 33.5 %               |
| Concentración de Hemoglobina Corpuscular Media | 33.5 gr/dl            | 32.0 a 38.0 gr/dl           |
| <b>RECUESTO DE PLAQUETAS</b>                   |                       |                             |
| Recuento de Plaquetas.                         | 189 mm <sup>3</sup>   | 150 a 450 mm <sup>3</sup>   |

Fecha validación: 16/11/2021 12:18 pm

Sindy moreno  
1129497722

Sindy Moreno R. | 1129497722

Examen Medicina Ocupacional

Tipo: EXAMEN PERIODICO  
Énfasis: OSTEOMUSCULAR

Realización de Examen Médico

Datos Básicos

Fecha Solicitud

2021-11-16

Solicitud

100824

No Identificación

79889706

Primer Nombre

JONN

Segundo Nombre

WILIAN

Primer Apellido

CARDENAS

Segundo Apellido

RODRIGUEZ

Fecha de Nacimiento

1979-02-20

Edad

42.

Estado Civil

CASADO(A)

Sexo

MASCULINO

Foto



Captura: 2021-11-16 07:01:08.474676

Nivel Educativo

UNIVERSITARIA

Ocupación

INSTRUCTOR

Profesional

Datos del Servicio

Tipo de Examen

EXAMEN SALUD OCUPACIONAL

IDENTIFICACION

Antigüedad

7

Años

Meses

Cargo y EPS

INSTRUCTOR

SALUD TOTAL S.A.

ARL y AFP

ARL SURA

Porvenir S.A.

Empresa

Vinculado por una Temporal:

☐

HISTORIA LABORAL OCUPACIONAL

Historia Laboral

Empresa

SENA

Ocupación

INSTRUCTOR/ COMERCIO

Año

2013

Riesgos

☒

| Biológico                            | Físico                                          | Químico                                                | Psicosocial                                                             | Biomecánicos                                           | Cond. Seguridad                                 | Fenómenos Nat                            |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Virus       | <input type="checkbox"/> Ruido                  | <input type="checkbox"/> Polvos Orgánicos, Inorgánicos | <input type="checkbox"/> Gestión Organizacional                         | <input checked="" type="checkbox"/> Postura            | <input checked="" type="checkbox"/> Mecánico    | <input type="checkbox"/> Sismo           |
| <input type="checkbox"/> Bacterias   | <input type="checkbox"/> Iluminación            | <input type="checkbox"/> Fibras                        | <input type="checkbox"/> Características de la organización del trabajo | <input type="checkbox"/> Esfuerzo                      | <input type="checkbox"/> Eléctrico              | <input type="checkbox"/> Terremoto       |
| <input type="checkbox"/> Hongos      | <input type="checkbox"/> Vibración              | <input type="checkbox"/> Líquidos                      | <input type="checkbox"/> Características del grupo social del trabajo   | <input type="checkbox"/> Movimiento repetitivo         | <input checked="" type="checkbox"/> Locativo    | <input type="checkbox"/> Vendaval        |
| <input type="checkbox"/> Rickettsias | <input type="checkbox"/> Temperaturas Extremas  | <input type="checkbox"/> Gases y Vapores               | <input checked="" type="checkbox"/> Condiciones de la tarea             | <input type="checkbox"/> Manipulación manual de cargas | <input type="checkbox"/> Tecnológico            | <input type="checkbox"/> Inundación      |
| <input type="checkbox"/> Parásitos   | <input type="checkbox"/> Presión Atmosférica    | <input type="checkbox"/> Humos Metálicos, NO Metálicos | <input checked="" type="checkbox"/> Interfase persona - tarea           |                                                        | <input type="checkbox"/> Accidentes de tránsito | <input type="checkbox"/> Derrumbe        |
| <input type="checkbox"/> Picaduras   | <input type="checkbox"/> Radiaciones Ionizantes | <input type="checkbox"/> Material Particulado          | <input type="checkbox"/> Jornada de trabajo                             |                                                        | <input type="checkbox"/> Públicos               | <input type="checkbox"/> Precipitaciones |

|                                                |                                                    |  |  |  |                                              |  |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--|--|--|----------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Mordeduras            | <input type="checkbox"/> Radiaciones NO Ionizantes |  |  |  | <input type="checkbox"/> Trabajo en alturas  |  |
| <input type="checkbox"/> Fluidos o Excrementos |                                                    |  |  |  | <input type="checkbox"/> Espacios confinados |  |

Uso de elementos de protección personal: Si: ☐ No: ☒ Cuales:

Descripción de Accidentes: Si: ☐ No: ☒ Cuáles:

Enfermedades Profesionales: Si: ☐ No: ☒ Cuáles:

Cargo a desempeñar

Antecedentes

Antecedentes Familiares

|                                                  |                      |                                           |                      |
|--------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes                | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Enfs Congénitas  | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades pulmonares | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Epilepsia        | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatías            | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Trastorno mental | <input type="text"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> HTA Crónica  | Madre                | <input type="checkbox"/> Neoplasias       | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Enfs Metabólicas        | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Otros            | <input type="text"/> |

Observaciones:

HTA

Antecedentes Personales

|                                                 |                      |                                           |                      |
|-------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Inmunol/Vacuna         | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Alt Coagulación  | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Enfs de Infancia       | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Transfusiones    | <input type="text"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Quirúrgicos | TABIQUE NASAL        | <input type="checkbox"/> Nefropatías      | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Traumáticos            | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Enfs Pulmonares  | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Farmacológica          | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Tras. Sueño      | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión           | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Enfs Metabólicas | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Diabetes               | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Alt Neurológicas | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Enfs Osteomusculares   | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Epilepsia        | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Enfs Cardiovasculares  | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Tras Mentales    | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Alérgicos              | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Tóxicos          | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Tras Hematológicos     | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Otros            | <input type="text"/> |

Vacunación

☒ Propias de la infacia

☐ Hepatitis B

☐ Fiebre amarilla

☐ Tétano

☐ Influenza

☐ Otro

☐ Se verificó carné (Seleccione si es correcto)

ESTILO DE VIDA

|                       | Si                                  | No                                  | Observaciones                |
|-----------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| Tabaquismo:           | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="text"/>         |
| Licor:                | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="text"/>         |
| Drogas Psicoactivas:  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="text"/>         |
| Habitos de Ejercicio: | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | ATLETISMO 5 VECES POR SEMANA |

Otro:

☐

☐

REVISION POR SISTEMAS

| Sistema                    | Anormal                  | Normal                              | Descripción          |
|----------------------------|--------------------------|-------------------------------------|----------------------|
| Organos de los sentidos    | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Nerológico / Mental        | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Cardiorespiratorio         | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Metabólico y Endocrino     | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Gastrointestinal           | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Genitourinario             | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Osteomuscular              | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Piel y Anexos              | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Otro: <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="text"/> |

MOTIVO DE LA CONSULTA

Motivo de la Consulta

SALUD OCUPACIONAL

EXAMEN FISICO

Signos Vitales

Tensión Arterialmmhg

Tallacms

Temperatura°C

Frecuencia Cardiacapor min

Pesokgs

Frecuencia Respiratoriapor min

PAcms

Clasificación segun OMS

| Clasificación | IMC kgs/m2 | Riesgo    |
|---------------|------------|-----------|
| Sobrepeso     | 26.51      | Aumentado |

| Aspecto                         | Normal                              | Anormal                  | Observacion          |
|---------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|----------------------|
| <b>Cabeza</b>                   |                                     |                          |                      |
| Ojos                            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Oidos                           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Nariz                           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Orofaringe                      | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| <b>Cuello</b>                   |                                     |                          |                      |
| Cuello                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| <b>Torax</b>                    |                                     |                          |                      |
| Pulmonar                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Cardiaco                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Glandulas Mamarias              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| <b>Abdomen</b>                  |                                     |                          |                      |
| Abdomen                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| <b>Genitourinario</b>           |                                     |                          |                      |
| Genitourinario                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| <b>Extremidades</b>             |                                     |                          |                      |
| Extremidades                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| <b>Sistema Nervioso Central</b> |                                     |                          |                      |
| Sistema Nervioso Central        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

Piel y Anexos

Piel y Anexos



VER DESCRIPCION

Observaciones

CICATRIZ TIPO QUELOIDE A NIVEL DE HOMBRO IZQUIERDO REFIERE EN LA INFANCIA QUEMADURA CON AGUA CALIENTE /

OSTEOMUSCULAR

MIEMBROS SUPERIORES

MIEMBROS INFERIORES

| Arcos de movimiento | Anormalidad              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                     | Hombro                   |                          | Codo                     |                          | Muñeca                   |                          | Dedos                    |                          |
|                     | D                        | I                        | D                        | I                        | D                        | I                        | D                        | I                        |
| Flexion             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Extension           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Abduccion           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aduccion            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rot. Interna        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rot. Externa        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pronacion           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Supinacion          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Desv. ulnar         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Desv. radial        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Oponencia           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tinnel              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Phanel              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Finkelstein         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Arcos de movimiento | Anormalidad              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                     | Cadera                   |                          | Rodilla                  |                          | Tobillo                  |                          | Dedos                    |                          |
|                     | D                        | I                        | D                        | I                        | D                        | I                        | D                        | I                        |
| Flexion             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Extension           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Abduccion           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aduccion            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rot. Interna        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rot. Externa        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Inversion           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eversion            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Observaciones:

COLUMNA VERTEBRAL

|                                 | Si                                  | No                                  | Observacion |
|---------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------|
| Escoliosis                      | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |             |
|                                 | Normal                              | Anormal                             | Observacion |
| Arco de movimiento              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |             |
| Lassage                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |             |
|                                 | Valor                               | Observacion                         |             |
| Test de Wels                    | -4                                  |                                     |             |
| Balance Muscular                | Normal                              | Anormal                             | Observacion |
| Marcha                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |             |
| Fuerza de músculos abdominales: | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |             |
| Fuerza de músculos dorsales:    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |             |

| Reflejos           | Normal                              | Anormal                  | Descripción |
|--------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------|
| Bicipital          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |
| Tricipital         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |
| Patelares          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |
| Aquilianos         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |
| Examen Neurológico | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |
| Dermatosis/Otras   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

| Exámenes Complementarios | Si                                  | No                       | Cuales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Realizó                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Valoracion Foniátrica --> VALORACION FONIATRICA NORMAL. SE EVIDENCIA: COMPORTAMIENTO MUSCULO ESQUELETICO NORMAL, MUSCULATURA DE CABEZA Y CUELLO NORMAL, HOMBROS EN POSICION NORMAL. ORGANOS FONOARTICULADORES NORMAL (POSICION DE LARINGE APROPIADA Y BUEN FUNCIONAMIENTO, APERTURA BUCAL APROPIADA, PALADAR BLANDO NORMAL, BUENA MOVILIDAD DE LENGUA Y LABIOS) COMPORTAMIENTO RESPIRATORIO (MODO: EN REPOSO MIXTO- EN FONACION: NASAL, TIPO RESPIRATORIO: ABDOMINAL) COMPORTAMIENTO VOCAL NORMAL (TONO, TIMBRE VIBRANTE, MAYOR RESONANCIA LARINGEA, FARINGEA, NASAL Y EN CABEZA). SE REALIZAN PAUTAS PARA MEJORAR MODO RESPIRATORIO Y DE HIGIENE VOCAL. <-- |

EXAMENES DE LABORATORIO

| Exámenes de Laboratorio | Si                                  | No                       | Observación |
|-------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------|
| Realizo                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |

Hemograma --> Tipo IV Hematocrito 42.4 % 40 a 54 % Hemoglobina 14.2 gm% 14 a 18 gm% Eritrocitos 4.90 /mm³ 4.5 a 5.5 /mm³ Recuento de Leucocitos 5.8 /mm³ 5.0 a 10.0 /mm³ P.N. Neutrofilos \*\* 55 % 58 a 66 % Linfocitos \*\* 45 % 21 a 35 % VCM 86.5 mcr 80 a 97 mcr Hemoglobina Corpuscular Media 29.0 % 26.5 a 33.5 % Concentracion de Hemoglobina Corpuscular Media 33.5 gr/dl 32.0 a 38.0 gr/dl RECuento DE PLAQUETAS Recuento de Plaquetas. 189 mm³ 150 a 450 mm³ <--

Parcial de orina --> ESTUDIO FISICO-QUIMICO Color de orina Amarillo Aspecto Ligeramente Turbio Densidad 1.030 PH 5.0 Proteinas Negativa Glucosa Negativa Cetona Negativo Bilirrubina Negativo Sangre Negativo Nitritos Negativo EXAMEN MICROSCOPICO. Leucocitos 1-2 /Campo Hematies 0-1 /Campo Bacterias ( + ) Celulas Epiteliales ( + ) <--

Perfil lipidico  
Colesterol HDL --> 31.3 <--  
Colesterol LDL --> 106.3 <--  
Colesterol VLDL --> 26.4 <--  
Colesterol total --> 164 <--  
Trigliceridos --> 132 <--

Glicemia en ayunas --> 94 <--

DIAGNOSTICO Y RECOMENDACIONES

| No | Código                            | Diagnóstico                                              |
|----|-----------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 1. | <input type="text" value="Z100"/> | <input type="text" value="EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL"/> |
| 2. | <input type="text"/>              | <input type="text"/>                                     |
| 3. | <input type="text"/>              | <input type="text"/>                                     |
| 4. | <input type="text"/>              | <input type="text"/>                                     |
| 5. | <input type="text"/>              | <input type="text"/>                                     |

Recomendaciones

Visuales

☐ Uso de Rx óptica  
☐ Uso de gafas de seguridad con corrección óptica  
☐ Valoración por oftalmología  
☐ Valoración por optometría  
☒ Control por optometría anual  
☐ Control oftalmología anual

Auditivos

☐ Control auditivo semestral  
☐ Valoración por otorrinolaringología

- ☐

No utilizar dispositivos de inserción
- ☐

Moderar volumen de audífonos y no utilizar por más de dos horas
- ☐

Evitar exponer a más de 85 dB de ruido
- ☐

Lavado de oídos
- ☒

Control auditivo anual

EVALUACIÓN AUDIOMETRIA TAMIZ

Antecedentes personales

Antecedentes familiares

Sin antecedentes de importancia

Otoscopia

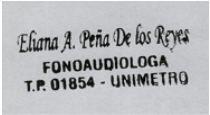
|                           |              |        |
|---------------------------|--------------|--------|
| Pabellón Auricular        | Hallazgo     | Normal |
|                           | Otros. Cuál? | --     |
| Conducto Auditivo Externo | Hallazgo     | Normal |
|                           | Otros. Cuál? | --     |
| Membrana Timpánica        | Hallazgo     | Normal |
|                           | Otros. Cuál? | --     |

Prueba Física

|         |    |         |    |           |    |
|---------|----|---------|----|-----------|----|
| PTA_OD  | 21 | ODVA3K  | 25 | OIVA2K    | 20 |
| PTA_OI  | 21 | ODVA4K  | 25 | OIVA3K    | 25 |
| PTA_BIN | 21 | ODVA6K  | 20 | OIVA4K    | 25 |
| ODVA250 | 25 | ODVA8K  | 20 | OIVA6K    | 20 |
| ODVA500 | 25 | OIVA250 | 25 | OIVA8K    | 20 |
| ODVA1K  | 20 | OIVA500 | 25 | ISO1999OD | 21 |
| ODVA2K  | 20 | OIVA1K  | 20 | ISO1999OI | 21 |

Observaciones

AUDICION NORMAL BILATERAL



Recomendaciones

CONTROL AUDITIVO ANUAL.

ELIANA ANDREA PENA DE LOS REYES

EVALUACIÓN VISUAL

Antecedentes

|                                                |    |                                        |    |
|------------------------------------------------|----|----------------------------------------|----|
| Usa anteojos o lentes de contacto              | No | Le han realizado alguna cirugía ocular | No |
| Ve mejor por un ojo                            | No | Asiste a consulta por oftalmología     | No |
| Le han realizado algun tratamiento en sus ojos |    |                                        |    |

Oftalmoscopia

Estructura Párpados

Hallazgos en OD

- ☐ Ptosis
- ☐ Ectropion
- ☐ Entropion
- ☐ Epifora
- ☐ Triquiasis
- ☐ Distriquiasis
- ☐ Madarosis
- ☐ Orzuelo

- ☐ Chalazion
- ☐ Xantelasmas
- ☐ Lagofthlmo
- ☐ Blefaritis
- ☐ Epicanto
- ☐ Inflamación del conducto lagrimal
- ☐ Antecedentes de trauma
- ☐ Otro --

Hallazgos en OI

- ☐ Ptosis
- ☐ Ectropion
- ☐ Entropion
- ☐ Epifora
- ☐ Triquiasis
- ☐ Distriquiasis
- ☐ Madarosis
- ☐ Orzuelo

- ☐ Chalazion
- ☐ Xantelasmas
- ☐ Lagofthlmo
- ☐ Blefaritis
- ☐ Epicanto
- ☐ Inflamación del conducto lagrimal
- ☐ Antecedentes de trauma
- ☐ Otro --

Tiempo

--

Estructuras conjuntivas

Hallazgos en OD

- ☐ Conjuntivitis atópica
- ☐ Pterigio
- ☐ Pinguecula
- ☐ Edema e hiperemia focalizada
- ☐ Xeroftalmia
- ☐ Edema
- ☐ Quemosis
- ☐ Folículos

- ☐ Papilas
- ☐ Hiperemia
- ☐ Hiperemia leve
- ☐ Hiperemia moderada
- ☐ Hiperemia severa
- ☐ Varices conjuntivales
- ☐ Antecedentes de trauma

Hallazgos en OI

- ☐ Conjuntivitis atópica
- ☐ Pterigio
- ☐ Pinguecula
- ☐ Edema e hiperemia focalizada
- ☐ Xeroftalmia
- ☐ Edema
- ☐ Quemosis
- ☐ Folículos

- ☐ Papilas
- ☐ Hiperemia
- ☐ Hiperemia leve
- ☐ Hiperemia moderada
- ☐ Hiperemia severa
- ☐ Varices conjuntivales
- ☐ Antecedentes de trauma

Tiempo

--

Músculos extrínsecos

Identificación

- ☐ Normal
- ☐ Estrabismo convergente
- ☐ Estrabismo divergente
- ☐ Estrabismo vertical

- ☐ Nistagmus
- ☐ Antecedentes de trauma
- ☐ Otras alteraciones de la motilidad: --

Localización

--

Valoración interna

Hallazgos en OD

- ☐ Cataratas

- ☐ Antecedentes de trauma cornea

☐ Afáquia

☐ Seudoafáquia

☐ Luxación

☐ Leucoma

☐ Lente de cámara anterior

☐ Cataratas

☐ Afáquia

☐ Seudoafáquia

☐ Luxación

☐ Leucoma

☐ Lente de cámara anterior

☐ Antecedentes de trauma vítreo

☐ Antecedentes de trauma en retina

☐ Cornea sin transparencia

☐ Otro --

☐ Antecedentes de trauma cornea

☐ Antecedentes de trauma vítreo

☐ Antecedentes de trauma en retina

☐ Cornea sin transparencia

☐ Otro --

Hallazgos en OI

Tiempo OD

--

Tiempo OI

--

Examen Visual

|                           |                              |                         |        |
|---------------------------|------------------------------|-------------------------|--------|
| Agudeza visual lejana     | O.D. : 20/20<br>O.I. : 20/20 | Agudeza visual cercana  | 0.75   |
| Campimetría vertical      | >70                          | Campimetría horizontal  | >120   |
| Phorias                   | No                           | Discriminación al color | Normal |
| Sensibilidad al contraste | Normal                       | Estereopsis             | Normal |
| Encandilamiento           | 20/25                        | R. al Encandilamiento   |        |
| Vision Mesopica           | Normal                       | Diplopia                |        |

Conclusiones

Z10 EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN. CONTROL EN UN AÑO0



Luz D. Diaz Ferrer  
Optometra  
T.P. 2898



LUZ DARYS DIAZ FERRER

CONCEPTO MEDICO

EXAMEN PERIODICO

Concepto

PUEDE CONTINUAR LABORANDO

▼

Observación

Temporalidad mm/dd/aaaa

ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

Concepto

Realizado

▼

Observaciones

REMISION

|                                    |                      |               |                      |
|------------------------------------|----------------------|---------------|----------------------|
| Especialista solicitado:           | <input type="text"/> | Temporalidad: | <input type="text"/> |
| Causa:                             | <input type="text"/> |               |                      |
| <b>RESULTADO SEGUNDA INSTANCIA</b> |                      |               |                      |
| Valoración:                        | <input type="text"/> | Fecha:        | <input type="text"/> |

**INFORMACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL**



GINNA BRITTO  
Médico Salud Ocupacional

**Estado**

**Completado**



SOSIMETRIC S.A. NIT: 900.571.645-4  
CONCEPTO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Kra 47 No 84 - 27 local 12,13,14  
REGISTRO IPS: 080010369401

|                          |                                |             |               |
|--------------------------|--------------------------------|-------------|---------------|
| Fecha del examen         | 2021-11-16                     | Ciudad      | BARRANQUILLA  |
| No Identificación        | 79889706 (CEDULA)              | Expedida en | BOGOTA        |
| Nombre                   | JONN WILIAN CARDENAS RODRIGUEZ | Género      | M             |
| Lucar y fecha Nacimiento | 1979-02-20                     | Edad        | 42            |
| Dirección                | CR 42 H 84 36                  | Teléfono    | 3005174517    |
| Correo electrónico       | willcard54@hotmail.com         | Cargo       | INSTRUCTOR    |
| Tipo de examen           | EXAMEN PERIODICO               | Énfasis     | OSTEOMUSCULAR |



2021-11-16 07:00:00

|                      |                                                                                                                                                                                                                               |      |    |     |             |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----|-----|-------------|
| Nombre de la empresa | Servicio Nacional de Aprendizaje SENA                                                                                                                                                                                         |      |    | NIT | 899999034-1 |
| Talla                | 178                                                                                                                                                                                                                           | Peso | 84 | IMC | 26.51       |
| EXAMENES REALIZADOS  | Audiometria Tamiz, Colesterol HDL, Colesterol LDL, Colesterol total, Colesterol VLDL, Glicemia en ayunas, Hemograma, Medicina Ocupacional, Optometria, Parcial de orina, Perfil lipidico, Trigliceridos, Valoracion Foniatica |      |    |     |             |

SOSIMETRIC hace constar que se ha realizado el examen médico ocupacional a la persona que se registra con los datos contenidos en este documento, y que de acuerdo a la resolución 2346 de 2007 y la resolución 1918 de 2009, la información general, historia clínica, exámenes, valoraciones clínicas, valoraciones paraclínicas y documentos, que reposen en nuestro archivo, son estrictamente confidenciales, y responsabilidad de esta empresa, y únicamente estará disponible para fines legales.

Concepto médico

EXAMEN PERIODICO PUEDE CONTINUAR LABORANDO

Enfasis

OSTEOMUSCULAR Realizado

Recomendaciones

VISUALES Control por optometria anual

AUDITIVOS Control auditivo anual

Médico Salud Ocupacional

Nombre: BRITTO GINNA  
Cédula: 1083452434

Firma  
Registro:083608

Paciente Evaluado

Nombre: JONN WILIAN CARDENAS RODRIGUEZ  
Cédula: 79889706

Firma



Indice Izquierdo



Indice Derecho

Id Solicitud Interno: 677090



### Hace constar:

Que el Sr(a) JONN WILIAN CARDENAS RODRIGUEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79889706 realizó el día 14/07/2023 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

---

### Compromiso SST:

Yo JONN WILIAN CARDENAS RODRIGUEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79889706 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) JONN WILIAN CARDENAS RODRIGUEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79889706 realizó el día 14/07/2023 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) JONN WILIAN CARDENAS RODRIGUEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79889706 realizó el día 14/07/2023 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) JONN WILIAN CARDENAS RODRIGUEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79889706 realizó el día 15/07/2023 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) JONN WILIAN CARDENAS RODRIGUEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79889706 el día 15/07/2023 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

Verificados los resultados del participante en el curso virtual  
**Función Pública certifica que:**

**JONN WILIAN CARDENAS RODRIGUEZ**

C.C 79.889.706

Participó y completó el curso virtual:

**Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.**

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 15 de julio 2023



Francisco Camargo Salas  
**Director de Empleo Público**

Código: 761168653000

## CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN

**Colmena Seguros** se permite certificar que el(la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra afiliado(a) a esta administradora, bajo los siguientes datos:

|                                                   |                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>NOMBRE:</b>                                    | CARDENAS RODRIGUEZ JOHN WILIAN                                                                                                                                                                             |
| <b>IDENTIFICACIÓN:</b>                            | CC 79889706                                                                                                                                                                                                |
| <b>INICIO VIGENCIA:</b>                           | 17/07/2023                                                                                                                                                                                                 |
| <b>FECHA INICIO CONTRATO:</b>                     | 17-07-2023                                                                                                                                                                                                 |
| <b>FECHA FIN CONTRATO:</b>                        | 19-12-2023                                                                                                                                                                                                 |
| <b>TIPO DE TRABAJADOR:</b>                        | Independiente                                                                                                                                                                                              |
| <b>SEDE:</b>                                      | SEDE 4                                                                                                                                                                                                     |
| <b>CLASE:</b>                                     | 1                                                                                                                                                                                                          |
| <b>TASA:</b>                                      | 0,522                                                                                                                                                                                                      |
| <b>CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA DEL TRABAJADOR:</b> | 1856001                                                                                                                                                                                                    |
| <b>DESCRIPCION ACTIVIDAD ECONOMICA:</b>           | Actividades de apoyo a la educación, incluye la prestación de servicios no docentes que apoyan los procesos o sistemas educativos, la consultoría educativa, orientación o asesorami (Decreto 768 de 2022) |

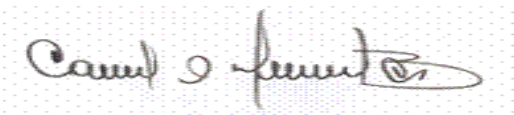
### DATOS CONTRATANTE

|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CONTRATANTE:</b>                                      | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA                                                                                                                                                                                          |
| <b>CC /NIT:</b>                                          | NI 899999034                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>CONTRATO:</b>                                         | 95000620                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>ESTADO ACTUAL CONTRATO:</b>                           | ACTIVO                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA DEL CENTRO DE TRABAJO:</b> | 1855101                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>DESCRIPCION ACTIVIDAD ECONOMICA:</b>                  | Formación académica no formal, incluye la educación que se ofrece con el objeto de complementar, actualizar, suplir conocimientos y formar académicamente a través de cursos con programas que tienen un (Decreto 768 de 2022) |

La presente se expide a los 14 días del mes de julio del año 2023.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 6014010447 en Bogotá.

Cordialmente,



Gerente de Servicio

**Colmena Seguros**

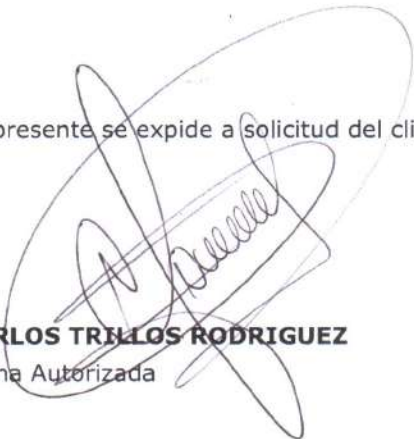
**CERTIFICA**

Que el Cliente **CARDENAS RODRIGUEZ JONN WILIAN**, con número de identificación **79889706**, mantiene vínculos comerciales con nuestra Entidad, a través de la(s) cuenta(s) de depósito cuyas condiciones se detallan a continuación:

| Nro. CUENTA | TIPO DE CUENTA    | FECHA APERTURA | ESTADO        |
|-------------|-------------------|----------------|---------------|
| 410203091   | Cuenta de Ahorros | 2013/04/08     | Cuenta Activa |

Este documento es dirigido a A QUIEN INTERESE por solicitud del cliente.  
La cuenta mencionada se encuentra activa y ha sido manejada de acuerdo con las normas y políticas vigentes.

La presente se expide a solicitud del cliente, el 2023/06/21



**CARLOS TRILLOS RODRIGUEZ**

Firma Autorizada

\* Esta Operación genero una comisión por valor de \$0.00



## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

**EPS SURAMERICANA S.A.** en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

### CERTIFICA

Que **JONN WILIAN CARDENAS RODRIGUEZ** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **79889706** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

|                                 |                                    |
|---------------------------------|------------------------------------|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 79889706                        |
| NOMBRES Y APELLIDOS             | JONN WILIAN CARDENAS RODRIGUEZ     |
| TIPO DE AFILIADO                | TITULAR                            |
| PARENTESCO                      | TITULAR                            |
| ESTADO DE AFILIACIÓN            | TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL |
| CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN   | COBERTURA INTEGRAL                 |
| FECHA DE INGRESO A EPS SURA     | 01/09/2018                         |
| FECHA RETIRO EPS SURA           | ACTIVO(A)                          |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA   | 231                                |
| SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO    | 47                                 |

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: 21/06/2023

**ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN  
DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS**

**EPS SURAMERICANA S.A**

**Medellín, Antioquia, Colombia. Líneas de atención: Barranquilla:** 605 319 7901, **Cali:** 602 380 8941,

**Medellín:** 604 448 61 15, **Bogotá:** 601 448 7941

**Línea Nacional:** 01 8000 519 519

[epssura.com](http://epssura.com)

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JONN WILIAN CARDENAS RODRIGUEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79889706**, se encuentra afiliado/a desde **01/09/2015** 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 21 de junio 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.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA  
DE COLOMBIA

VIGILADO

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

|                                       |      |      |                           |      |      |                 |      |                                |      |             |                  |
|---------------------------------------|------|------|---------------------------|------|------|-----------------|------|--------------------------------|------|-------------|------------------|
| CIUDAD DE EXPEDICIÓN:<br>BARRANQUILLA |      |      | SUCURSAL:<br>BARRANQUILLA |      |      | COD. SUC:<br>85 |      | NO. PÓLIZA:<br>85-46-101035648 |      | ANEXO:<br>0 |                  |
| FECHA EXPEDICIÓN:                     |      |      | VIGENCIA DESDE:           |      |      | A LAS:          |      | VIGENCIA HASTA:                |      | A LAS:      |                  |
| DÍA:                                  | MES: | AÑO: | DÍA:                      | MES: | AÑO: | HORAS:          | DÍA: | MES:                           | AÑO: | HORAS:      | TIPO MOVIMIENTO: |
| 28                                    | 06   | 2023 | 17                        | 07   | 2023 | 00:00           | 19   | 04                             | 2024 | 23:59       | EMISIÓN ORIGINAL |

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

|                                                       |  |  |  |                                  |  |  |  |                                  |  |
|-------------------------------------------------------|--|--|--|----------------------------------|--|--|--|----------------------------------|--|
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: CARDENAS RODRIGUEZ JONN WILIAN |  |  |  |                                  |  |  |  | IDENTIFICACIÓN: C.C. :79,889,706 |  |
| DIRECCIÓN: CRA 42 H 84-36                             |  |  |  | CIUDAD: BARRANQUILLA - ATLANTICO |  |  |  | TELÉFONO: 3005174517             |  |

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

|                                                 |  |                                  |                                     |                      |
|-------------------------------------------------|--|----------------------------------|-------------------------------------|----------------------|
| ASEGURADO/BENEFICIARIO: SENA REGIONAL ATLANTICO |  |                                  | IDENTIFICACIÓN: NIT. :899,999,034-1 |                      |
| DIRECCIÓN: CRA 43 N 42-40                       |  | CIUDAD: BARRANQUILLA - ATLANTICO |                                     | TELÉFONO: 6053851285 |
| ADICIONAL:                                      |  |                                  |                                     |                      |

**OBJETO DEL SEGURO**

CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.5154630 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES CARÁCTER TEMPORAL PARA LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN FORMACIÓN REGULAR TITULADA Y COMPLEMENTARIA PARA EL PROGRAMA FORMACIÓN NEGOCIACIÓN INTERNACIONAL

**AMPAROS**

|                                 |                 |                 |                   |
|---------------------------------|-----------------|-----------------|-------------------|
| RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS |                 |                 |                   |
| AMPAROS:                        | VIGENCIA DESDE: | VIGENCIA HASTA: | SUMA ASEG/ACTUAL: |
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO       | 17/07/2023      | 19/04/2024      | \$ 1,938,000.00   |
| ACLARACIONES:                   |                 |                 |                   |

|                   |                   |             |                |                       |               |
|-------------------|-------------------|-------------|----------------|-----------------------|---------------|
| VALOR PRIMA NETA: | GATOS EXPEDICIÓN: | IVA:        | TOTAL A PAGAR: | VALOR ASEGURADO TOTAL | PLAN DE PAGO: |
| \$ 20,000.00      | \$ 8,000.00       | \$ 5,320.00 | \$ 33,320.00   | \$ 1,938,000.00       | CONTADO       |

|                        |        |         |                        |         |                  |
|------------------------|--------|---------|------------------------|---------|------------------|
| INTERMEDIARIO          |        |         | DISTRIBUCIÓN COASEGURO |         |                  |
| NOMBRE:                | CLAVE: | % PART: | NOMBRE COMPAÑÍA:       | % PART: | VALOR ASEGURADO: |
| ZAMORA SCHETTINI JENNI | 20358  | 100,00  |                        |         |                  |

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

PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 58 NO. 70-136 - TELÉFONO: 3681078 - BARRANQUILLA

SE VOTA DEL SEGURO - SEGUROS DEL ESTADO S.A. - SEGURO  
SE VOTA DEL SEGURO - SEGUROS DEL ESTADO S.A. - SEGURO  
SE VOTA DEL SEGURO - SEGUROS DEL ESTADO S.A. - SEGURO  
SE VOTA DEL SEGURO - SEGUROS DEL ESTADO S.A. - SEGURO  
SE VOTA DEL SEGURO - SEGUROS DEL ESTADO S.A. - SEGURO



*[Handwritten signature]*

85-46-101035648

FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

FIRMA TOMADOR

USTED PUEDE CONSULTAR ESTAR PÓLIZA EN [WWW.SEGUROSDELESTADO.COM](http://WWW.SEGUROSDELESTADO.COM)

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

32699895

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

## CONSTANCIA DE NO REVOCATORIA NI CANCELACIÓN POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

Hacemos constar, que la póliza No. 85-46-101035648, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

Lo anterior de conformidad con lo establecido en el decreto 1082 de 2015, el cual regula las garantías ante entidades estatales.

Dado en BARRANQUILLA, a los 28 días del mes de Junio de 2023

  
FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

Oficina Principal: Calle 83 No 19-10 Bogotá D.C. Teléfono: 601-2186977, 601-6019330  
ASISTENCIA CELULAR #388 - FUERA DE BOGOTÁ 018000123010  
[www.segurosdeleestado.com](http://www.segurosdeleestado.com)

**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**

Hace constar que:

RECIBO DE PAGO N°:

85461010356480

|                                                |                                                   |                   |                       |              |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------|-----------------------|--------------|
| FECHA                                          |                                                   |                   |                       |              |
| CONTADO                                        |                                                   |                   |                       |              |
| RECIBIMOS DE:                                  | CARDENAS RODRIGUEZ JONN WILIAN                    |                   | C.C. C.C. :79,889,706 |              |
| LA SUMA DE:                                    | TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE |                   |                       |              |
| POR CONCEPTO DE:                               | PAGO DE PÓLIZA NRO.: 85-46-101035648              |                   |                       |              |
| SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA           | PRIMA                                             | GASTOS EXPEDICION | IVA                   | VALOR        |
| BARRANQUILLA - CU. ESTATAL - 101035648 - 0 - 0 | \$ 20,000.00                                      | \$ 8,000.00       | \$ 5,320.00           | \$ 33,320.00 |
| FORMA DE PAGO                                  |                                                   |                   |                       |              |
| INTERMEDIARIO: ZAMORA SCHETTINI JENNI - 20358  |                                                   |                   | EFFECTIVO:            | \$ 33,320.00 |
|                                                |                                                   |                   | CHEQUE:               | \$ 0.00      |
|                                                |                                                   |                   | TARJETA:              | \$ 0.00      |
|                                                |                                                   |                   | BD:                   | \$ 0.00      |
|                                                |                                                   |                   | OTROS:                | \$ 0.00      |
|                                                |                                                   |                   | TOTAL:                | \$ 33,320.00 |
|                                                |                                                   |                   | CAJERO: RAPIESTADO    |              |

ORIGINAL

**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**

Hace constar que:

RECIBO DE PAGO N°:

85461010356480

|                                                |                                                   |                   |                       |              |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------|-----------------------|--------------|
| FECHA                                          |                                                   |                   |                       |              |
| CONTADO                                        |                                                   |                   |                       |              |
| RECIBIMOS DE:                                  | CARDENAS RODRIGUEZ JONN WILIAN                    |                   | C.C. C.C. :79,889,706 |              |
| LA SUMA DE:                                    | TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE |                   |                       |              |
| POR CONCEPTO DE:                               | PAGO DE PÓLIZA NRO.: 85-46-101035648              |                   |                       |              |
| SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA           | PRIMA                                             | GASTOS EXPEDICION | IVA                   | VALOR        |
| BARRANQUILLA - CU. ESTATAL - 101035648 - 0 - 0 | \$ 20,000.00                                      | \$ 8,000.00       | \$ 5,320.00           | \$ 33,320.00 |
| FORMA DE PAGO                                  |                                                   |                   |                       |              |
| INTERMEDIARIO: ZAMORA SCHETTINI JENNI - 20358  |                                                   |                   | EFFECTIVO:            | \$ 33,320.00 |
|                                                |                                                   |                   | CHEQUE:               | \$ 0.00      |
|                                                |                                                   |                   | TARJETA:              | \$ 0.00      |
|                                                |                                                   |                   | BD:                   | \$ 0.00      |
|                                                |                                                   |                   | OTROS:                | \$ 0.00      |
|                                                |                                                   |                   | TOTAL:                | \$ 33,320.00 |
|                                                |                                                   |                   | CAJERO: RAPIESTADO    |              |

COPIA

**PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES  
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.85-46-101035648**

**1. AMPAROS.**

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ SEGUROESTADO OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, HASTA EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO PACTADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA, CUBRIENDO CON ELLOS, SIEMPRE LOS PERJUICIOS DIRECTOS QUE CON SUJECCIÓN A LA DEFINICIÓN DE LAS CONDICIONES ADELANTE INDICADAS, LLEGARE A CAUSAR EL GARANTIZADO POR EL INCUMPLIMIENTO QUE, ATRIBUIBLE A SU ACCIÓN U OMISIÓN, PRODUIERE.

LOS AMPAROS QUE SE OTORGAN EN ESTA PÓLIZA SERÁN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. SEGÚN LAS DEFINICIONES QUE A CONTINUACIÓN SE INDICAN:

**1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.**

EL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LA SANCIÓN DERIVADA DEL INCUMPLIMIENTO DE LA OFERTA, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1.1.1 LA NO AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUANDO EL PLAZO PARA LA ADJUDICACIÓN O PARA SUSCRIBIR EL CONTRATO ES PRORROGADO, SIEMPRE QUE TAL PRÓRROGA SEA INFERIOR A TRES (3) MESES.

1.1.2 EL RETIRO DE LA OFERTA DESPUÉS DE VENCIDO EL PLAZO FIJADO PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS OFERTAS.

1.1.3 LA NO SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO SIN JUSTA CAUSA POR PARTE DEL ADJUDICATARIO.

1.1.4 LA FALTA DE OTORGAMIENTO POR PARTE DEL PROPONENTE SELECCIONADO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

**1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.**

EL AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE LLEGUEN A CAUSAR, CON OCASIÓN DE (I) LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO, (II) EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO Y (III) LA APROPIACIÓN INDEBIDA DE LOS RECURSOS RECIBIDOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO EN CALIDAD DE ANTICIPO.

**1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.**

EL AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE CAUSEN POR LA NO DEVOLUCIÓN TOTAL O PARCIAL, DEL DINERO ENTREGADO AL CONTRATISTA GARANTIZADO A TÍTULO DE PAGO ANTICIPADO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR.

**1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.**

EL AMPARO DE CUMPLIMIENTO, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS DIRECTOS DERIVADOS DE: (A) EL INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (B) EL CUMPLIMIENTO TARDÍO O DEFECTUOSO DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (C) LOS DAÑOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA POR ENTREGAS PARCIALES DE LA OBRA, CUANDO EL CONTRATO NO PREVÉ ENTREGAS PARCIALES; Y (D) EL PAGO DEL VALOR DE LAS MULTAS Y DE LA CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA SIEMPRE QUE SE HUBIEREN PACTADO PREVIAMENTE EN EL CONTRATO GARANTIZADO.

EN VIRTUD DE LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 44 DE LA LEY 610 DE 2000, LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CUBRIRÁ LOS PERJUICIOS CAUSADOS A LA ENTIDAD ESTATAL COMO CONSECUENCIA DE LA CONDUCTA DOLOSA O CULPOSA, IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADOS DE UN PROCESO DE RESPONSABILIDAD FISCAL, SIEMPRE Y CUANDO ESOS PERJUICIOS DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS

OBLIGACIONES SURGIDAS DEL CONTRATO AMPARADO POR LA GARANTÍA.

**1.5 AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES.**

EL AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES DE NATURALEZA LABORAL, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS QUE SE LE OCASIONEN, A RAÍZ DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES A QUE ESTÉ OBLIGADO EL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO AMPARADO EN EL TERRITORIO NACIONAL.

ESTA GARANTÍA NO SE APLICARÁ PARA LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN EN SU TOTALIDAD FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL POR PERSONAL CONTRATADO BAJO UN RÉGIMEN JURÍDICO DISTINTO AL NACIONAL.

**1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.**

EL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE GENEREN COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, PRESENTADOS EN LA OBRA ENTREGADA Y RECIBIDA A SATISFACCIÓN DE DICHA ENTIDAD ESTATAL O SUS REPRESENTANTES, CUYA CAUSA SEA IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO.

**1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO**

EL AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO, QUE SE OCASIONEN CON POSTERIORIDAD A LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, Y QUE SE DERIVEN DE LA DEFICIENTE CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO.

EN LOS CONTRATOS DE INTERVENTORIA, LA VIGENCIA DE ÉSTE AMPARO DEBE SER IGUAL AL PLAZO DE LA GARANTÍA DE ESTABILIDAD DEL CONTRATO PRINCIPAL EN CUMPLIMIENTO DEL PARAGRAFO DEL ARTÍCULO 85 DE LA LEY 1474 DE 2011.

**1.8 CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADOS.**

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA, SUFRIDOS POR LA DEFICIENTE CALIDAD E INCORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES QUE RECIBE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO GARANTIZADO.

**2. EXCLUSIONES.**

LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO OPERARÁN CUANDO LOS DAÑOS A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA SE GENEREN POR:

2.1 CAUSA EXTRAÑA, ESTO ES, LA FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO, EL HECHO DE UN TERCERO O LA CULPA EXCLUSIVA DE LA VÍCTIMA.

2.2. DAÑOS CAUSADOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO, A LOS BIENES DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, NO DESTINADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.

2.3. EL USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A QUE SE ENCUENTRE OBLIGADA LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA.

2.4. EL DETERIORO NORMAL QUE SUFRAN LOS BIENES ENTREGADOS CON OCASIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, COMO CONSECUENCIA DEL 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 ÚLTIMO ANEXO O CERTIFICADO DE MODIFICACIÓN, SERÁ EL QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HARÁ EFECTIVO, DE CONFORMIDAD CON EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

### 10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

SEGURESTADO TENDRÁ LA FACULTAD DE EJERCER LA VIGILANCIA DEL CONTRATO, PARA LO CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE PRESTARÁ LA COLABORACIÓN NECESARIA PARA ELLO. EN LOS CASOS EN LOS CUALES EL CONTRATO GARANTIZADO TENGA POR OBJETO ASUNTOS RELACIONADOS CON EL ORDEN PÚBLICO Y LA SEGURIDAD NACIONAL, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PODRÁ PROHIBIR O LIMITAR ÉSTA FACULTAD.

### 11. NO CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA E IRREVOCABILIDAD DE ESTE SEGURO.

LA PRESENTE PÓLIZA NO EXPIRARÁ POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NI PODRÁ SER REVOCADA UNILATERALMENTE.

### 12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

EN CASO DE INCONGRUENCIA PRESENTADA ENTRE LAS CONDICIONES PARTICULARES Y LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTA PÓLIZA, PREVALECEERÁN LAS PRIMERAS.

### 13. COASEGURO

EN CASO DE EXISTIR COASEGURO, ESTO ES LA DISTRIBUCIÓN ENTRE VARIAS ASEGURADORAS DE DETERMINADO RIESGO, AL NO EXISTIR SOLIDARIDAD ENTRE LAS MISMAS, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN SE DISTRIBUIRÁ Y HARÁ EXIGIBLE ENTRE LOS COASEGURADORES, EN PROPORCIÓN A LAS CUANTÍAS DE SU RESPECTIVA PARTICIPACIÓN.