

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL ATLÁNTICO CENTRO ATENCIÓN SECTOR AGROPECUARIO- ATLÁNTICO		Código Regional	8
			Código Centro	910310
			Fecha Elaboración	Agosto de 2023
			Versión	ENERO 2023 - 1,23
			ID de Proceso	55195-909449
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: LORAINÉ MARGARITA MERCADO TORRES Correo electrónico contratista: lmmmercado764@misena.edu.co		C.C. 1.043.007.467	IP/N° de contacto 3003522511	
Régimen del IVA: NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación? SI Es declarante de renta? NO Es Pensionado? NO		
Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA		Inducción SST SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ? SI	
Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000: NO		Tipo de cta AHORROS	N° Cuenta 12070751729	
			Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los \$ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA) NO	
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO				
N° del contrato: 89017755/2023		N° Compromiso SIIF 93723		
Valor Total del Contrato \$ 17.276.667 Saldo Anterior del Contrato \$ 17.276.667 Nuevo Saldo del Contrato \$ 16.546.667	N ° Pago 1	Periodo objeto de pago Del 25/07/2023 Al 31/07/2023		Valor Bruto Pago \$ 730.000,00
		Legalización comisiones del periodo \$ 0,00		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL EN LA FORMACIÓN COMPLEMENTARIA VIRTUAL DEL CENTRO PARA EL DESARROLLO AGROECOLÓGICO Y AGROINDUSTRIAL EN LA FAMILIA SALUD SEGUN RADICADO 08-9-2023-017755		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 730.000		Tarifa de Retención en la Fuente ART 383° 0%		
Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0		Retención en la Fuente del Periodo \$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 730.000		Menos, Retefuente Otros Ingresos \$ 0		
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE \$ 294.975		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 0		
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
		Julio	Junio	
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----	4503718451	Base retención en la fuente a título de RENTA 294.975,00 TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.160.000		\$ 0	\$ 0	Base retención en la fuente a título de ICA 399.400,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 145.000		\$ 0	\$ 0	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 185.600		\$ 0	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional \$ -		\$ 0	\$ 0	Menos Retención en la Fuente 0,00 0%
ARL \$ 6.100		\$ 0	\$ 0	Menos Retención IVA 0,00 0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ 8.835.833		\$ -	\$ -	Reteica - 8299 0,00
\$ 182.500		\$ -	\$ -	Retefuente 0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC \$ 13.430.466		\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$ 13.430.466		\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 4.241.200		\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -		\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -		\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,000%
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -		\$ -	\$ -	Descuentos de Libranza 0,00
Dependientes hasta \$ 1.357.184		\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
Salud hasta \$ 678.592		\$ -	\$ -	
Renta Exenta 25% \$ 2.792.123		\$ 98.325	\$ -	
Retención en la Fuente Contingente \$ -		\$ -	\$ -	VALOR A PAGAR \$730.000,00
SON: SETECIENTOS TREINTA MIL PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Semana de alistamiento para formación complementaria virtual en la familia de salud				
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE: 1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.				
				
			LORAINÉ MARGARITA MERCADO TORRES EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:			Autorizo el presente pago. 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.				
			YACERIS MERCEDES CASTRO ESCORCIA INSTRUCTOR G16	
Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:				
EL ORDENADOR DEL PAGO JACQUELINE ROJAS SOLANO SUBDIRECTORA DE CENTRO G02				

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE					DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1043007467		NÚMERO PLANILLA:	4503718451		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES	
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		LORAIN MARGARITA MERCADO TORRES			PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	junio AÑO	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	junio AÑO
CIUDAD/MUNICIPIO:	SABANALARGA	DEPARTAMENTO:	ATLANTICO		DÍAS DE MORA:	2023 0			2023	
DIRECCIÓN:	CLL. 11 # 20 - 88	TELÉFONO:	8783875		FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2023/07/10		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9994986042	
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE							
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act							
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO									
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):				NO						

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 185.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 185.600	\$ 0	\$ 185.600
SUBTOTALES:										\$ 185.600	\$ 0	\$ 185.600

TOTAL APORTES A SALUD																		
ADMINISTRADORA				No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE				NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD			1	\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 145.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 145.000	\$ 0	\$ 0	\$ 145.000	
SUBTOTALES:														\$ 145.000	\$ 0	\$ 0	\$ 145.000	

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

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																						
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL										PARAFISCALES																								
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SEGURIDAD SOCIAL			SALUD				ARP			IBC	CCF					SENA	ICBF	ESAP	MINEDU					
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN		VALOR ADRES	TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC					CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APOORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN
1	CC 1043007467	MERCADO TORRES LORAIN MARGARITA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 1.160.000			NO																		230301-PORVENIR	30	1.160.000	\$ 185.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 185.600	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	1.160.000	\$ 145.000	\$ 0	\$ 145.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	1.160.000	\$ 104300746	\$ 6.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL

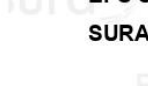
\$ 336.700



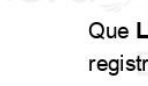
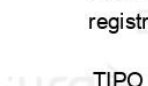


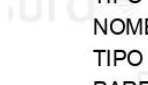
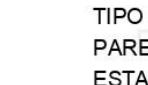


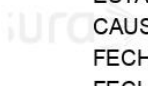
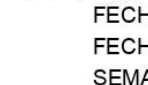
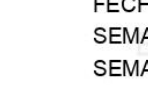
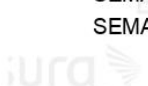




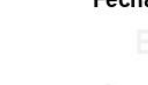





























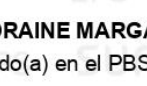
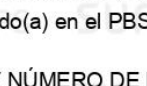
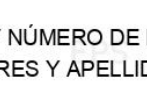
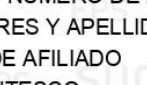


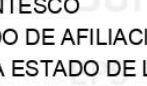
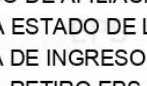
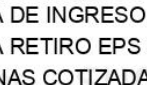
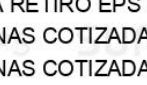
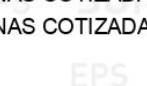














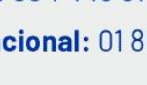




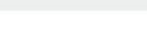








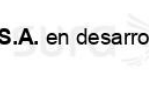




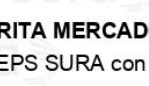
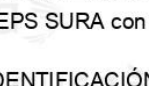


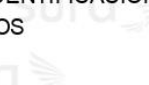


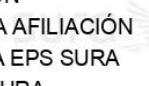
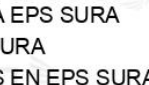
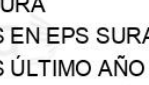
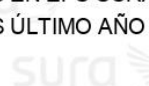


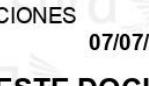
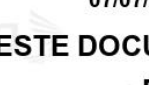








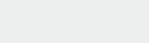
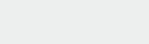
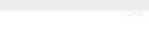










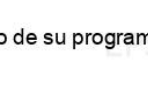
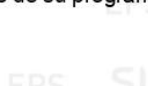







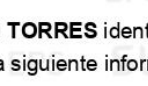
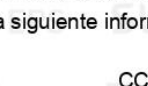










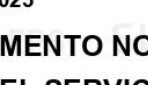
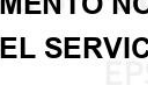








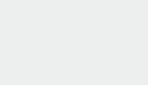


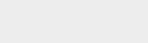
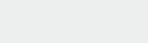
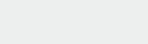
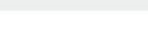












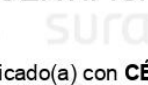
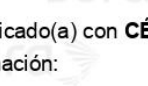
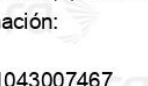


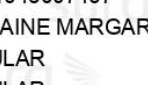


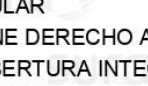
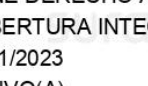








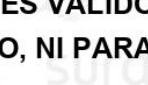









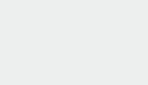


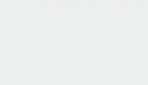
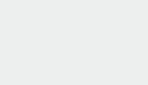
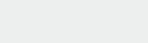
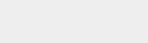
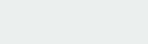
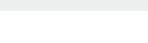




















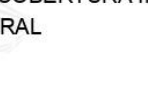










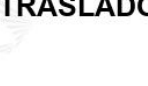






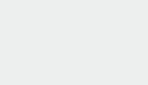


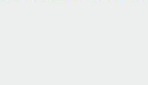
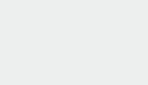
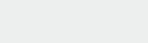
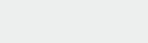
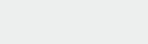
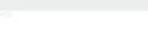
















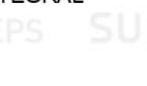


















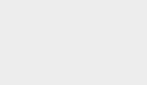


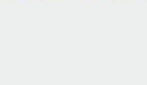
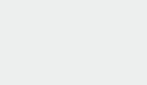
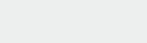
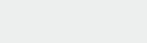
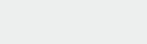
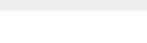






































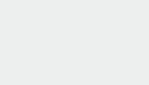


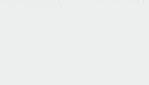
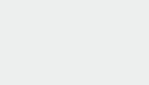
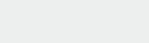
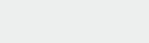
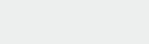






































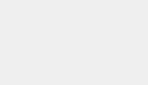
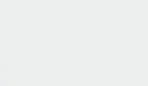
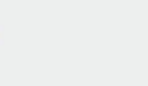
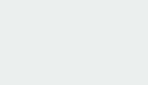
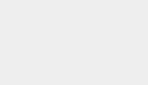
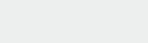
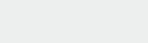
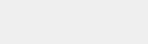
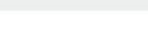



























**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

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

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LORAINÉ MARGARITA MERCADO TORRES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.043.007.467**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 7 de Julio del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

2. Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14733128446



(415)7707212489984(8020) 000001473312844 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 4 3 0 0 7 4 6 7

6. DV

5

12. Dirección seccional

Impuestos de Bamanquilla

14. Buzón electrónico

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

1 0 4 3 0 0 7 4 6 7

27. Fecha expedición

2 0 0 9, 1 2, 1 4

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Atlántico

0 8

30. Ciudad/Municipio

Sabanalarga

6 3 8

31. Primer apellido

MERCADO

32. Segundo apellido

TORRES

33. Primer nombre

LORAINE

34. Otros nombres

MARGARITA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Atlántico

0 8

40. Ciudad/Municipio

Sabanalarga

6 3 8

41. Dirección principal

CL 11 20 88

42. Correo electrónico

lore031191@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 0 0 3 5 2 2 5 1 1

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 5 5 1

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 6, 0 1, 3 1

Actividad secundaria

48. Código

4 7 9 1

49. Fecha inicio actividad

2 0 2 0, 0 1, 0 1

Otras actividades

50. Código

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 4 9

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código

Exportadores

55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3

57. Modo

58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

60. No. de Folios:

61. Fecha

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

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016.

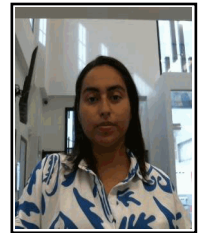
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre

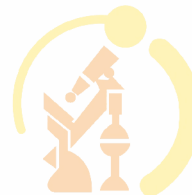
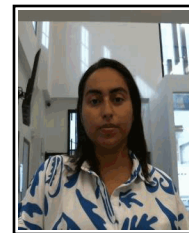
985. Cargo



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 750

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
22 DÍA	07 MES	2023 AÑO	SABANALARGA (ATLÁNTICO, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES				PARTICULARES			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
MERCADO TORRES LORAIN MARGARITA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	31 AÑOS 8 MESES 17 DÍAS	CC	1043007467
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargos							
INSTRUCTOR DE FORMACION VIRTUAL							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APTO SIN RESTRICCIONES							
Observaciones: NO APLICA							
N/A		NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
AUDIOMETRIA				ELECTROCARDIOGRAMA			
VISIOMETRIA				GLICEMIA EN AYUNAS			
EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR				PERFIL LIPIDICO			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO				USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
AUDIOMETRIA DE CONTROL EN UN AÑO				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HACER DEPORTE	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<p>Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>							
Médico				Aspirante o Trabajador			
 Firma: _____ Nombre: GARZON MARTINEZ OLGA LUCIA R. M.: 6213244 L.S.O.: 4422				 Firma: _____ Nombre: MERCADO TORRES LORAIN MARGARITA CC: 1043007467			
Código de Seguridad				CC:			
K1385Q1W750							



EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL

DATOS PERSONALES

Ciudad y Fecha: SABANALARGA (ATLÁNTICO, COLOMBIA) 22/07/2023 - 07:43 A. M.
 Tipo Evaluación Médica o Procedimiento: EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL INGRESO
 Empresa Donde Labora, Laborará o Laboró: PARTICULARES (NO APLICA) Actividad Económica: NO APLICA
 CC: 1043007467 Nombre del Trabajador a Aspirante: MERCADO TORRES LORAINÉ MARGARITA Genero: FEMENINO Edad: 31 AÑOS 8
 Estado Civil: CASADO(A) Nivel Educativo: UNIVERSITARIO E.P.S.: NO REFIERE A.F.P.: NO REFIERE A.R.L.: NO REFIERE
 Tipo de Sangre: O + N° Hijos 0 Ingresos: ENTRE 1 Y 2 SALARIOS MÍNIMOS Jornada Laboral: DIURNA Area del Cargo: ADMINISTRATIVA
 Profesión o Cargo: INSTRUCTOR DE FORMACION VIRTUAL Funciones del Cargo: _____

Motivo Consulta

EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO

Elementos de Protección Personal (En la última labor o labor actual)

Casco ☐ Gorro ☐ Respirador ☐ Gafas ☐ Peto ☐ Bata ☐ Overol ☐ Delantal de Plomo ☐ Ropa Térmica ☐
 Auditivo ☐ Careta ☐ Tapabocas ☒ Guantes ☐ Cinturon ☐ Botas ☐ Polainas ☐ Otro ☐ Cual _____

Antecedentes de Exposición Laboral (El primero corresponde a la última labor o labor actual)

Nombre de la Empresa y/o Actividad Económica	Cargo	Factores de Riesgo (GTC-45)	Tiempo Exposición	
			Años	Meses
SENA	INSTRUCTOR DE FORMACION VIRTUAL	FÍS, BIOME	7	7

NO REFIERE ACCIDENTES LABORALES

NO REFIERE ENFERMEDADES LABORALES

ANTECEDENTES FAMILIARES

Enfermedad	Observación
ASMA	NO REFIERE
CÁNCER	TIOS PATERNOS, ABUELOS PATERNOS
DIABETES	NO REFIERE
ENFERMEDAD CORONARIA	NO REFIERE
ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR	NO REFIERE
HIPERTENSION ARTERIAL	NO REFIERE
COLAGENOSIS	NO REFIERE
PATOLOGÍAS TIROIDEAS	NO REFIERE
OTROS ¿CUÁLES?	NO REFIERE

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedad	Observación
PATOLÓGICOS	NO REFIERE
QUIRÚRGICOS	NO REFIERE
TRAUMÁTICOS	NO REFIERE
FARMACOLÓGICOS	VACUNACION COVID #1 PFIZER
ALÉRGICOS	NO REFIERE
PSIQUIÁTRICOS	NO REFIERE
FOBIAS	NO REFIERE
OTRO, DESCRÍBALO	NO REFIERE

Antecedentes Personales por Sistemas			
Nombre del Sistema	Patológicos	Quirúrgicos	Traumáticos
BOCA	NIEGA	NIEGA	NIEGA
CABEZA	NIEGA	NIEGA	NIEGA
CUELLO	NIEGA	NIEGA	NIEGA
GARGANTA	NIEGA	NIEGA	NIEGA
NARIZ	NIEGA	NIEGA	NIEGA
OIDOS	NIEGA	NIEGA	NIEGA
OJOS	NIEGA	NIEGA	NIEGA
PIEL Y ANEXOS	NIEGA	NIEGA	NIEGA
PSIQUIÁTRICO	NIEGA	NIEGA	NIEGA
SISTEMA CIRCULATORIO	NIEGA	NIEGA	NIEGA
SISTEMA ENDOCRINO	NIEGA	NIEGA	NIEGA
SISTEMA GASTROINTESTINAL	NIEGA	NIEGA	NIEGA
SISTEMA GENITOURINARIO	NIEGA	NIEGA	NIEGA
SISTEMA NERVIOSO	NIEGA	NIEGA	NIEGA
SISTEMA OSTEOMUSCULAR	NIEGA	NIEGA	NIEGA
SISTEMA RESPIRATORIO	NIEGA	NIEGA	NIEGA

Observaciones Adicionales a los Antecedentes

Revisión Por Sistemas	
Nombre del Sistema	Hallazgo
PRESENTA EPILEPSIA O CONVULSIONES	NO
MANIFIESTA TENER DEFORMIDADES AMPUTACIONES A NIVEL OSTEOMUSCULAR	NO
CARDIOVASCULAR	ASINTOMÁTICO
DERMATOLOGICO	ASINTOMÁTICO
DIGESTIVO	ASINTOMÁTICO
GENITOURINARIO	ASINTOMÁTICO
NEUROLOGICO	ASINTOMÁTICO
OCULAR	ASINTOMÁTICO
OTORRINOLARINGOLÓGICO	ASINTOMÁTICO
OSTEOMUSCULAR	ASINTOMÁTICO
RESPIRATORIO	ASINTOMÁTICO
OTROS SISTEMAS	NO APLICA
OBSERVACIONES	NO APLICA

ACTIVIDAD FÍSICA					
Habito	Observación	Refiere	Cant	Frecuencia	
ACTIVIDADES MANUALES	NO APLICA	NO	0	HORAS A LA SEMANA	
EJERCICIOS O DEPORTES	NO APLICA	NO	0	HORAS A LA SEMANA	
DEPORTES DE CHOQUE	NO APLICA	NO	0	HORAS A LA SEMANA	
OFICIOS DOMÉSTICOS	NO APLICA	NO	0	HORAS A LA SEMANA	

HÁBITOS TÓXICOS					
Habito	Observación	Refiere	Cant	Frecuencia	
CONSUMIDOR DE ALCOHOL	AÑOS DE CONSUMO	NO	0	NINGUNO	
FUMADOR ACTUAL	AÑOS DE CONSUMO	NO	0	CONSUMO POR DÍA	
EX FUMADOR	AÑOS DE CONSUMO	NO	0	CONSUMO POR DÍA	
USA SUSTANCIA PSICOACTIVAS	¿CÚALES? AÑOS DE CONSUMO	NO	0	NINGUNO	

NO REFIERE VACUNAS**Examen Fisico****Aspecto General**

NO APLICA

Signos Vitales

Tension Arterial: 90 / 60 Frecuencia Cardiaca: 89 x minuto Frecuencia Respiratoria: 19 x minuto Pulsioximetria: %
Temperatura: 37.00 °C Lateralidad Dominante: DIESTRO Peso: 62.00 kg Talla: 155 cm IMC: 25.81 - SOBREPESO
Biotipo: Perimetro Abdominal: 78cm Interpretación: NORMAL

Tegumentario

Organo	Hallazgo
CICATRICES	NINGUNA
PIEL Y FANERAS	NORMAL
TATUAJES	NO TIENE

Cuello

Organo	Hallazgo
ADENOPATÍAS	NO
FARINGE	NORMAL
INGURGITACION YUGULAR	NO
MASAS	NO
MOVILIDAD	NORMAL
PALPACION	NORMAL

Tórax

Organo	Hallazgo
EXPANSIÓN TORÁCICA	SIMÉTRICA NORMAL
GANGLIOS AXILARES	NEGATIVO
INSPECCION	NORMAL
MAMAS Y PEZÓN	NORMALES

Cabeza

Organo	Hallazgo
CRÁNEO	NORMOCÉFALO
CUERO CABELLUDO	NORMAL

Cardio Pulmonar

Organo	Hallazgo
AUSCULTACIÓN PULMONAR	RUIDOS RESPIRATORIOS NORMALES SIN AGREGADOS
CARDIOVASCULAR	NORMAL
RUIDOS CARDIACOS	RITMICOS, BIEN TIMBRADOS, SIN SOPLOS

Abdomen

Organo	Hallazgo
AUSCULTACIÓN	RUIDOS INTESTINALES PRESENTES NORMALES
INSPECCIÓN	NORMAL
PALPACIÓN	BLANDO, NO DOLOROSO, NO MASAS, NO MEGALIAS

Genitales

Organo	Hallazgo
GENITALES EXTERNOS	NORMAL

Miembros Superiores

Organo	Hallazgo
MANIOBRA DE FINKELSTEIN	NEGATIVO

OTRA PRUEBA	NO APLICA
PINZAMIENTO SUBACROMIAL	NEGATIVO
PRUEBA DE PHALEN	NEGATIVO
PRUEBA DE PHALEN INVERSO	NEGATIVO
PRUEBA PARA EPICONDILITIS	NEGATIVO
PRUEBA PARA EPITROCLEITIS	NEGATIVO
SIGNO DE TINEL	NEGATIVO

Ojos

Organo	Hallazgo
HIPEREMIA CONJUNTIVAL	NO
ESTRABISMO	NO
EXAMEN EXTERNO	NORMAL AMBOS OJOS
FONDO DE OJO	NORMAL
ESCLERAS COLOR	ANICTERICAS
PUPILAS	NORMORREACTIVA A LA LUZ

Miembros Inferiores

Organo	Hallazgo
LESIONES VASCULARES	NO PRESENTA
OTRA PRUEBA	NO APLICA
REFLEJO AQUILIANO	NEGATIVO
RODILLAS LIGAMENTOS	NEGATIVO
RODILLAS PATELLA	NEGATIVO
TEST DE LASEGUE	NEGATIVO

Columna

Organo	Hallazgo
MASAS O ESPASMOS	NO
PRESENTA DOLOR	NO
INSPECCION	NORMAL
PRUEBA DE SCHOBER	NORMAL
ROTACIÓN	NORMAL
TEST DE WELLS	NORMAL
ALINEACIÓN	NORMAL
FLEXIÓN LATERAL	NORMAL

Postura / Simetría

Organo	Hallazgo
PRUEBA DE ELASTICIDAD	NORMAL
PRUEBA DE HIPEREXTENSIÓN	NEGATIVA
SIMETRÍA DE CADERA	NORMAL
SIMETRÍA DE HOMBROS	NORMAL
TROFISMO MUSCULAR	NORMAL

Oídos

Organo	Hallazgo
PABELLÓN	NORMAL
TIMPANOS	NORMAL

Neurológico

Organo	Hallazgo
FUERZA MUSCULAR	NORMAL
NISTAGMUS	NEGATIVO

PRUEBA DE UNTERBERGER	NEGATIVO
PRUEBA ÍNDICE NARÍZ	NORMAL
ROMBERG SENSIBILIZADO	NEGATIVO
SENSIBILIDAD	CONSERVADA NORMAL
TEST DE ROMBERG	NEGATIVO

Oídos	
Organo	Hallazgo
EXAMEN EXTERNO	NORMAL
OTOSCOPIA	NORMAL

Nariz	
Organo	Hallazgo
EPISTAXIS	NO PRESENTA
RINORREA	NO PRESENTA
TABIQUE	NORMAL
RINOSCOPIA	NORMAL

Boca	
Organo	Hallazgo
DENTADURA	COMPLETA
LENGUA	EUTRÓFICA
MUCOSA ORAL	HÚMEDA

Ampliación de los Hallazgos
NO APLICA

CONSULTAS REALIZADOS		
Producto	Valor	Resultado
EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	N	NO APLICA

EXÁMENES REALIZADOS		
Producto	Valor	Resultado
ELECTROCARDIOGRAMA	N	EKG NO PATOLOGICO

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS		
Producto	Valor	Resultado
AUDIOMETRIA	N	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION
VISIOMETRIA	N	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION

LABORATORIOS REALIZADOS		
Producto	Valor	Resultado
GLICEMIA EN AYUNAS	N	DENTRO DE PARAMETROS NORMALES
PERFIL LIPIDICO	N	LDL DISCRETAMENTE ELEVADO

Observaciones de los Exámenes Paraclínicos y/o Procedimientos Realizados en Ésta Atención	
NO APLICA	

Código	Diagnósticos	Origen	Tipo
R635	AUMENTO ANORMAL DE PESO	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
Z100	EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Ánalysis y Plan de Tratamiento	
NO APLICA	

Concepto Ocupacional	Observacion Concepto Ocupacional
APTO SIN RESTRICCIONES	NO APLICA

Requisito Salud		Cumple	
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)		N/A	
SIN REQUISITOS DE SALUD			
Restricciones Laborales	Tipo	Recomendaciones	
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA	
SIN RESTRICCIONES LABORALES			
RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES			
HÁBITOS SALUDABLES			
HACER DEPORTE			
DIETA BALANCEADA			
RECOMENDACIONES MÉDICAS			
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO			
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO			
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			
USO DE EPP			
PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			
Otras Observaciones y Recomendaciones			
ORDEN DE MEDICAMENTOS N° 0			
Nombre del Medicamento	Posología	Cant	Fecha Creación
NO APLICA	NO APLICA	0	NO APLICA
ORDEN A SERVICIOS N° 0			
Nombre del Servicio	Observaciones	Cant	Fecha Creación
NO APLICA	NO APLICA	0	NO APLICA
ORDEN DE REMISION A ESPECIALISTA N° 0			
Nombre de la Especialidad	Motivo de la Remisión	Fecha Creación	
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	
NO REFIERE EVOLUCIONES ESTA ATENCIÓN			

MÉDICO

Firma: 

Nombre: GARZON MARTINEZ OLGA LUCIA

R. M.: 6213244 L.S.O.: 4422



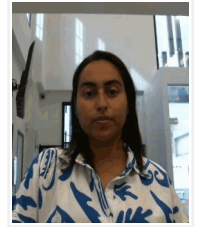
Código de Seguridad
I138507U750

TRABAJADOR

Firma: 

Nombre: MERCADO TORRES LORAINÉ MARGARITA

CC: 1043007467



DATOS PERSONALES

Atención N°: 381

Fecha: 22/07/2023 Ciudad: SABANALARGA (ATLÁNTICO, COLOMBIA)
Tipo Examen: EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL INGRESO Eps: _____
CC: 1043007467 Nombre: MERCADO TORRES LORAINÉ MARGARITA Edad: 31 AÑOS 8 MESES 18 DÍAS Género: FEMENINO
Fecha Nacimiento: 03/11/1991 Empresa: PARTICULARES Ocupación: INSTRUCTOR DE FORMACION VIRTUAL

ANTECEDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Protección	Tolerancia	Años	Meses
SENA	INSTRUCTOR DE FORMACION VIRTUAL	NINGUNA	NO APLICA	0	0

ANTECEDENTES FAMILIARES

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
OTITIS	NO REFIERE	HIPOACUSIA SUBJETIVA	NO REFIERE
TRAUMA	NO REFIERE	ACÚFENOS	NO REFIERE
CIRUGÍA	NO REFIERE	OTROS	
INGESTA OTOTÓXICOS	NO REFIERE		

EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	NO REFIERE
MOTO	NO REFIERE	AUDÍFONOS	NO REFIERE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

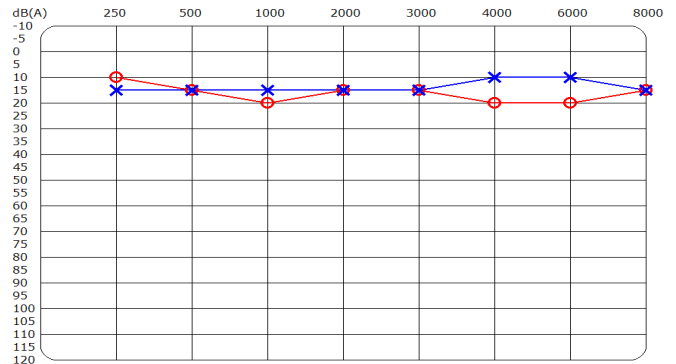
Descanso auditivo(Horas): _____ Realizó re test: SI _____ Uso Cabina Sonoamortiguada: SI _____
Marca y Referencia audiómetro utilizado: AMPLIVOX F. Última Calibración: 2022-08-02

○ : Vía aérea del OD ✕ : Vía aérea del OI
< : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI) > : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)

OTOSCOPIA

Oído derecho: NORMAL
Oído izquierdo: NORMAL

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD	10	15	20	15	15	20	20	15
VAOI	15	15	15	15	15	10	10	15



PTA Oído derecho: 16.25

PTA Oído izquierdo: 15.00

SEVERIDAD - CAOHC

Oído derecho: Normal(0 - 25 dB)

Oído izquierdo: Normal(0 - 25 dB)

Código	Nombre del Diagnóstico	Oído	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION

OBSERVACION

CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO

Observaciones

AUDICION NORMAL BILATERAL
CUMPLE CON PARAMETROS AUDITIVOS NORMALES PARA EL CARGO
FONOAUDIÓLOGO

TRABAJADOR

Firma:
Nombre: MARTINEZ CERVANTES SISLEY DARIANA
R. M.: 2203 L.S.O.: _____



Código de Seguridad
H1385N2T381

Firma:
Nombre: MERCADO TORRES LORAINÉ MARGARITA
CC: 1043007467

ELECTROCARDIOGRAMA

NOMBRE: MERCADO TORRES LORAIN MARGARITA

IDENTIFICACION: CC. 1043007467

FECHA: 22/07/2023

ENTIDAD: PARTICULAR

SEDE: BIOTEST IPS SAS SEDE SABANALARGA

RESULTADOS

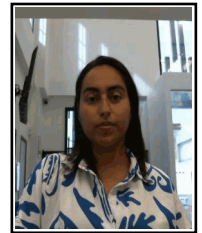
RITMO:	Sinusal, Regular
FRECUENCIA CARDIACA:	60 Lpm
PR:	0.12 seg
QRS:	0.12 seg
ONDA P:	0.08 seg
QT:	0.44 seg
QTc:	398 ms
EJE DEL QRS:	0°
SEGMENTO ST:	No hay evidencias de sufra y/o infra desnivel

CONCLUSION: EKG NORMAL, NO SE EVIDENCIAN DATOS SUGESTIVOS E ISQUEMIA Y/O NECROS



FIRMA:

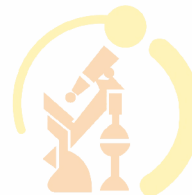
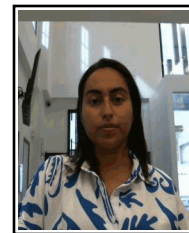
OLGA LUCIA GARZON MARTINEZ
MD OCUPACIONAL. LSO 4422



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 750

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
22 DÍA	07 MES	2023 AÑO	SABANALARGA (ATLÁNTICO, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES				PARTICULARES			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
MERCADO TORRES LORAINÉ MARGARITA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	31 AÑOS 8 MESES 17 DÍAS	CC	1043007467
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargos INSTRUCTOR DE FORMACION VIRTUAL							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO SIN RESTRICCIONES							
Observaciones: NO APLICA							
N/A		NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
AUDIOMETRIA				ELECTROCARDIOGRAMA			
VISIONOMETRIA				GLICEMIA EN AYUNAS			
EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR				PERFIL LIPIDICO			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO				USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HACER DEPORTE	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<p>Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>							
Médico				Aspirante o Trabajador			
 Firma: _____ Nombre: GARZON MARTINEZ OLGA LUCIA R. M.: 6213244 L.S.O.: 4422				  Firma: _____ Nombre: MERCADO TORRES LORAINÉ MARGARITA CC: 1043007467			
Código de Seguridad				CC:			
K1385Q1W750							



EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL

DATOS PERSONALES

Ciudad y Fecha: SABANALARGA (ATLÁNTICO, COLOMBIA) 22/07/2023 - 07:43 A. M.
 Tipo Evaluación Médica o Procedimiento: EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL INGRESO
 Empresa Donde Labora, Laborará o Laboró: PARTICULARES (NO APLICA) Actividad Económica: NO APLICA
 CC: 1043007467 Nombre del Trabajador a Aspirante: MERCADO TORRES LORAIN MARGARITA Genero: FEMENINO Edad: 31 AÑOS 8
 Estado Civil: CASADO(A) Nivel Educativo: UNIVERSITARIO E.P.S.: NO REFIERE A.F.P.: NO REFIERE A.R.L.: NO REFIERE
 Tipo de Sangre: O + N° Hijos 0 Ingresos: ENTRE 1 Y 2 SALARIOS MÍNIMOS Jornada Laboral: DIURNA Area del Cargo: ADMINISTRATIVA
 Profesión o Cargo: INSTRUCTOR DE FORMACION VIRTUAL Funciones del Cargo: _____

Motivo Consulta

EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO

Elementos de Protección Personal (En la última labor o labor actual)

Casco ☐ Gorro ☐ Respirador ☐ Gafas ☐ Peto ☐ Bata ☐ Overol ☐ Delantal de Plomo ☐ Ropa Térmica ☐
 Auditivo ☐ Careta ☐ Tapabocas ☒ Guantes ☐ Cinturon ☐ Botas ☐ Polainas ☐ Otro ☐ Cual _____

Antecedentes de Exposición Laboral (El primero corresponde a la última labor o labor actual)

Nombre de la Empresa y/o Actividad Económica	Cargo	Factores de Riesgo (GTC-45)	Tiempo Exposición	
			Años	Meses
SENA	INSTRUCTOR DE FORMACION VIRTUAL	FÍS, BIOME	7	7

NO REFIERE ACCIDENTES LABORALES

NO REFIERE ENFERMEDADES LABORALES

ANTECEDENTES FAMILIARES

Enfermedad	Observación
ASMA	NO REFIERE
CÁNCER	TIOS PATERNOS, ABUELOS PATERNOS
DIABETES	NO REFIERE
ENFERMEDAD CORONARIA	NO REFIERE
ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR	NO REFIERE
HIPERTENSION ARTERIAL	NO REFIERE
COLAGENOSIS	NO REFIERE
PATOLOGÍAS TIROIDEAS	NO REFIERE
OTROS ¿CUÁLES?	NO REFIERE

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedad	Observación
PATOLÓGICOS	NO REFIERE
QUIRÚRGICOS	NO REFIERE
TRAUMÁTICOS	NO REFIERE
FARMACOLÓGICOS	VACUNACION COVID #1 PFIZER
ALÉRGICOS	NO REFIERE
PSIQUIATRICOS	NO REFIERE
FOBIAS	NO REFIERE
OTRO, DESCRÍBALO	NO REFIERE

Antecedentes Personales por Sistemas			
Nombre del Sistema	Patológicos	Quirúrgicos	Traumáticos
BOCA	NIEGA	NIEGA	NIEGA
CABEZA	NIEGA	NIEGA	NIEGA
CUELLO	NIEGA	NIEGA	NIEGA
GARGANTA	NIEGA	NIEGA	NIEGA
NARIZ	NIEGA	NIEGA	NIEGA
OIDOS	NIEGA	NIEGA	NIEGA
OJOS	NIEGA	NIEGA	NIEGA
PIEL Y ANEXOS	NIEGA	NIEGA	NIEGA
PSIQUIÁTRICO	NIEGA	NIEGA	NIEGA
SISTEMA CIRCULATORIO	NIEGA	NIEGA	NIEGA
SISTEMA ENDOCRINO	NIEGA	NIEGA	NIEGA
SISTEMA GASTROINTESTINAL	NIEGA	NIEGA	NIEGA
SISTEMA GENITOURINARIO	NIEGA	NIEGA	NIEGA
SISTEMA NERVIOSO	NIEGA	NIEGA	NIEGA
SISTEMA OSTEOMUSCULAR	NIEGA	NIEGA	NIEGA
SISTEMA RESPIRATORIO	NIEGA	NIEGA	NIEGA

Observaciones Adicionales a los Antecedentes

Revisión Por Sistemas	
Nombre del Sistema	Hallazgo
PRESENTA EPILEPSIA O CONVULSIONES	NO
MANIFIESTA TENER DEFORMIDADES AMPUTACIONES A NIVEL OSTEOMUSCULAR	NO
CARDIOVASCULAR	ASINTOMÁTICO
DERMATOLOGICO	ASINTOMÁTICO
DIGESTIVO	ASINTOMÁTICO
GENITOURINARIO	ASINTOMÁTICO
NEUROLOGICO	ASINTOMÁTICO
OCULAR	ASINTOMÁTICO
OTORRINOLARINGOLÓGICO	ASINTOMÁTICO
OSTEOMUSCULAR	ASINTOMÁTICO
RESPIRATORIO	ASINTOMÁTICO
OTROS SISTEMAS	NO APLICA
OBSERVACIONES	NO APLICA

ACTIVIDAD FÍSICA					
Habito	Observación	Refiere	Cant	Frecuencia	
ACTIVIDADES MANUALES	NO APLICA	NO	0	HORAS A LA SEMANA	
EJERCICIOS O DEPORTES	NO APLICA	NO	0	HORAS A LA SEMANA	
DEPORTES DE CHOQUE	NO APLICA	NO	0	HORAS A LA SEMANA	
OFICIOS DOMÉSTICOS	NO APLICA	NO	0	HORAS A LA SEMANA	

HÁBITOS TÓXICOS					
Habito	Observación	Refiere	Cant	Frecuencia	
CONSUMIDOR DE ALCOHOL	AÑOS DE CONSUMO	NO	0	NINGUNO	
FUMADOR ACTUAL	AÑOS DE CONSUMO	NO	0	CONSUMO POR DÍA	
EX FUMADOR	AÑOS DE CONSUMO	NO	0	CONSUMO POR DÍA	
USA SUSTANCIA PSICOACTIVAS	¿CÚALES? AÑOS DE CONSUMO	NO	0	NINGUNO	

NO REFIERE VACUNAS**Examen Físico****Aspecto General**

NO APLICA

Signos Vitales

Tension Arterial: 90 / 60 Frecuencia Cardiaca: 89 x minuto Frecuencia Respiratoria: 19 x minuto Pulsioximetría: %
Temperatura: 37.00 °C Lateralidad Dominante: DIESTRO Peso: 62.00 kg Talla: 155 cm IMC: 25.81 - SOBREPESO
Biotipo: Perimetro Abdominal: 78cm Interpretación: NORMAL

Tegumentario

Organo	Hallazgo
CICATRICES	NINGUNA
PIEL Y FANERAS	NORMAL
TATUAJES	NO TIENE

Cuello

Organo	Hallazgo
ADENOPATÍAS	NO
FARINGE	NORMAL
INGURGITACION YUGULAR	NO
MASAS	NO
MOVILIDAD	NORMAL
PALPACION	NORMAL

Tórax

Organo	Hallazgo
EXPANSIÓN TORÁCICA	SIMÉTRICA NORMAL
GANGLIOS AXILARES	NEGATIVO
INSPECCION	NORMAL
MAMAS Y PEZÓN	NORMALES

Cabeza

Organo	Hallazgo
CRÁNEO	NORMOCÉFALO
CUERO CABELLUDO	NORMAL

Cardio Pulmonar

Organo	Hallazgo
AUSCULTACIÓN PULMONAR	RUIDOS RESPIRATORIOS NORMALES SIN AGREGADOS
CARDIOVASCULAR	NORMAL
RUIDOS CARDIACOS	RITMICOS, BIEN TIMBRADOS, SIN SOPLOS

Abdomen

Organo	Hallazgo
AUSCULTACIÓN	RUIDOS INTESTINALES PRESENTES NORMALES
INSPECCIÓN	NORMAL
PALPACIÓN	BLANDO, NO DOLOROSO, NO MASAS, NO MEGALIAS

Genitales

Organo	Hallazgo
GENITALES EXTERNOS	NORMAL

Miembros Superiores

Organo	Hallazgo
MANIOBRA DE FINKELSTEIN	NEGATIVO

OTRA PRUEBA	NO APLICA
PINZAMIENTO SUBACROMIAL	NEGATIVO
PRUEBA DE PHALEN	NEGATIVO
PRUEBA DE PHALEN INVERSO	NEGATIVO
PRUEBA PARA EPICONDILITIS	NEGATIVO
PRUEBA PARA EPITROCLEITIS	NEGATIVO
SIGNO DE TINEL	NEGATIVO

Ojos

Organo	Hallazgo
HIPEREMIA CONJUNTIVAL	NO
ESTRABISMO	NO
EXAMEN EXTERNO	NORMAL AMBOS OJOS
FONDO DE OJO	NORMAL
ESCLERAS COLOR	ANICTERICAS
PUPILAS	NORMORREACTIVA A LA LUZ

Miembros Inferiores

Organo	Hallazgo
LESIONES VASCULARES	NO PRESENTA
OTRA PRUEBA	NO APLICA
REFLEJO AQUILIANO	NEGATIVO
RODILLAS LIGAMENTOS	NEGATIVO
RODILLAS PATELLA	NEGATIVO
TEST DE LASEGUE	NEGATIVO

Columna

Organo	Hallazgo
MASAS O ESPASMOS	NO
PRESENTA DOLOR	NO
INSPECCION	NORMAL
PRUEBA DE SCHOBER	NORMAL
ROTACIÓN	NORMAL
TEST DE WELLS	NORMAL
ALINEACIÓN	NORMAL
FLEXIÓN LATERAL	NORMAL

Postura / Simetría

Organo	Hallazgo
PRUEBA DE ELASTICIDAD	NORMAL
PRUEBA DE HIPEREXTENSIÓN	NEGATIVA
SIMETRÍA DE CADERA	NORMAL
SIMETRÍA DE HOMBROS	NORMAL
TROFISMO MUSCULAR	NORMAL

Oídos

Organo	Hallazgo
PABELLÓN	NORMAL
TIMPANOS	NORMAL

Neurológico

Organo	Hallazgo
FUERZA MUSCULAR	NORMAL
NISTAGMUS	NEGATIVO

PRUEBA DE UNTERBERGER	NEGATIVO
PRUEBA ÍNDICE NARÍZ	NORMAL
ROMBERG SENSIBILIZADO	NEGATIVO
SENSIBILIDAD	CONSERVADA NORMAL
TEST DE ROMBERG	NEGATIVO

Oídos	
Organo	Hallazgo
EXAMEN EXTERNO	NORMAL
OTOSCOPIA	NORMAL

Nariz	
Organo	Hallazgo
EPISTAXIS	NO PRESENTA
RINORREA	NO PRESENTA
TABIQUE	NORMAL
RINOSCOPIA	NORMAL

Boca	
Organo	Hallazgo
DENTADURA	COMPLETA
LENGUA	EUTRÓFICA
MUCOSA ORAL	HÚMEDA

Ampliación de los Hallazgos
NO APLICA

CONSULTAS REALIZADOS		
Producto	Valor	Resultado
EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	N	NO APLICA

EXÁMENES REALIZADOS		
Producto	Valor	Resultado
ELECTROCARDIOGRAMA	N	EKG NO PATOLOGICO

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS		
Producto	Valor	Resultado
AUDIOMETRIA	N	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION
VISIOMETRIA	N	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION

LABORATORIOS REALIZADOS		
Producto	Valor	Resultado
GLICEMIA EN AYUNAS	N	DENTRO DE PARAMETROS NORMALES
PERFIL LIPIDICO	N	LDL DISCRETAMENTE ELEVADO

Observaciones de los Exámenes Paraclínicos y/o Procedimientos Realizados en Ésta Atención	
NO APLICA	

Código	Diagnósticos	Origen	Tipo
R635	AUMENTO ANORMAL DE PESO	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
Z100	EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Ánális y Plan de Tratamiento	
NO APLICA	

Concepto Ocupacional	Observacion Concepto Ocupacional
APTO SIN RESTRICCIONES	NO APLICA

Requisito Salud		Cumple	
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)		N/A	
SIN REQUISITOS DE SALUD			
Restricciones Laborales	Tipo	Recomendaciones	
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA	
SIN RESTRICCIONES LABORALES			
RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES			
HÁBITOS SALUDABLES			
HACER DEPORTE			
DIETA BALANCEADA			
RECOMENDACIONES MÉDICAS			
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO			
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO			
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			
USO DE EPP			
PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			
Otras Observaciones y Recomendaciones			
ORDEN DE MEDICAMENTOS N° 0			
Nombre del Medicamento	Posología	Cant	Fecha Creación
NO APLICA	NO APLICA	0	NO APLICA
ORDEN A SERVICIOS N° 0			
Nombre del Servicio	Observaciones	Cant	Fecha Creación
NO APLICA	NO APLICA	0	NO APLICA
ORDEN DE REMISION A ESPECIALISTA N° 0			
Nombre de la Especialidad	Motivo de la Remisión	Fecha Creación	
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	
NO REFIERE EVOLUCIONES ESTA ATENCIÓN			

MÉDICO

Firma: 

Nombre: GARZON MARTINEZ OLGA LUCIA

R. M.: 6213244 L.S.O.: 4422



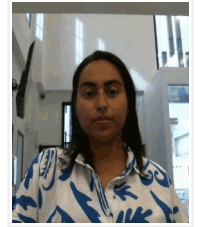
Código de Seguridad
I138507U750

TRABAJADOR

Firma: 

Nombre: MERCADO TORRES LORAINÉ MARGARITA

CC: 1043007467



DATOS PERSONALES

Atención N°: 381

Fecha: 22/07/2023 Ciudad: SABANALARGA (ATLÁNTICO, COLOMBIA)
Tipo Examen: EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL INGRESO Eps: _____
CC: 1043007467 Nombre: MERCADO TORRES LORAINÉ MARGARITA Edad: 31 AÑOS 8 MESES 18 DÍAS Género: FEMENINO
Fecha Nacimiento: 03/11/1991 Empresa: PARTICULARES Ocupación: INSTRUCTOR DE FORMACION VIRTUAL

ANTECEDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Protección	Tolerancia	Años	Meses
SENA	INSTRUCTOR DE FORMACION VIRTUAL	NINGUNA	NO APLICA	0	0

ANTECEDENTES FAMILIARES

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
OTITIS	NO REFIERE	HIPOACUSIA SUBJETIVA	NO REFIERE
TRAUMA	NO REFIERE	ACÚFENOS	NO REFIERE
CIRUGÍA	NO REFIERE	OTROS	
INGESTA OTOTÓXICOS	NO REFIERE		

EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	NO REFIERE
MOTO	NO REFIERE	AUDÍFONOS	NO REFIERE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

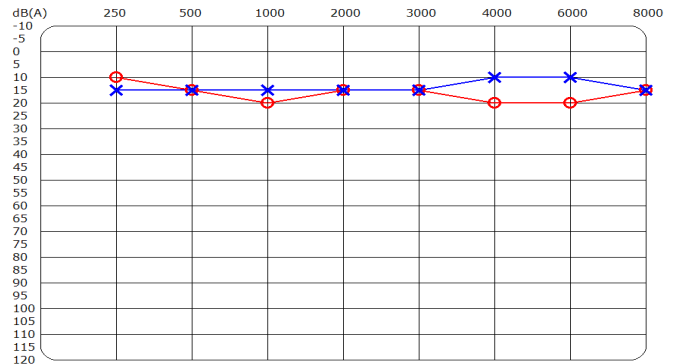
Descanso auditivo(Horas): _____ Realizó re test: SI _____ Uso Cabina Sonoamortiguada: SI _____
Marca y Referencia audiómetro utilizado: AMPLIVOX F. Última Calibración: 2022-08-02

○ : Vía aérea del OD ✕ : Vía aérea del OI
< : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI) > : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)

OTOSCOPIA

Oído derecho: NORMAL
Oído izquierdo: NORMAL

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD	10	15	20	15	15	20	20	15
VAOI	15	15	15	15	15	10	10	15



PTA Oído derecho: 16.25

PTA Oído izquierdo: 15.00

SEVERIDAD - CAOHC

Oído derecho: Normal(0 - 25 dB)

Oído izquierdo: Normal(0 - 25 dB)

Código	Nombre del Diagnóstico	Oído	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION

OBSERVACION

CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO

Observaciones

AUDICION NORMAL BILATERAL
CUMPLE CON PARAMETROS AUDITIVOS NORMALES PARA EL CARGO
FONOAUDIÓLOGO

TRABAJADOR

Firma:
Nombre: MARTINEZ CERVANTES SISLEY DARIANA
R. M.: 2203 L.S.O.: _____



Código de Seguridad
H1385N2T381

Firma:
Nombre: MERCADO TORRES LORAINÉ MARGARITA
CC: 1043007467

ELECTROCARDIOGRAMA

NOMBRE: MERCADO TORRES LORAIN MARGARITA

IDENTIFICACION: CC. 1043007467

FECHA: 22/07/2023

ENTIDAD: PARTICULAR

SEDE: BIOTEST IPS SAS SEDE SABANALARGA

RESULTADOS

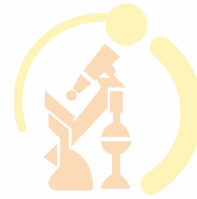
RITMO:	Sinusal, Regular
FRECUENCIA CARDIACA:	60 Lpm
PR:	0.12 seg
QRS:	0.12 seg
ONDA P:	0.08 seg
QT:	0.44 seg
QTc:	398 ms
EJE DEL QRS:	0°
SEGMENTO ST:	No hay evidencias de sufra y/o infra desnivel

CONCLUSION: EKG NORMAL, NO SE EVIDENCIAN DATOS SUGESTIVOS E ISQUEMIA Y/O NECROS



FIRMA:

OLGA LUCIA GARZON MARTINEZ
MD OCUPACIONAL. LSO 4422



EXAMEN DE VISIOMETRIA

DATOS PERSONALES

Atención N°: 585

Fecha: 22/07/2023 Municipio: SABANALARGA (ATLÁNTICO, COLOMBIA) CC: 1043007467 Nombre: MERCADO TORRES LORAIN MARGAF Edad: 31 AÑOS 8
Genero: FEMENINO Profesión o Cargo: INSTRUCTOR DE FORMACION VIRTUAL Empresa: PARTICULARES
Eps: Tipo Evaluación Medica: EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL INGRESO F. Último Examen: N
Lugar del Último Examen: N Motivo Consulta: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECEDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	NO APLICA
TRAE RX	NO
USA ANTEOJOS	NO USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/20	20/20	N/A	NO USA		N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/20	20/20	N/A	NO USA		N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	20/20	20/20	N/A	NO USA		N/A	N/A

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

PACIENTE APTO PARA EL CARGO.
VISION DEL COLOR Y ESTEREOPSIS NORMAL

OPTOMETRA

Julie yesuo charris

Firma: _____
Nombre: MESINO CHARRIS YULIE PAULINA
R. M.: 2354 L.S.O.:



Código de Seguridad
D1385J3P585

PACIENTE

Loraine M.

Firma: _____
Nombre: MERCADO TORRES LORAIN MARGARITA
CC: 1043007467



BIO-TEST IPS SAS

NIT 900202037-4

Direccion: Calle 20 No 19-16 Soledad -Atlantico

Teléfono: 3929090 -3017954428

Direccion: Carrera 23 No 25B-41 Sabanalarga -Atlantico

Teléfono: 3002462193

Direccion: Carrera 14 No 9-47 Cienaga - Magdalena

Teléfono: 4107755

Direccion: Calle 25 No 32B - 19 Santa Marta - Magdalena

biotestips@hotmail.com

RESULTADOS



Software Baxlab v20210508

Impreso 22 jul. 2023 01:30:30 pm

Página 1 de 1

Sede SABANALARGA

Paciente MERCADO TORRES LORAIN MARGARITA

Sexo F

Fecha Nacimiento 03/11/1991

Identif. CC 1043007467

Teléfono 3003522511

Edad 31A 8M 19D

Nro. De Recepción

34212

Entidad BIO - TEST IPS SAS

Fecha De Recepción 22 jul. 2023 07:33:02 am

Sala CONSULTA EXTERNA

Cama

SubEntidad SIN SUBENTIDAD

Médico 0 0 0

Resultados

Unidades

Valores Referencia

QUIMICA

1. Glicemia 87,00 mg/dl 70 a 105
Colorimetria

INTERPRETACION:

Prematuro: 20 a 60 mg/dl
0 a 1 dia: 40 a 60 mg/dl
> 1 dia: 50 a 80 mg/dl
Niños Y Adultos: 70 a 105mg/dl

Reportado Por: LEIDY DIANA GUTIERREZ AREVALO

Fecha Reporte

22 jul. 2023 01:02 pm

2. PERFIL LIPIDICO

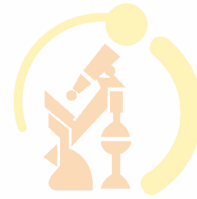
Colesterol Total 169,00 mg/dl 0 a 200
Nivel de H.D.L. 50,00 mg/dl 40 a 65
Colesterol L.D.L 107,00 mg/dl 0 a 100
Colesterol VLDL 12,00 mg/dL 0 a 50
Trigliceridos 60,00 mg/dl 0 a 150

Reportado Por: LEIDY DIANA GUTIERREZ AREVALO

Fecha Reporte

22 jul. 2023 01:02 pm

Dra Leidy Gutierrez Arevalo
Bacteriologa T.P. #1184
Universidad Libre



EXAMEN DE VISIOMETRIA

DATOS PERSONALES

Atención N°: 585

Fecha: 22/07/2023 Municipio: SABANALARGA (ATLÁNTICO, COLOMBIA) CC: 1043007467 Nombre: MERCADO TORRES LORAIN MARGAF Edad: 31 AÑOS 8
Genero: FEMENINO Profesión o Cargo: INSTRUCTOR DE FORMACION VIRTUAL Empresa: PARTICULARES
Eps: Tipo Evaluación Medica: EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL INGRESO F. Último Examen: N
Lugar del Último Examen: N Motivo Consulta: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECEDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	NO APLICA
TRAE RX	NO
USA ANTEOJOS	NO USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/20	20/20	N/A	NO USA		N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/20	20/20	N/A	NO USA		N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	20/20	20/20	N/A	NO USA		N/A	N/A

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

PACIENTE APTO PARA EL CARGO.
VISION DEL COLOR Y ESTEREOPSIS NORMAL

OPTOMETRA

Julie yesuo charris

Firma: _____
Nombre: MESINO CHARRIS YULIE PAULINA
R. M.: 2354 L.S.O.:



Código de Seguridad
D1385J3P585

PACIENTE

Loraine

Firma: _____
Nombre: MERCADO TORRES LORAIN MARGARITA
CC: 1043007467



BIO-TEST IPS SAS

NIT 900202037-4

Direccion: Calle 20 No 19-16 Soledad -Atlantico

Teléfono: 3929090 -3017954428

Direccion: Carrera 23 No 25B-41 Sabanalarga -Atlantico

Teléfono: 3002462193

Direccion: Carrera 14 No 9-47 Cienaga - Magdalena

Teléfono: 4107755

Direccion: Calle 25 No 32B - 19 Santa Marta - Magdalena

biotestips@hotmail.com

RESULTADOS

Impreso 22 jul. 2023 01:30:30 pm

Sede SABANALARGA

Paciente MERCADO TORRES LORAIN MARGARITA

Identif. CC 1043007467

Teléfono 3003522511

Entidad BIO - TEST IPS SAS

Sala CONSULTA EXTERNA

Cama

Sexo F

Fecha Nacimiento 03/11/1991

Edad 31A 8M 19D

Fecha De Recepción 22 jul. 2023 07:33:02 am

SubEntidad SIN SUBENTIDAD

Médico 0 0 0

Software Baxlab v20210508

Página 1 de 1

34212

Resultados

Unidades

Valores Referencia

QUIMICA

1. Glicemia 87,00 mg/dl 70 a 105
Colorimetria

INTERPRETACION:

Prematuro: 20 a 60 mg/dl
0 a 1 dia: 40 a 60 mg/dl
> 1 dia: 50 a 80 mg/dl
Niños Y Adultos: 70 a 105mg/dl

Reportado Por: LEIDY DIANA GUTIERREZ AREVALO

Fecha Reporte

22 jul. 2023 01:02 pm

2. PERFIL LIPIDICO

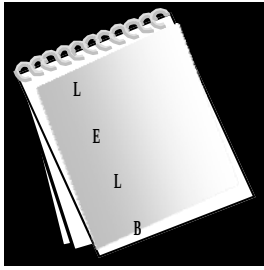
Colesterol Total 169,00 mg/dl 0 a 200
Nivel de H.D.L. 50,00 mg/dl 40 a 65
Colesterol L.D.L 107,00 mg/dl 0 a 100
Colesterol VLDL 12,00 mg/dL 0 a 50
Trigliceridos 60,00 mg/dl 0 a 150

Reportado Por: LEIDY DIANA GUTIERREZ AREVALO

Fecha Reporte

22 jul. 2023 01:02 pm

Dra Leidy Gutierrez Arevalo
Bacteriologa T.P. #1184
Universidad Libre



LUZ ELENA LÓPEZ BARRIOS

PSICOLOGA CLÍNICA

Tarjeta Profesional No 113794

El análisis de los resultados que se presentan a continuación se realizó de manera sintética, teniendo en cuenta los resultados de las técnicas de selección y evaluación (entrevistas, pruebas de conocimiento, aptitudes, de personalidad y fobias). De esta manera se presenta un análisis del evaluado y una descripción de sus fortalezas considerando el futuro desempeño y proyección en la Organización. La información aquí contenida es estrictamente confidencial.

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres y Apellidos: Loraine Margarita Mercado Torres

Documento de Identidad: 1.043.007.467

Edad: 31 Años

Fecha de Nacimiento: 3 de noviembre de 1991

Nivel académico: Profesional especializado

Empresa: CENTRO PARA EL DESARROLLO AGROECOLÓGICO Y AGROINDUSTRIAL DE SABANALARGA (SENA)

Cargo en evaluación: Instructor

Fecha: 27 de enero de 2023

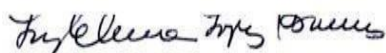
Ciudad: Barranquilla

Durante la evaluación y entrevista se mostró atenta, con actitud receptiva, se ubica al psíquicamente, posee lenguaje fluido, pensamiento coherente, así mismo se evidencian habilidades de inteligencia emocional como empatía, asertividad, autoconocimiento, habilidades sociales, autorregulación, y capacidad de liderazgo. La aspirante es metódica en la ejecución de su labor.

No se evidencian síntomas depresivos, ni psicóticos, y carece de antecedentes psiquiátricos personales o familiares, que puedan inferir en la ejecución de labores de forma adecuada y eficiente.

Por lo cual se indica que se encuentra hábil para el cargo y con adecuado nivel de desempeño para el mismo.

La presente se certifica a los 23 días del mes de enero del 2023



Luz Elena López B
cc. 22.913.423

psicóloga clínica TP 113794



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



Hace constar:

Que el Sr(a) LORAINÉ MARGARITA MERCADO TORRES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1043007467 realizó el día 14/08/2023 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 LORAINÉ MARGARITA MERCADO TORRES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1043007467 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 -



Hace constar:

Que el Sr(a) LORAINÉ MARGARITA MERCADO TORRES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1043007467 el día 14/08/2023 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

**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN****POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.****HACE CONSTAR QUE:**

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**, se identificó que **LORAINÉ MARGARITA MERCADO TORRES** con CC No. **1043007467**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
Contratante: NI 8999999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	Fecha de última cobertura: 16/08/2023 Estado Afiliación: ACTIVO Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Fecha de inicio de Contrato: 25/07/2023 Fecha fin de Contrato: 16/12/2023 Clase de Riesgo: 1 Cargo : DOCENTE Fecha fin de Retiro: SIN FECHA DE RETIRO

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301018287098.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 16 días del mes de agosto de 2023.

Cordialmente

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



Certificado Bancario

Martes, 4 de julio de 2023

Señor(a)
A QUIEN INTERESE

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que LORAINÉ MARGARITA MERCADO TORRES identificado(a) con CC 1043007467, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	12070751729	2017/01/13	ACTIVA

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

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



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

No. PÓLIZA	BQ-100072829		No. ANEXO	0		No. CERTIFICADO	28343662		No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO						FECHA DE EXPEDICIÓN	25/07/2023		SUC. EXPEDIDORA	BARRANQUILLA
VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE			VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA		
00:00 Horas Del		25/07/2023		24:00 Horas Del	16/04/2024		N/A		N/A	N/A
TOMADOR		MERCADO TORRES, LORAIN MARGARITA							No. DOC. IDENTIDAD	1.043.007.467
DIRECCIÓN		CRA 16B N° 33 43 BARRIO SAN CARLOS							TELÉFONO	3003522511
ASEGURADO		SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA CENTRO PARA EL DESARROLLO AGROECOLOGICO Y AGROINDUSTRIAL							No. DOC. IDENTIDAD	899.999.034-1
DIRECCIÓN		CALLE 9 N° 19-120							TELÉFONO	7563017
BENEFICIARIO		SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA CENTRO PARA EL DESARROLLO AGROECOLOGICO Y AGROINDUSTRIAL							No. DOC. IDENTIDAD	899.999.034-1
DIRECCIÓN		CALLE 9 N° 19-120							TELÉFONO	7563017

OBJETO DE CONTRATO

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No.CO1.PCCNTR.5237928 , CUYO OBJETO ES

PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL EN LA FORMACIÓN COMPLEMENTARIA VIRTUAL DEL CENTRO PARA EL DESARROLLO AGROECOLÓGICO Y AGROINDUSTRIAL EN LA FAMILIA SALUD

NOMBRE DEL AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA\$	VALOR PRIMAS\$
CUMPLIMIENTO	00:00 Horas Del 25/07/2023	24:00 Horas Del 16/04/2024	1.727.666,70	20.000,00
TOTAL ASEGURADO			\$ 1.727.666,70	

INTERMEDIARIOS	TIPO	% PARTICIPACIÓN
LUZ STELLA ARENAS CORONEL	AGENTES	100,00

PRIMA BRUTA	\$ 20.000,00
DESCUENTOS	\$
EXTRA PRIMA	
PRIMA NETA	\$ 20.000,00
GASTOS EXP.	\$ 5.000,00
IVA	\$ 4.750,00
TOTAL A PAGAR	\$ 29.750,00

DISTRIBUCIÓN COASEGURO				
COMPAÑÍA	TIPO COASEGURO	PÓLIZA LÍDER	CERTIF. LÍDER	% PARTICIPACIÓN

CONVENIO DE PAGO DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 25/07/2023

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, SUMINISTRAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE Y REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR LO MENOS ANUALMENTE (CIRCULAR EXTERNA 026 DE 2008 SUPERFINANCIERA).

CONSULTA LA AUTENTICIDAD DE ESTA POLIZA INGRESANDO A PRODUCTOS.MUNDIALSEGUROS.COM.CO. DIGITA EL NÚMERO DEL CERTIFICADO QUE ENCUENTRAS EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTE DOCUMENTO Y VIVE LA EXPERIENCIA DE ESTAR ASEGURADO CON EL RESPALDO DE SEGUROS MUNDIAL. TAMBIEN PUEDES LLAMAR A LA LINEA NACIONAL 01 8000 111 935 O LINEA EN BOGOTÁ 327 47 12 / 13.

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA. DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.

EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARATULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTICIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASÍ COMO LAS GARANTÍAS, EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMARLA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.
ANGELA MUNAR - VICEPRESIDENTE DE PRODUCTO
C.C. 52.646.070

TOMADOR



Lineas de Atención al Cliente:

- Nacional: 01 8000 111 935
- Bogotá: 327 4712 - 327 4713



Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando reponsablemente.
Protege el medio ambiente evitando la impresión de este documento.

GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES (DECRETO 1082 DE 2015)

1. RIESGOS AMPAROS

LA ASEGURADORA OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA HASTA EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARATULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA SERÁN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA NO PODRÁ RECLAMAR O TOMAR EL VALOR DE UN AMPARO PARA CUBRIR O INDEMNIZAR EL VALOR DE OTROS. ESTOS NO SON ACUMULABLES Y SON EXCLUYENTES ENTRE SI, SEGÚN LAS DEFINICIONES Y ALCANCE QUE A CONTINUACIÓN SE ESTIPULAN:

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA

LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUBRE 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.

ESTE AMPARO CUBRE LOS PERJUICIOS SUFRIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL CON OCASIÓN DE:

- (I)** LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO;
- (II)** EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO; Y
- (III)** LA APROPIACIÓN INDEBIDA DE LOS RECURSOS RECIBIDOS EN CALIDAD DE ANTICIPO.

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO

ESTE AMPARO CUBRE LOS PERJUICIOS SUFRIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL POR LA NO DEVOLUCIÓN TOTAL O PARCIAL DEL DINERO ENTREGADO AL CONTRATISTA A TÍTULO DE PAGO ANTICIPADO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR.

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL DE LOS PERJUICIOS 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.

1.5 AMPARO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES

ESTE AMPARO DEBE CUBRIR A LA ENTIDAD ESTATAL DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES DEL CONTRATISTA DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADO EN EL TERRITORIO NACIONAL PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO AMPARADO.

LA ENTIDAD ESTATAL NO DEBE EXIGIR UNA GARANTÍA PARA CUBRIR ESTE RIESGO EN LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL CON PERSONAL CONTRATADO BAJO UN RÉGIMEN JURÍDICO DISTINTO AL COLOMBIANO.

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE OBRA.

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS POR CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, IMPUTABLE AL CONTRATISTA, SUFRIDO POR LA OBRA ENTREGADA A SATISFACCIÓN.

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO.

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL POR LOS PERJUICIOS DERIVADOS DE LA DEFICIENTE CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO

1.8 AMPARO DE CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES

ESTE AMPARO CUBRE LA CALIDAD Y EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES QUE RECIBE LA ENTIDAD ESTATAL EN CUMPLIMIENTO DE UN CONTRATO.

1.9 RESPONSABILIDAD FISCAL

EN VIRTUD DE LO SEÑALADO EN EL ARTICULO 44 DE LA LEY 610 DE 2000, LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CUBRIRÁ LOS PERJUICIOS CAUSADOS A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA COMO CONSECUENCIA DE LA CONDUCTA DOLOSA O CULPOSA, O DE LA RESPONSABILIDAD 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.

2. EXCLUSIONES

LOS AMPAROS PREVISTOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO OPERARAN EN LOS CASOS SIGUIENTES:

- 2.1** CAUSA EXTRAÑA, ESTO ES LA FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO, EL HECHO DE UN TERCERO O LA CULPA EXCLUSIVA DE LA VICTIMA).
- 2.2** DAÑOS CAUSADOS POR EL CONTRATISTA A LOS BIENES DE LA ENTIDAD NO DESTINADOS AL CONTRATO.
- 2.3** USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO AL QUE ESTE OBLIGADA LA ENTIDAD ESTATAL.
- 2.4** EL DETERIORO NORMAL QUE SUFRAN LOS BIENES ENTREGADOS CON OCASIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, COMO CONSECUENCIA DEL TRANSURSO DEL TIEMPO.

3. SUMA ASEGURADA

LA SUMA ASEGURADA DETERMINADA PARA CADA AMPARO EN LA CARATULA DE ESTA PÓLIZA, DELIMITA LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO.

4. VIGENCIA

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA, SE HARÁ CONSTAR EN LA CARATULA O EN SUS ANEXOS. EN LOS CONTRATOS DE QUE TRATA EL ARTÍCULO 2.2.1.2.3.1.3 DEL DECRETO 1082 DE 2015, EL GARANTE TIENE LA FACULTAD LEGAL DE DECIDIR NO GARANTIZAR LA ETAPA SIGUIENTE, CASO EN EL CUAL DEBE INFORMAR SU DECISIÓN POR ESCRITO A LA ENTIDAD ESTATAL GARANTIZADA SEIS (6) MESES ANTES DEL VENCIMIENTO DEL PLAZO DE LA GARANTÍA. ESTE AVISO NO AFECTA LA GARANTÍA DE LA ETAPA CONTRACTUAL O PERÍODO CONTRACTUAL EN EJECUCIÓN. SI EL GARANTE NO DA EL AVISO CON LA ANTICIPACIÓN MENCIONADA Y EL CONTRATISTA NO OBTIENE UNA NUEVA GARANTÍA, QUEDA OBLIGADO A GARANTIZAR LA ETAPA DEL CONTRATO O EL PERÍODO CONTRACTUAL SUBSIGUIENTE.

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA

DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 1077 EN CONCORDANCIA CON EL ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DEBERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y ACREDITAR LA CUANTÍA DE LA PERDIDA PREVIO AGOTAMIENTO DEL DERECHO DE DEFENSA DEL CONTRATISTA Y DEL GARANTE, DE LA SIGUIENTE FORMA:

- 5.1** EN CASO DE CADUCIDAD, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011, POR MEDIO DEL ACTO ADMINISTRATIVO EN EL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL DECLARE LA CADUCIDAD DEL CONTRATO Y ORDENE EL PAGO AL CONTRATISTA Y AL GARANTE, BIEN SEA DE LA CLÁUSULA PENAL O DE LOS PERJUICIOS QUE HA CUANTIFICADO. EL ACTO ADMINISTRATIVO DE CADUCIDAD CONSTITUYE EL SINIESTRO.

5.2 EN CASO DE APLICACIÓN DE MULTAS, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011, POR MEDIO DEL ACTO ADMINISTRATIVO EN EL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL IMPONE MULTAS, DEBE ORDENAR EL PAGO AL CONTRATISTA Y AL GARANTE. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE CONSTITUYE EL SINIESTRO.

5.3 EN LOS DEMÁS CASOS DE INCUMPLIMIENTO, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011, POR MEDIO DEL ACTO ADMINISTRATIVO EN EL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL DECLARE EL INCUMPLIMIENTO, PUEDE HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL, SI ESTÁ PACTADA EN EL CONTRATO, Y ORDENAR SU PAGO AL CONTRATISTA Y AL GARANTE. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ES LA RECLAMACIÓN PARA LA COMPAÑÍA DE SEGUROS.

6. PROCEDIMIENTO PARA LA IMPOSICIÓN DE MULTAS, SANCIONES Y DECLARATORIAS DE INCUMPLIMIENTO.

LAS ENTIDADES SOMETIDAS AL ESTATUTO GENERAL DE CONTRATACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA PODRÁN DECLARAR EL INCUMPLIMIENTO, CUANTIFICANDO LOS PERJUICIOS DEL MISMO, IMPONER LAS MULTAS Y SANCIONES PACTADAS EN EL CONTRATO, Y HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL. PARA TAL EFECTO OBSERVARAN EL SIGUIENTE PROCEDIMIENTO:

A) EVIDENCIADO UN POSIBLE INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA, LA ENTIDAD PÚBLICA LO CITARÁ A AUDIENCIA PARA DEBATIR LO OCURRIDO. EN LA CITACIÓN, HARÁ MENCIÓN EXPRESA Y DETALLADA DE LOS HECHOS QUE LA SOPORTAN, ACOMPAÑANDO EL INFORME DE INTERVENTORÍA O DE SUPERVISIÓN EN EL QUE SE SUSTENTE LA ACTUACIÓN Y ENUNCIARÁ LAS NORMAS O CLAUSULAS POSIBLEMENTE VIOLADAS Y LAS CONSECUENCIAS QUE PODRÍAN DERIVARSE PARA EL CONTRATISTA EN DESARROLLO DE LA ACTUACIÓN. EN LA MISMA SE ESTABLECERÁ EL LUGAR, FECHA Y HORA PARA LA REALIZACIÓN DE LA AUDIENCIA, LA QUE PODRÁ TENER LUGAR A LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE, ATENDIDA LA NATURALEZA DEL CONTRATO Y LA PERIODICIDAD ESTABLECIDA PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES. EN EL EVENTO EN QUE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CONSISTA EN PÓLIZA DE SEGUROS, EL GARANTE SERÁ CITADO DE LA MISMA MANERA;

B) EN DESARROLLO DE LA AUDIENCIA, EL JEFE DE LA ENTIDAD O SU DELEGADO, PRESENTARÁ LAS CIRCUNSTANCIAS DE HECHO QUE MOTIVAN LA ACTUACIÓN, ENUNCIARÁ LAS POSIBLES NORMAS O CLAUSULAS POSIBLEMENTE VIOLADAS Y LAS CONSECUENCIAS QUE PODRÍAN DERIVARSE PARA EL CONTRATISTA EN DESARROLLO DE LA ACTUACIÓN. ACTO SEGUIDO SE CONCEDERÁ EL USO DE LA PALABRA AL REPRESENTANTE LEGAL DEL CONTRATISTA O A QUIEN LO REPRESENTA, Y AL GARANTE, PARA QUE PRESENTEN SUS DESCARGOS, EN DESARROLLO DE LO CUAL PODRÁ RENDIR LAS EXPLICACIONES DEL CASO, APORTAR PRUEBAS Y CONTROVERTIR LAS PRESENTADAS POR LA ENTIDAD;

C) HECHO LO PRECEDENTE, MEDIANTE RESOLUCIÓN MOTIVADA EN LA QUE SE CONSIGNE LO OCURRIDO EN DESARROLLO DE LA AUDIENCIA Y LA CUAL SE ENTENDERÁ NOTIFICADA EN DICHO

ACTO PÚBLICO, LA ENTIDAD PROCEDERÁ A DECIDIR SOBRE LA IMPOSICIÓN O NO DE LA MULTA, SANCIÓN O DECLARATORIA DE INCUMPLIMIENTO. CONTRA LA DECISIÓN ASÍ PROFERIDA SÓLO PROCEDE EL RECURSO DE REPOSICIÓN QUE SE INTERPONDRÁ, SUSTENTARÁ Y DECIDIRÁ EN LA MISMA AUDIENCIA. LA DECISIÓN SOBRE EL RECURSO SE ENTENDERÁ NOTIFICADA EN LA MISMA AUDIENCIA;

D) EN CUALQUIER MOMENTO DEL DESARROLLO DE LA AUDIENCIA, EL JEFE DE LA ENTIDAD O SU DELEGADO, PODRÁ SUSPENDER LA AUDIENCIA CUANDO DE OFICIO O A PETICIÓN DE PARTE, ELLO RESULTE EN SU CRITERIO NECESARIO PARA ALLEGAR O PRACTICAR PRUEBAS QUE ESTIME CONDUCENTES Y PERTINENTES, O CUANDO POR CUALQUIER OTRA RAZÓN DEBIDAMENTE SUSTENTADA, ELLO RESULTE NECESARIO PARA EL CORRECTO DESARROLLO DE LA ACTUACIÓN ADMINISTRATIVA. EN TODO CASO, AL ADOPTAR LA DECISIÓN, SE SEÑALARÁ FECHA Y HORA PARA REANUDAR LA AUDIENCIA. LA ENTIDAD PODRÁ DAR POR TERMINADO EL PROCEDIMIENTO EN CUALQUIER MOMENTO, SI POR ALGÚN MEDIO TIENE CONOCIMIENTO DE LA CESACIÓN DE SITUACIÓN DE INCUMPLIMIENTO.

7. COMPENSACIÓN

SI LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA AL MOMENTO DE TENER CONOCIMIENTO DEL INCUMPLIMIENTO, O CON POSTERIORIDAD A ESTE O DEL RESULTADO DE LA LIQUIDACIÓN, FUERE DEUDORA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO POR CUALQUIER CONCEPTO, SE APLICARÁ LA COMPENSACIÓN Y LA INDEMNIZACIÓN SE DISMINUIRÁ EN EL MONTO DE LAS ACRENCIAS, SEGÚN LA LEY, DE CONFORMIDAD CON LO SEÑALADO EN LOS ARTÍCULOS 1417 Y SS. DEL CÓDIGO CIVIL. IGUALMENTE DISMINUIRÁ EL VALOR DE LA INDEMNIZACIÓN, EL CORRESPONDIENTE A LOS BIENES QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA HAYA OBTENIDO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO JUDICIAL O EXTRAJUDICIALMENTE, EN EJERCICIO DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO CUYO CUMPLIMIENTO SE GARANTIZA POR LA PRESENTE PÓLIZA.

8. PAGO DEL SINIESTRO.

LA ASEGURADORA PAGARÁ EL VALOR DEL SINIESTRO, ASÍ:

8.1 PARA EL CASO PREVISTO EN EL NUMERAL 5.1, DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE CON TAL FIN HAGA LA ENTIDAD CONTRATANTE PARA RECLAMAR EL PAGO, ACOMPAÑADA DE UNA COPIA AUTÉNTICA DEL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EJECUTORIADO Y DEL ACTA DE LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO O DE LA RESOLUCIÓN EJECUTORIADA QUE ACOJA LA LIQUIDACIÓN UNILATERAL.

8.2 PARA EL CASO DEL NUMERAL 5.2, DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE HAGA LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, ACOMPAÑADA DE LA COPIA AUTÉNTICA DEL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EJECUTORIADO, JUNTO CON LA CONSTANCIA DE LA ENTIDAD ESTATAL DE LA NO EXISTENCIA DE SALDOS A FAVOR DEL CONTRATISTA RESPECTO DE LOS CUALES SE PUEDA APLICAR LA COMPENSACIÓN DE QUE TRATA LA CONDICIÓN SEXTA DE ESTE CLAUSULADO, O EN LA QUE CONSTE LA DISMINUCIÓN EN EL VALOR A INDEMNIZAR EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN.

8.3 PARA EL CASO PRESENTADO EN EL NUMERAL 5.3, DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE CON TAL FIN HAGA LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, ACOMPAÑADA DE UNA COPIA AUTÉNTICA DEL ACTO ADMINISTRATIVO QUE CONSTITUYA LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO, JUNTO CON LA CONSTANCIA DE LA ENTIDAD ESTATAL DE LA NO EXISTENCIA DE SALDOS AL FAVOR DEL CONTRATISTA RESPECTO DE LOS CUALES SE PUEDA APLICAR LA COMPENSACIÓN DE QUE TRATA LA CONDICIÓN SEXTA DE ESTE CLAUSULADO O EN LA QUE CONSTE LA DISMINUCIÓN EN EL VALOR A INDEMNIZAR EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN.

PARÁGRAFO. – DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1110 DEL CÓDIGO DE COMERCIO LA ASEGURADORA PODRÁ OPTAR POR CUMPLIR SU PRESTACIÓN MEDIANTE EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, O CONTINUANDO CON LA EJECUCIÓN DE LA OBLIGACIÓN GARANTIZADA, PARA ESTE ÚLTIMO EVENTO SE REQUIERE LA ACEPTACIÓN DE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA.

LA DECLARATORIA DE CADUCIDAD NO IMPEDIRÁ QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA TOME POSESIÓN DE LA OBRA O CONTINÚE INMEDIATAMENTE LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRATADO, BIEN SEA A TRAVÉS DEL GARANTE O DE OTRO CONTRATISTA.

EN EL EVENTO QUE POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO LA ASEGURADORA RESOLVIERA CONTINUAR, COMO CESIONARIO O A FAVOR DE QUIEN DETERMINE ESTA, CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA ESTUVIESE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA GARANTIZADO ACEPTA DESDE AHORA LA CESIÓN DEL CONTRATO A FAVOR DE LA ASEGURADORA. EN TAL EVENTO LA ASEGURADORA PRESENTARÁ GARANTÍAS.

9. CERTIFICADOS DE MODIFICACIÓN

PARA LOS CASOS EN QUE LA SUMA ASEGURADA SEA AUMENTADA O DISMINUIDA Y PARA AQUELLOS EN LOS CUALES LAS ESTIPULACIONES DEL CONTRATO ORIGINAL SEAN MODIFICADAS, LA ASEGURADORA A SOLICITUD DEL CONTRATISTA GARANTIZADO EXPEDIRÁ UN CERTIFICADO O ANEXO DE MODIFICACIÓN DEL SEGURO, EN DONDE EXPRESE SU CONOCIMIENTO AL RESPECTO DE LAS MODIFICACIONES ACORDADAS ENTRE EL CONTRATISTA GARANTIZADO Y LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA.

10. SUBROGACIÓN

EN VIRTUD DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1096 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EN CONCORDANCIA CON EL ARTÍCULO 203 DEL DECRETO 663 DE 1993 ESTATUTO ORGÁNICO DEL SISTEMA FINANCIERO, LA ASEGURADORA SE SUBROGA HASTA CONCURRENCIA DE SU IMPORTE, EN TODOS LOS DERECHOS QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE TENGA CONTRA EL CONTRATISTA GARANTIZADO.

11. NO EXPIRACIÓN POR FALTA DE PAGO DE PRIMA E IRREVOCABILIDAD

LA PRESENTE PÓLIZA NO EXPIRARA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NI POR REVOCACIÓN UNILATERAL.

12. NATURALEZA DEL SEGURO

LA GARANTÍA OTORGADA POR ESTA PÓLIZA O SUS CERTIFICADOS DE MODIFICACIÓN, NO ES SOLIDARIA, NI INCONDICIONAL Y SU EXIGENCIA ESTÁ SUPEDITADA A LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y SU CUANTIFICACIÓN.

13. NOTIFICACIONES Y RECURSOS

LA ENTIDAD CONTRATANTE DEBERÁ NOTIFICAR A LA ASEGURADORA LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS ATINENTES A LA EFECTIVIDAD DE LA PÓLIZA, PREVIO AGOTAMIENTO DEL DERECHO DE DEFENSA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO Y EL GARANTE.

14. COEXISTENCIA DE SEGUROS

EN CASO DE EXISTIR, AL MOMENTO DE SINIESTRO, OTRO SEGURO DE CUMPLIMIENTO CON RELACIÓN AL MISMO CONTRATO, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN A QUE HAY LUGAR, SE DISTRIBUIRÁ ENTRE LOS ASEGURADORES EN PROPORCIÓN A LAS CUANTÍAS DE SUS RESPECTIVOS SEGUROS

15. COASEGURO

EN CASO DE EXISTIR COASEGURO AL QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 1095 DE CÓDIGO DE COMERCIO, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN A QUE HAYA LUGAR SE DISTRIBUIRÁ ENTRE LOS ASEGURADORES EN PROPORCIÓN DE LAS CUANTÍAS DE SUS RESPECTIVOS SEGUROS, SIN QUE EXISTA SOLIDARIDAD ENTRE LAS ASEGURADORAS PARTICIPANTES, Y SIN EXCEDER DE LA SUMA ASEGURADA BAJO EL CONTRATO DE SEGURO.

16. PRESCRIPCIÓN

LA PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL PRESENTE CONTRATO SE REGIRÁ POR LAS NORMAS DEL CÓDIGO DE COMERCIO SOBRE CONTRATO DE SEGURO.

17. DOMICILIO

SIN PERJUICIO DE LAS DISPOSICIONES PROCESALES, PARA LOS EFECTOS RELACIONADOS EN EL PRESENTE CONTRATO SE FIJA COMO DOMICILIO DE LAS PARTES LA CIUDAD DE BOGOTÁ EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA EN FE DE LO ANTERIOR, SE FIRMA A LOS _____ DÍAS DEL MES DE _____ DE 20____



COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

EL TOMADOR/ASEGURADO

LA COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A

CERTIFICA:

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza **BQ-100072829** y endoso, **0** cuyo afianzado es: **MERCADO TORRES, LORAINÉ MARGARITA** Asegurado o Beneficiario: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA CENTRO PARA EL DESARROLLO AGROECOLÓGICO Y AGROINDUSTRIAL / SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA CENTRO PARA EL DESARROLLO AGROECOLÓGICO Y AGROINDUSTRIAL**, expedida por la Compañía en **25/07/2023**, no expirará por falta de pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o por revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

BARRANQUILLA a los 25 días del mes **JULIO** del año **2023**.



Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.