SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL VALLE
CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE

Código Regional	**76**
Código Centro	**912410**
Fecha Elaboración	**Agosto de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**64897-344352**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ENEDITE DEDIEGO JARAMILLO	**C.C.**	38.862.585	**IP/Nº de contacto**	3163290027
Correo electrónico contratista:	edediegoj@sena.edu.co				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** SI **Es Pensionado?** SI

Banco al cual consignar: BANCO DE BOGOTA **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 **Nº Cuenta** 188216949

Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los $ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA) NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 5296608/2023 **Nº Compromiso SIIF** **252023**

Valor Total del Contrato	$ 16.000.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 16.000.000	**1**	**Del**	**16/08/2023**	**Al**	**31/08/2023**	**$ 2.000.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 14.000.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL ORIENTANDO FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL COMO INSTRUCTOR SENA A TRAVÉS DE ACCIONES REGULARES EN LAS MODALIDADES PRESENCIAL Y A DISTANCIA EN LOS DIFERENTES NIVELES DE FORMACIÓN DEL CAB.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.000.000		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 2.000.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.382.100**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Agosto	Julio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9453337894**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.160.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 145.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 0	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 12.200	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 500.000	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.241.200	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.357.184	$ -	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 460.700	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.382.100,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.000.000,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8523	6.000,00	0,300%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-UCEVA	10.000,00	0,500%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$1.984.000,00**	

SON: UN MILLÓN NOVECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

ver informe mensual del mes de AGOSTO aplicativo SENA SOFIAPLUS

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.

ENEDITE DEDIEGO JARAMILLO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

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

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

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

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

JOSE JULIAN MOSQUERA MARTINEZ
INSTRUCTOR G11

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

MAURICIO GOMEZ FAJARDO

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	38862585
NOMBRES	ENEDITE
APELLIDOS	DE DIEGO JARAMILLO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	VALLE
MUNICIPIO	BUGA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS SURAMERICANA S.A.	CONTRIBUTIVO	01/12/2001	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	07/25/2023 10:46:31	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ENEDITE DE DIEGO JARAMILLO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **38862585,** se encuentra afiliado/a desde **01/03/1984** 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 25 de julio de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14928370980

(415)7707212489984(8020) 000001492837098 0

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	38862585	1 9 8 1 1 2 1 4

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Guadalajara de Buga 1 1 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
DE DIEGO	JARAMILLO	ENEDITE	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Guadalajara de Buga 1 1 1

41. Dirección principal: CL 8 SUR 16 80 BRR SANTA RITA

42. Correo electrónico: edejar@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 6 3 2 9 0 0 2 7	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 5 1	2 0 2 1 0 6 1 7	0 0 2 0	2 0 2 0 0 7 0 1	8 6 9 9		2 2 2 4	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

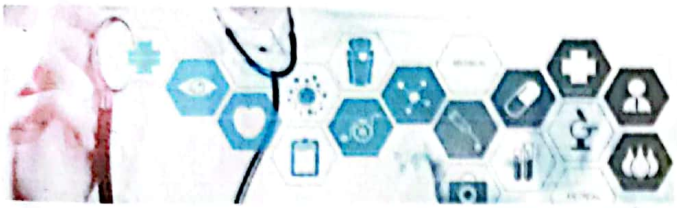
59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 07 - 21 / 17 : 10: 09

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 DE DIEGO JARAMILLO ENEDITE
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO



CENTRO OCUPACIONAL INTEGRAL BUGA S.A.S

Dra. Laura Daniela Anaya Hadechini
RM 137420-04 Resolución 0420
Aprobado por Resolución No 0842 Nit. 900448249-5
Carrera 16 No 5-54 Guadalajara de Buga
Tel. 2388720 Cel. 300 726 5903



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 20.519

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
15 DÍA	04 MES	2021 AÑO	GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
SENA	SENA

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
DE DIEGO JARAMILLO ENEDITE	FEMENINO	58 AÑOS 6 MESES 10 DÍAS	CC (Tipo)	38862585 (Numero)

Cargo: **DOCENTE**

Celular: **3163290027**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)

Observaciones: *SIN RESTRICCION PARA EL CARGO*

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:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	✓	OPTOMETRÍA	✓
AUDIOMETRÍA TAMIZ	✓	CONSULTA DE PSICOLOGÍA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : POR HIPERTENSION	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PREVIA DESINFECCION DE MANOS Y PIES Y DILIGENCIADO FORMATO CUESTIONARIO DE TAMIZAJE PARA COVID- 19, EN LA EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL DEL ESTADO DE SALUD DEL TRABAJADOR, EVALUANDO LA PRESENCIA DE SIGNOS Y SINTOMAS RESPIRATORIOS AGUDOS SIN HALLAR EN EL MOMENTO EVIDENCIA DE PADECER DE ENFERMEDAD RELACIONADAS POR COVID 19; SIN EMBARGO ESTA EVALUACION NO GARANTIZA QUE EL TRABAJADOR EN DIAS POSTERIORES NO PRESENTE LA ENFERMEDAD, EN CASO DE PRESENTAR ALGUN SINTOMA AL RESPECTO SE RECOMIENDA REALIZAR UNA NUEVA VALORACION MEDICA EN SU EPS.
ADEMAS MANTENER DISTANCIAMIENTO OBLIGATORIO PREVENTIVO, USAR TAPA BOCA, LAVADO DE MANOS CADA DOS HORAS, NO SALUDAR DE ABRAZOS Y BESOS. SEGÚN LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y DE PROTECCION SOCIAL CONFORME LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCION 507 DE 2020, POR CONDICION DE BASE QUE LE PONE EN RIESGO DE HACER COMPLICACIONES EN CASO DE INFECCION POR COVID 19, SE RECOMIENDA QUE EL TRABAJADOR REALICE SUS ACTIVIDADES LABORALES DE MANERA REMOTA O A DISTANCIA, O EN CASO DE QUE LAS ACTIVIDADES QUE DESEMPEÑE, POR SU NATURALEZA, NO PUEDAN DESARROLLARSE DE MANERA REMOTA, DEBE SER PRIORIZADO EN LOS TURNOS O EN CUALQUIER OTRA FORMA DE ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO, PARA QUE TENGA UN MENOR RIESGO DE CONTACTO CON OTRAS PERSONAS.
CON ALTERACIÓN VISUAL, HIPERTENSO CONTINUAR TRATAMIENTO Y CONTROL EN EL PROGRAMA DE HIPERTENSOS EN SU EPS, DIETA ADECUADA HABITOS DE VIDA SALUDABLES EJERCICIOS CON SOBREPESO, USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN DE ACORDE A LOS FACTORES DE RIESGOS EXPUESTO, EDUCACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y MEDIDAS DE ERGONOMIA, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS.

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.

Médico		Aspirante o Trabajador	
Firma:		Firma:	
Nombre:	ANAYA HADECHINI LAURA DANIELA	Nombre:	DE DIEGO JARAMILLO ENEDITE
R. M.:	137420-04	L.S.O.: 0420	CC: 38862585

Powered by CamScanner

CENTRO OCUPACIONAL INTEGRAL BUGA S.A.S.

Dra. Laura Daniela Anaya Hadechini
Medico General - Esp. Salud Ocupacional
RM: 137420-04 Resolucion 0420
Aprobado por Resolución No. 0842 – Secretaria Dptal. De Salud
NIT: 900448249-5

FORMATO DE OPTOMETRIA

Ciudad Buga Fecha: 16/04/21 Empresa:

1. DATOS E IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

Apellidos y Nombres completos: Enedite de Diego Jaramillo

No. Identificación: 38862587 de
Fecha de Nacimiento: Edad: 57 F. Ingreso: Sexo: ☐ Masculino ☑ Femenino Antigüedad:

Nombre del cargo actual o a desempeñar: Enfermera Sección:

2. ANTECEDENTES LABORALES

Factores de riesgo visual						Frecuencia de uso de protección visual			
Pantallas de visualización	☑	Alta exigencia visual	☐	Radiaciones (calor)	☐	Nunca	☐	Según Exposición	☐
Iluminación inadecuada	☐	Gases, vapores, humos	☑	Líquidos irritantes	☐	Ocasional	☐	Siempre	☐
Material particulado	☐	Proyección de Partículas	☑	Otros	☐				

3. ANTECEDENTES PERSONALES

Antecedentes Personales						Síntomas Visuales				Usuario de lentes de Corrección	
Trastorno	☐	Conjuntivitis	☐	Cirugía Ocular	☐	Cefalea	☐	Disminución AV	☐	Uso Permanente	☐
Cataratas	☐	Trauma Ocular	☐	Cirugía Refractiva	☐	Fotofobia	☐	Visión Borrosa	☐	Uso Ocasional	☐
Pterigio	☐	Diabetes Mellitus	☐	Otros	☐	Lagrimeo	☐	Enrojecimiento	☐	No usa	☐
Hipertensión Arterial	☐	Infección Ocular	☐			Ardor	☐	Prurito	☐		

4. EVALUACIÓN VISUAL

Rx en uso		VL	AV	ADD	AV	AV VL SC	AV PV SC
	O.D.						
	O.I.						

Estado Motor	CT	VL	VP	PPC
Reflejos pupilares Presente		Ø	X	4cm.

O.D. O.I. Oftalmoscopia: Normal. AO

Visión Cromática	Visión estereoscópica	Campo Visual	Observaciones
Normal	40" Nro	180° N	

Rx Final				
	O.D. 4075	ADD. 250	Agudeza visual CC	20/20
	O.I. 4075	ADD. 250	Agudeza visual CC	20/20

5. DIAGNOSTICO

Emétrope	☐	Astigmatismo	☐	Alteración del Campo visual	☐	Blefaritis	☐	Hiperemia conjuntiva	☐	Ambliopía	☐
Miopía	☐	Presbicia	☑	Alteración visión de profundidad	☐	Ojo Seco	☐	Conjuntivitis	☐	Pterigio	☐
Hipermetropía	☐	Disbalance muscular	☐	Alteración visión color	☐	Glaucoma	☐	Alteración Párpados	☐	Catarata	☐

6. CONDUCTA Y RECOMENDACIONES

Apto visualmente sin lentes de corrección	☐	Lentes de corrección de uso ocasional	☐	Valoración Oftalmológica	☐
Apto con lentes de Corrección en uso	☑	Lentes de corrección de uso permanente	☐	Valoración Ortoptica	☐
Se da x de lentes de corrección por 1ª. Vez	☐	Cambio de Rx de lentes de corrección	☐		

Firma Especialista y Registro

Firma y Cédula del Trabajador

Carrera 16 No. 5 - 53 Buga (Valle) /tel. 2382252 – 3007265803
E-mail: laura-anaya@hotmail.com – centroocupacionalintegralbuga@gmail.com

Powered by CamScanner

CENTRO OCUPACIONAL INTEGRAL BUGA S.A.S.

Dra. Laura Daniela Anaya Hadechini
Medico General - Esp. Salud Ocupacional
RM: 137420-04 Resolucion 0420
Aprobado por Resolución No. 0842 – Secretaria Dptal. De Salud
NIT: 900448249-5

AUDIOMETRIA

Fecha: 16-4-21

Nombre: Esmeralda De Diego Jaramillo Cedula: 38862585 Edad: 67

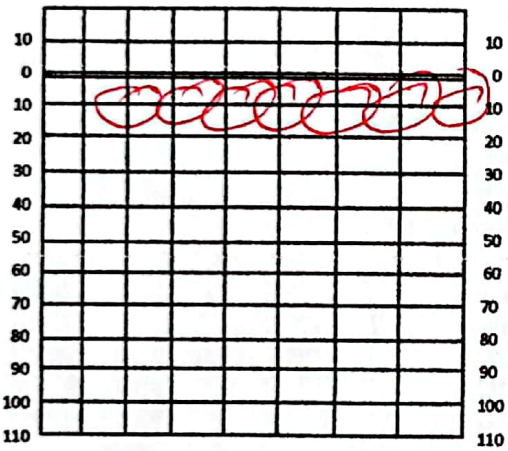
Empresa: Postiaulas Cargo: _____

Le han realizado audiometrías en el último año SI_____ NO_____

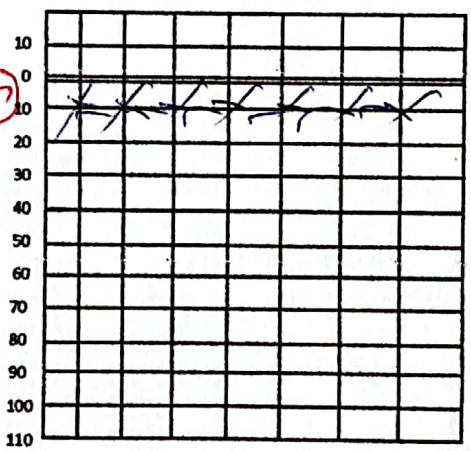
Resultado: Normal _____ Alterado _____ Explique _____

OTOSCOPIA	OD	OI	OBSERVACIONES
Tapón de Cerumen			
Conducto Auditivo Externo			
Membrana Timpánica			
Secreciones			
Otras			

OD



OI



OD	OI
O Aérea	X Aérea
< Ósea	> Ósea
△ Masking	□ Ósea
⊏ Masking	⊐ Masking

O.D.	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
Vía Aérea		10	10	10	10	10	10	10
Vía Ósea		–	–	–	–			

O.I.	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
Vía Aérea		10	10	10	10	10	10	10
Vía Ósea		–	–	–				

DIAGNOSTICO

O.D. NORMAL ✓ GI _____ GII _____ GIII _____

O.I. NORMAL ✓ GI _____ GII _____ GIII _____

HORAS REPOSO AUDITIVO _____

EQUIPO _____

FECHA CALIBRACIÓN _____

OTROS DIAGNOSTICOS:

OD Audición normal

OI Audición normal

OBSERVACIONES: _____

CONDUCTA A SEGUIR

VALORACION CONFIRMATORIA	☐
CONTROL EN UN (1) AÑO	☐
CONTROL EN SEIS (6) MESES	☐
CONTINUAR USO EPP	☐
DOTAR EPP	☐
REMISION MEDICO EPS	☐

Esmeralda De Diego J.
Firma del Trabajador

Amparo Soto De Cruz
FONOAUDIOLOGA
UNIVERSIDAD DEL VALLE
R.M. 11700
Fonoaudióloga

Powered by CamScanner

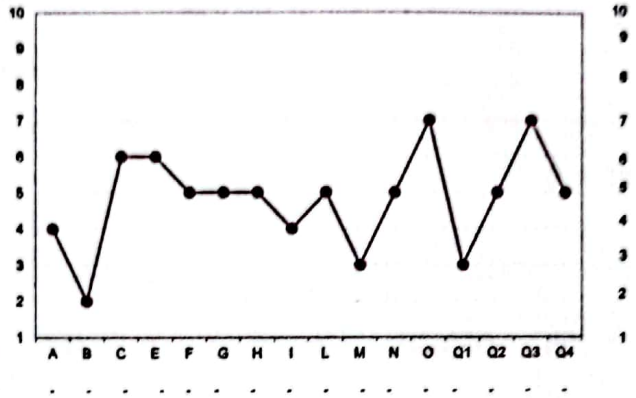
Estandarización Sistematizada del 16-PI Marzo 2004

Uso confidencial

Nombre:	ENEDITC DE DIEGO JARAMILLO ENEDITE		Edad: 58	Sexo:	F
Area de profesión:	ENFERMERA	Nivel de estudios:	PROFESIONAL	Forma	A
Distorsión:	8 Algo distorsinador	Negación	2 Cooperativo	Baremo:	Adultos Mujeres
Aplicado por:	SONIA FALLA	Fecha	16-abr-21	IP:	Indicador a profundizar

11	A	Reservado/Abierto	4
4	B	Rto.Concreto/Abstracto	2
19	C	Inestabilidad/Estabilidad emocional	6
12	E	Sumiso/Dominante	6
14	F	Prudente/Impulsivo	5
16	G	Despreocupado/Escrupuloso	5
16	H	Tímido/Espontáneo	5
11	I	Racional/Emocional	4
7	L	Confiado/Suspicaz	5
6	M	Practico/Soñador	3
11	N	Sencillo/Astuto	5
13	O	Seguro/Inseguro	7
5	Q1	Tradicionalista/Innovador	3
7	Q2	Dependencia Del Grupo/Autosuficiencia	5
16	Q3	Desinhibido/Controlado	7
7	Q4	Tranquilo/Tensionado	5

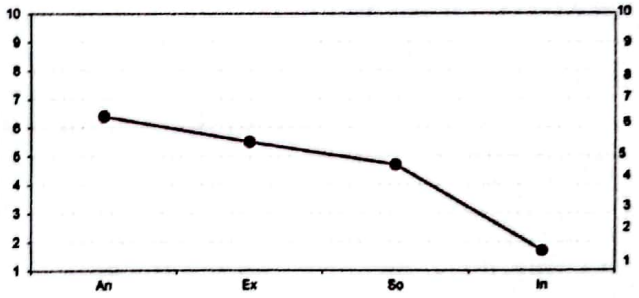
P.Directos Decatipos



IP= Indicador a profundizar

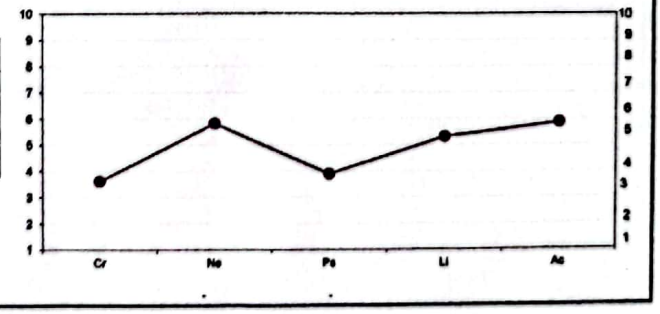
An	Baja/Alta Ansiedad	6,4
Ex	Introversión/Extraversión	5,5
So	Baja/Alto control social	4,7
In	Dependencia/Independencia	1,7

Factores de Segundo Orden



Cr	Creatividad	3,63
Ne	Neuroticismo	5,83
Ps	Psicotismo	3,9
Li	Liderazgo	5,32
Ac	Libres de accidentes	5,86

Ecuaciones Derivadas de Prefiles



Los siguientes textos son una herramienta para facilitar la interpretación de la prueba pero no constituyen la interpretación de la misma. Su uso debe hacerse desde la posición ética y profesional de la psicología

A Es una persona que no tiene preferencias entre permanecer y trabajar sola, o ser participativa socialmente.

B Dificultad en el manejo de problemas a nivel abstracto, se inclina en hacerlo a nivel concreto. De juicio intelectual pobre.

C Persona con mediana fuerza del ego. En algunas ocasiones se puede mostrar inestable emocionalmente, su manejo de la realidad no es del todo estructurado.

Powered by CamScanner

E	Persona que presenta niveles equilibrados entre ser sumisa y dominante.
F	Es una persona con un nivel intermedio entre ser prudente y ser impulsiva.
G	Presenta un nivel intermedio en su nivel de responsabilidad y en aceptar las normas sociales.
H	Es una persona con disposición a ser sociable y espontánea. Dispuesta en algunas ocasiones a ser atrevida e intentar nuevas cosas.
I	La persona actúa con igual facilidad entre las respuestas de pensamiento y sentimiento.
L	Presenta un nivel intermedio de confianza en las personas y en las situaciones.
M	Es una persona preocupada por intereses y hechos inmediatos. Se muestra ansiosa por hacer cosas correctamente. Atenta a los problemas prácticos y cercanos. Sujeta a lo que le es posible.
N	Puede ser sencilla e ingenua socialmente o calculadora en ocasiones.
O	Es una persona insegura, intranquila, preocupada y deprimida. Se culpa por sus acciones erradas. Se afecta con facilidad, es muy sensible a la aprobación de los demás.
Q1	Es conservadora, respetuosa de las ideas establecidas, tolerante de los defectos tradicionales. Es precavida y resistente a las nuevas ideas, pospone los cambios, sigue la línea tradicional es convencionalista.
Q2	Tiende a ser autosuficiente e ingeniosa, llena de recursos, prefiere sus propias decisiones. Usualmente busca resolver los problemas por sí misma. Valora la privacidad y la libertad de escoger.
Q3	Tiene signos de perfeccionista, con alta congruencia en el autoconcepto percibido y el deseado. Alto nivel de autocontrol.
Q4	Presenta intermedio entre el estado de tensión y de tranquilidad ante sí mismo y ante las situaciones.

Psicóloga
Reg. 76 - 0649
T.P. 136116

Powered by CamScanner

Psicólogo(a) integral: Psicoterapia niños, adultos, adolescentes y de pareja- dificultad en aprendizaje y selección de personal. Sonifalla3@gmail.com tel 3166107148-2276229.

16/04/2021

ENEDITC DE DIEGO JARAMILLO ENEDITE

Informe Psicológico wartegg

Se muestra como una persona muy racional, distante y fría.

La candidata en cuestión utiliza pocos recursos para lograr sus objetivos, por limitación propia o por falta de empeño.

Evidencia personalidad cíclica periodos de excitabilidad y depresión, muestra un nivel de ansiedad por encima de lo normal; presenta leves niveles de neuroticismo en general manejables.

No es una persona muy dinámica, sin embargo, es asertiva sin importarle mucho lo que digan los demás.

Hay indicación de capacidad de asociación y de síntesis, tiende a mostrar buenos niveles de comprensión por lo que puede llegar a ser una persona creativa; puede ser un poco distraída poco observadora y poco preocupada por los detalles externos.

Recomendable para trabajos que requieran una adherencia constante al status quo y un respeto por los méritos establecidos y por las maneras de hacer las cosas.

Ha aprendido a ser sensible, a preocuparse por las necesidades de los demás, muestra inmadurez afectiva, reacción infantil frente a las posibilidades de relacionamiento, o dificultad para intimar en relaciones ya establecidas.

Es una persona pasiva frente al sistema, acata la norma buscando aprobación social.

Sonia Falla L
SONIA FALLA
Reg. 76 - 0649
T.P. 138116

Psicólogo(a)

Powered by CamScanner

RESULTADO

NOMBRE:	Sra.ENEDITE DEDIEGO JARAMILLO	REFERENCIA:	70738700
DOCUMENTO:	CC.38862585	FECHA INGRESO:	26.Ene.2022 6:46:17
EMPRESA:	SAN JOSE CONSULTA EXTERNA	SEDE:	HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA
DOCTOR:	NO DISPONIBLE	EDAD-SEXO:	59 Años - Femenino

BIOQUIMICA SANGUINEA

ESTUDIO	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
Colesterol HDL	54 mg/dl	40 - 60 mg/dl
Técnica:Enzimática		
Fracción VLDL	25.20 mg/dl	Menor de 30 mg/dl
Fracción LDL	143.80 mg/dl L 75	Optimo < 100 mg/dl Casi óptima 100 - 129 mg/dl Moderado 130 - 159 mg/dl Elevado 160 - 189 mg/dl Muy Elevado > 190 mg/dl
Indice Arterial	4.13	Menor de 4

Analizado por,

DIANA MILENA PRIMERO
BACTERIOLOGA T.P:1513-99
Copiado:DSCB

Fecha de Validación:26/Ene 2022 08:32

**La interpretación de este y todo examen corresponde exclusivamente al médico- [Página 5]*

Powered by CamScanner

FACTURADO

NOMBRE:	**Sra.ENEDITE DEDIEGO JARAMILLO**	**REFERENCIA:**	**70738700**
DOCUMENTO:	**CC.38862585**	**FECHA INGRESO:**	**26.Ene.2022 6:46:17**
EMPRESA:	**SAN JOSE CONSULTA EXTERNA**	**SEDE:**	**HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA**
DOCTOR:	**NO DISPONIBLE**	**EDAD-SEXO:**	**59 Años - Femenino**

BIOQUIMICA SANGUINEA

ESTUDIO	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA

Técnica:Espectrofotometria cinética

Glicemia en Ayunas **105** mg/dl **70 - 100 mg/dl**

Vlr. Referencia para grupos Especiales:
Prematuros: 20 - 60 mg/dl

Técnica:Hexoquinasa

NOTA: Criterios de la Asociación Americana de Diabetes - ADA- 2017, Valores esperados:
- Glucosa normal en ayunas: menor de 100 mg/dL
- Glucosa a las 2 horas con carga de 75 gramos: menor de 140 mg/dL

Analizado por,

DIANA MILENA PRIMERO
BACTERIOLOGA T.P:1513-99
Copiado:DSCB

Fecha de Validación:26/Ene 2022 08:32

**La interpretación de este y todo examen corresponde exclusivamente al médico- [Página 4]*

Powered by CamScanner

RESULTADO FINAL

NOMBRE:	Sra.ENEDITE DEDIEGO JARAMILLO
DOCUMENTO:	CC.38862585
EMPRESA:	SAN JOSE CONSULTA EXTERNA
DOCTOR:	NO DISPONIBLE
REFERENCIA:	70738700
FECHA INGRESO:	26.Ene.2022 6:46:17
SEDE:	HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA
EDAD-SEXO:	59 Años - Femenino

BIOQUIMICA SANGUINEA

ESTUDIO	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
Colesterol Total	**223 mg/dl**	Valores de Referencia en Niños Aconsejable: Menor de 170 mg/dl Riesgo moderado: 170 - 199 mg/dl Alto: Mayor o Igual a 200 mg/dl Valores de Referencia en Adultos Aconsejable: Menor de 200 mg/dl Riesgo moderado: 200 - 239 mg/dl Alto: Mayor o Igual a 240 mg/dl
Técnica:Colorimétrica		
Triglicéridos	**126 mg/dl**	Normal: Menor de 150 mg/dl Límite alto: 150 - 199 mg/dl Alto: 200 - 499 mg/dl Muy alto: Mayor o Igual a 500 mg/dl
Técnica:Colorimétrica		

Analizado por,

DIANA MILENA PRIMERO
BACTERIOLOGA T.P:1513-99
Copiado:DSCB

Fecha de Validación:26/Ene 2022 08:32

**La interpretación de este y todo examen corresponde exclusivamente al médico- [Página 2]*

Powered by CamScanner

RESULTADO

NOMBRE:	**Sra.ENEDITE DEDIEGO JARAMILLO**	**REFERENCIA:**	**70738700**
DOCUMENTO:	**CC.38862585**	**FECHA INGRESO:**	**26.Ene.2022 6:46:17**
EMPRESA:	**SAN JOSE CONSULTA EXTERNA**	**SEDE:**	**HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA**
DOCTOR:	**NO DISPONIBLE**	**EDAD-SEXO:**	**59 Años - Femenino**

BIOQUIMICA URINARIA

ESTUDIO URINARIO
MUESTRA

Color	Amarillo
Aspecto	Claro

ANALISIS FISICO QUIMICO

Densidad	1.020
PH	6.0
Proteinas	Negativo
Glucosa	Negativo
Cetonas	Negativo
Bilirrubinas	Negativo
Sangre	Negativo
Nitritos	Negativo
Urobilinogeno	0.2 mg/dl
Leucocitos	Negativo

ANALISIS MICROSCOPICO

Células Epiteliales	Escasas
Células Altas	Negativo
Leucocitos	0 - 2 xcampo
Eritrocitos Eumorfos	0 - 2 xcampo
Eritrocitos Dismorfos	Negativo
Bacterias	Escasas
Mucus	Negativo
Cilindros Granulosos	Negativo
Cilindros Leucocitarios	Negativo
Cilindros Eritrocitarios	Negativo
Cilindros Hialinos	Negativo
Cristales Uratos Amorfos	Negativo
Cristales Fosfatos Triples	Negativo
Cristales Oxalato de Calcio	Negativo
Cristales Fosfatos Amorfos	Negativo
Cristales de Acido Urico	Negativo
Hifas	Negativo
Levaduras	Negativo
Trichomonas	Negativo
Espermatozoides	Negativo
Acúmulo de leucocitos	Negativo

Analizado por,

DIANA MILENA PRIMERO
BACTERIOLOGA T.P:1513-99
Copiado:AMAM

Fecha de Validación:26/Ene 2022 09:44

Powered by CamScanner

Fecha: 30/06/2023
Hora: 09:59:47

Nombre : KAREN DAYANA SANCHEZ TEJADA | **Fecha Recepcion: 29/06/2023 7:48:18**

ID : 1112153361 | **Fecha Impresión: 30/06/2023 9:59:47**

Edad: 14 Años | **Empresa :UNION TEMPORAL NUEVA RED CENTRO MEDICIPS - 71**

Medico :

Orden : - Codigo Interno Cliente : | **Codigo Interno :000247887**

MICROSCOPÍA

PARCIAL DE ORINA

Método: Microscopia

Analisis		Resultado	Unidad	Valor de Referencia
Color		Amarillo		
Aspecto		Turbio		
Densidad		>=1.030		1000 - 1030
pH	*	5.5		6 - 8
Leucocitos		Neg	Leu/uL	
Nitritos		Neg		
Proteínas		Neg	mg/dL	
Glucosa		Neg	mg/dL	
Cuerpos cetónicos		Neg	mg/dL	
Urobilinógeno		0.2	mg/dL	
Bilirrubina		Neg		
Sangre		Neg		
Acido Ascorbico		0	mg/dl	
				menor a 50 mg/dL

Sedimento

Moco	Escaso
Bacterias	+++
Células epiteliales bajas	+
Leucocitos	0-5xc
Eritrocitos	2-5xc

Nombre: BYRON CASTRO PEREZ
1128049222 - BACTERIOLOGO
29/06/2023 14:24:00

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

LABORATORIO CLINICO COMFANDI

BUGA SURA
Cali - Colombia -S.A
http://www.comfandi.com.co

80128004

No. de Orden 2023080128004

Paciente:	**DE DIEGO JARAMILLO ENEDITE**			**Fecha y Hora de ingreso:**	2023-08-01 06:25
Historia:	38862585	**SEXO/FECHA NAC.:**	Femenino / 05/10/1962	**Fecha de impresión:**	
CENTROS:	BUGA SURA	**TELEFONO:**		**HABITACION:**	U T Laboratorio
MEDICO:	CONSULTA MEDICOS EN GENERAL	**SERVICIOS:**	CONSULTA EXTERNA		

Examen	Resultado	Unidades		Valores de referencia	Validación
	QUIMICA SANGUINEA				
GLICEMIA EN AYUNAS	98	mg/dl		70 - 100	01/08/2023 14:05
				VALOR DE REFERENCIA: Normal: 70 - 100 Prediabetes: 100 - 125 Diabetes: > 126 Valores de referencia según ADA - American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes 2021. Enero 2021, Volumen 44, Suplemento.1	
MÉTODO:RADIACIÓN ULTRAVIOLETA					
CREATININA EN SUERO	0.88	mg/dl		0.51 - 0.95	01/08/2023 14:05
MÉTODO:ENZIMÁTICO					
COLESTEROL TOTAL	244	mg/dl	*	50 - 200	01/08/2023 14:05
MÉTODO:ENZIMÁTICO COLORIMÉTRICO					
TRIGLICERIDOS	82	mg/dl		0 - 200	01/08/2023 14:05
MÉTODO:ENZIMÁTICO COLORIMÉTRICO					
COLESTEROL HDL	67	mg/dl	*	45 - 65	01/08/2023 14:05
MÉTODO:ENZIMÁTICO COLORIMÉTRICO					
INDICE ARTERIAL	3.6			3.4 - 4.0	01/08/2023 14:05

Profesional Responsable: ERICK ANTONIO ROSALES CERPA T.P 02099

HEMOGLOBINA GLICOSILADA	6.00	%	*	4.80 - 5.60	01/08/2023 17:44
				VALOR DE REFERENCIA: Normal: 4.8 - 5.6 Prediabetes: 5.7 - 6.4 Diabetes: > 6.5 Valores de referencia según ADA - American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes 2021. Enero 2021, Volumen 44, Suplemento.1	

Nota: La interpretación de los resultados es exclusiva del médico. Evite pedir explicaciones al personal del laboratorio ni lo haga usted mismo. Puede llegar a conclusiones erróneas que no favorecen su salud ni su tranquilidad.

Los resultados emitidos fueron validados frente a un programa de control de calidad interno y externo de acuerdo estándares internacionales.

LABORATORIO CLINICO COMFANDI

BUGA SURA
Cali - Colombia -S.A
http://www.comfandi.com.co

80128004

No. de Orden 2023080128004

Paciente:	**DE DIEGO JARAMILLO ENEDITE**			**Fecha y Hora de ingreso:**	2023-08-01 06:25
Historia:	38862585	**SEXO/FECHA NAC.:**	Femenino / 05/10/1962	**Fecha de impresión:**	
CENTROS:	BUGA SURA	**TELEFONO:**		**HABITACION:**	U T Laboratorio
MEDICO:	CONSULTA MEDICOS EN GENERAL	**SERVICIOS:**	CONSULTA EXTERNA		

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia	Validación

QUIMICA SANGUINEA

Observaciones:

Niveles deseables para sujetos diabéticos bajo tratamiento médico:

Edad	Valor de referencia
Menores de 70 años:	4.8 - 6.5
Entre 70 - 80 años:	6.5 - 7.0
Entre 80 - 90 años:	7.0 - 7.5
Mayores de 90 años:	7.5 - 8.5

MÉTODO:INMUNOTURBIDIMETRÍA

Profesional Responsable: PIERINA PATRICIA BARROS ALVAREZ TP 07691

PRUEBAS ESPECIALES

TSH HORMONA TIROESTIMULANTE	3.93	ulU/ml	0.27 - 4.20	01/08/2023 12:39

VALOR DE REFERENCIA EMBARAZADA:

1 TRIM : 0.33 - 4.59
2 TRIM : 0.35 - 4.10
3 TRIM : 0.21 - 3.15

MÉTODO:ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA

Profesional Responsable: ERICK ANTONIO ROSALES CERPA T.P 02099

Nota: La interpretación de los resultados es exclusiva del médico. Evite pedir explicaciones al personal del laboratorio ni lo haga usted mismo. Puede llegar a conclusiones erróneas que no favorecen su salud ni su tranquilidad.

Los resultados emitidos fueron validados frente a un programa de control de calidad interno y externo de acuerdo estándares internacionales.

Paciente: **SENORA ENEDITE DE DIEGO JARAMILLO**
D.I. **38862585**
Origen Muestra: **AMBULATORIO**
Empresa: EMPRESA PARTICULAR

Dirección: **CLL BSUR NRO 16 80**
Medico:

Tel:
Fecha recep: 28/06/2023 Hora 06:48
Fecha impre: 28/06/2023 Hora 15:57

ANALISIS	RESULTADO		V/REFERENCIA
HEMATOLOGIA			
CUADRO HEMATICO - HEMOGRAMA			
WBC Recuento absoluto de leucocitos	8.13 10^3/ul		5.00 a 10.0 10^3/ul
LYM Recuento absoluto de linfocitos	3.60 10^3/ul		1.30 a 4.00 10^3/ul
EO Recuento absoluto de eosinofilos	0.28 10^3/ul		0.00 a 0.50 10^3/ul
MON Recuento absoluto de monocitos	0.10 10^3/ul	**	0.15 a 0.70 10^3/ul
BAS Recuento absoluto de basofilos	0.0 10^3/ul		0.00 a 0.15 10^3/ul
NEU Recuento absoluto de neutrofilos	4.15 10^3/ul		2.50 a 7.50 10^3/ul
LYM% Linfocitos	44.3 %	**	25.0 a 40.0 %
EO% Eosinofilos	2.7 %		0.0 a 5.0 %
MON% Monocitos	2.0 %	**	3.0 a 7.0 %
BAS% Basofilos	0.0 %		0.0 a 1.5 %
GRA% Granulocitos	51.1 %		50.0 a 75.0 %
RBC Recuento de globulos rojos	4.94 10^6/ul		4.00 a 5.00 10^6/ul
HGB Hemoglobina	13.3 gr/dl		12.0 a 16.0 gr/dl
HCT Hematocrito	37.83 %		36.0 a 48.0 %
MCV Volumen corpuscular medio	77.0 fl		76 a 96 fl
MCH Hemoglobina corpuscular media	26.9 pg	**	27.0 a 32.0 pg
MCHC Concentracion media de hemoglobina corpuscular	35.2 gr/dl	**	30.0 a 35.0 gr/dl
RDWc Ancho de distribucion eritrocitaria	15.2 %		
PLT Plaquetas	230 10^3/ul		150 a 400 10^3/ul
PCT Plaquetocrito	0.21 %		
MPV Volumen plaquetario medio	9.2 fl		8.0 a 15.0 fl
PDWcv Ancho de distribucion plaquetaria	39.6 %		
P-LCC Cuociente de celulas plaquetarias	76.00 10^3/ul		
P-LCR Cuociente de celulas plaquetarias	33.0 %		

- TECNICA IMPEDANCIA

Fecha resultado: 28/06/2023 07:18:01

ID:38[illegible]2585

Nombre:enedited ediego j

Sexo:M Fecha de nacimiento: 60 años

Síntomas:

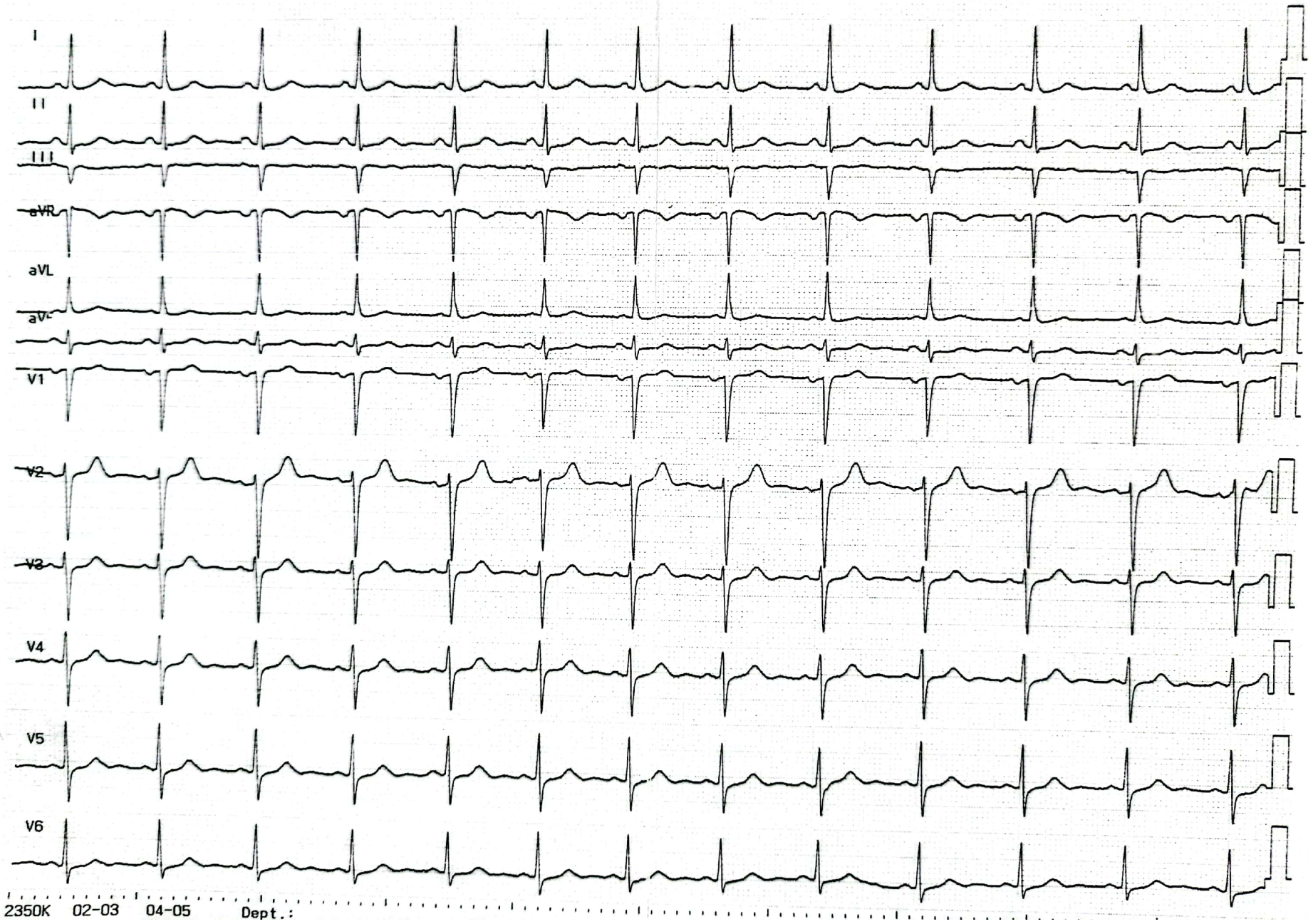
10 mm/mV 25 mm/s Filtro: H60 d 35 Hz

27-Ene-2023 AM10:25

Medicación:

cm kg / mmHg 78 lpm

Historial:

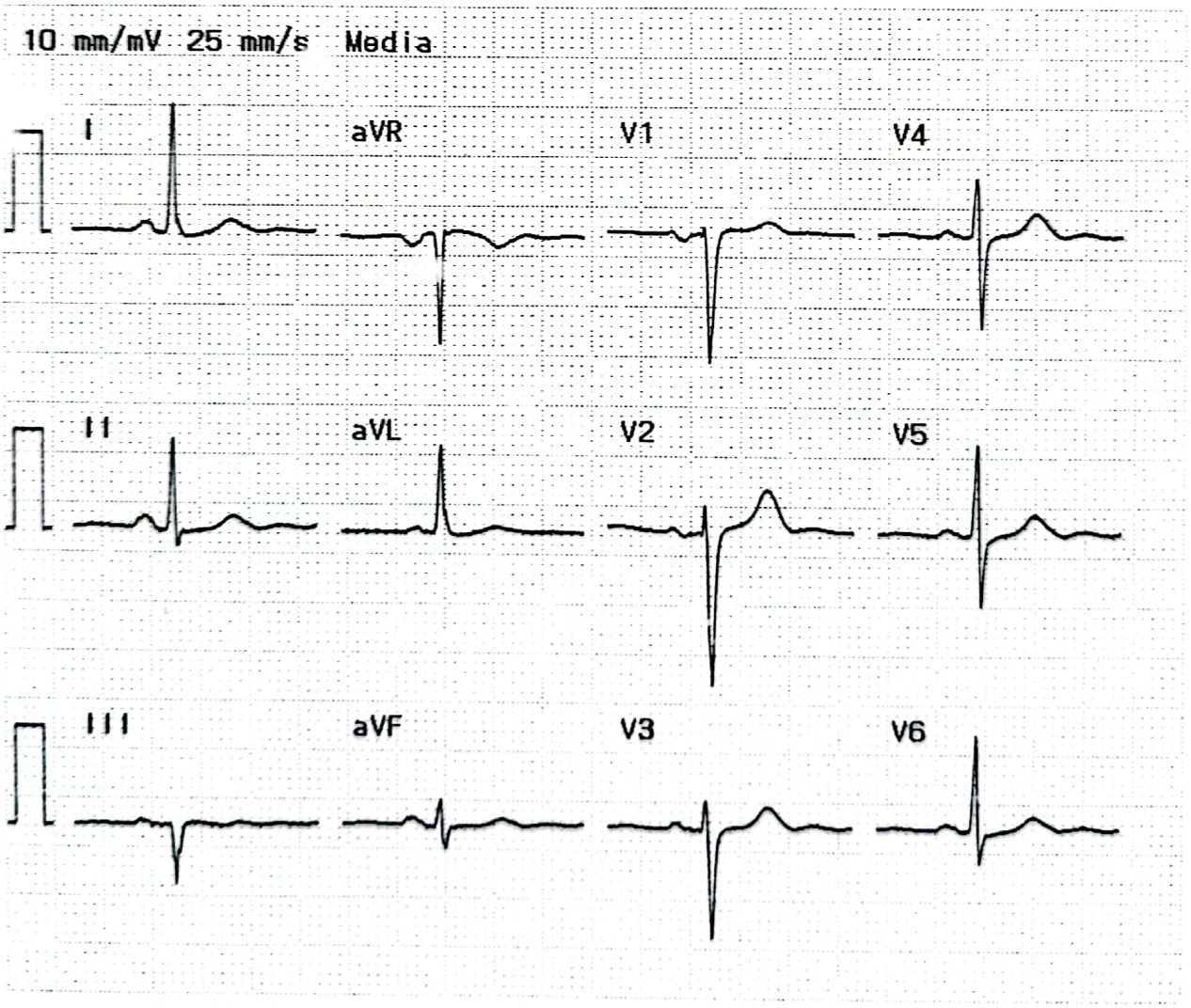


Powered by CamScanner

27-Ene-2023 AM10:25

ID:38862585
Nombre:enedited ediego j
Sexo:M Fecha de nacimiento: 60 años

cm kg	/	mmHg
Frec. ventr.	79	lpm
Intervalo PR	138	ms
Duración QRS	80	ms
Int. QT/QTc(E)	370/ 404	ms
Eje P/QRS/T	45/ 5/ 31	°
Amplitud RV5/SV1	0.92/ 1.28	mV
Amplitud RV5+SV1	2.20	mV



Informe sin confirmar
Revisado por:

Expres:

Powered by CamScanner

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **ENEDITE DE DIEGO JARAMILLO** con **CC** No. **38862585**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
Contratante: N 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	**Fecha de última cobertura:** 12/08/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 16/08/2023 **Fecha fin de Contrato:** 15/12/2023 **Clase de Riesgo:** 2 **Cargo :** PROFESORES E INSTRUCTORES DE EDUCACION ESPECIAL **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): 202301018286503.

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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_06

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7 - 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que ENEDITE DE DIEGO JARAMILLO, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 38.862.585 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 188216949, abierta/o desde el 16/3/2003.

Se expide en Bogotá el día 10 del mes de Agosto del año 2023 con destino a: A quien pueda interesar



_____

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

Powered by CamScanner

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

PMLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIMN:	SUCURSAL:	COD. SUC:	NO. PMLIZA:	ANEXO:
TULUA	AGENCIA TULUA	52	52-46-101003521	0

FECHA EXPEDICIMN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	/IGENCIA HASTA:			A LAS:	
D1A:	MES:	AHO:	D1A:	MES:	AHO:	HORAS:	D1A:	MES:	AHO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
14	08	2023	16	08	2023	00:00	15	04	2024	23:59	EMISIMN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZMN SOCIAL:	IDENTIFICACIMN:	
DEDIEGO JARAMILLO ENEDITE	C.C. :38,862,585	
DIRECCIMN: CALLE 8 SUR 16-80 BARRIO AURES	**CIUDAD:** BUGA - VALLE	**TELFONO:** 3163290027

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:	IDENTIFICACIMN:	
SENA CENTRO AGROPECUARIO DE GUADALAJARA DE BUGA VALLE DEL CAUCA	NIT. :899,999,034-1	
DIRECCIMN: CARRETERA CENTRAL, VARIANTE BUGA, TULUA	**CIUDAD:** BUGA - VALLE	**TELFONO:** 2376300
ADICIONAL:		

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIMN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PMLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL L1MITE DE VALOR ASEGURADO SEHALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.5296608 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTACIMN DE SERVICIOS DE CARCTER TEMPORAL ORIENTANDO FORMACIMN PROFESIONAL INTEGRAL COMO INSTRUCTOR SENA A TRAVS DE ACCIONES REGULARES EN LAS MODALIDADES PRESENCIAL Y A DISTANCIA EN LOS DIFERENTES NIVELES DE FORMACIMN DEL CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	16/08/2023	15/04/2024	$ 1,600,000.00

ACLARACIONES:

VALOR PRIMA NETA:	GATOS EXPEDICIMN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00	$ 1,600,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIMN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAH1A:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
GLORIA ISABEL SOTO VELASCO	91929	100,00			

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANT1A(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO

PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIMN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 28 NO. 26-63 - TELFONO: 2247827 - TULUA

52-46-101003521

FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

FIRMA TOMADOR

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

CONSTANCIA DE NO REVOCATORIA NI CANCELACIMN POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

Hacemos constar, que la pĺliza No. 52-46-101003521, anexo 0, no expirarĄ por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la pĺliza o de la aseguradora.

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

Dado en TULUA, a los 14 dşas del mes de Agosto de 2023

FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: **RECIBO DE PAGO NΣ:** 52461010035210

FECHA	
CONTADO	

RECIBIMOS DE: DEDIEGO JARAMILLO ENEDITE C.C. C.C. :38,862,585

LA SUMA DE: TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PMLIZA NRO.: 52-46-101003521

SUC - RAMO - PMLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
AGENCIA TULUA - CU. ESTATAL - 101003521 - 0 - 0	$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00

FO !MA DE PAGO

EFECTIVO:	$ 33,320.00
CHEQUE:	$ 0.00
TARJETA:	$ 0.00
BD:	$ 0.00
OTROS:	$ 0.00
TOTAL:	$ 33,320.00

INTERMEDIARIO: GLORIA ISABEL SOTO VELASCO - 91929

CAJERO: RAPIESTADO

ORIGINAL

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: **RECIBO DE PAGO NΣ:** 52461010035210

FECHA	
CONTADO	

RECIBIMOS DE: DEDIEGO JARAMILLO ENEDITE C.C. C.C. :38,862,585

LA SUMA DE: TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PMLIZA NRO.: 52-46-101003521

SUC - RAMO - PMLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
AGENCIA TULUA - CU. ESTATAL - 101003521 - 0 - 0	$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00

FO !MA DE PAGO

EFECTIVO:	$ 33,320.00
CHEQUE:	$ 0.00
TARJETA:	$ 0.00
BD:	$ 0.00
OTROS:	$ 0.00
TOTAL:	$ 33,320.00

INTERMEDIARIO: GLORIA ISABEL SOTO VELASCO - 91929

CAJERO: RAPIESTADO

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

COPIA

PMLIZA jNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES

SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.52-46-101003521

1. AMPAROS.

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINAR SEGURESTADO

OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, HASTA EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO PACTADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARTULA DE LA

PRESENTE PMLIZA, CUBRIENDO CON ELLOS, SIEMPRE LOS PERJUICIOS DIRECTOS QUE

CON SUJECIMN A LA DEFINICIMN DE LAS CONDICIONES ADELANTE INDICADAS, LLEGARE A

CAUSAR EL GARANTIZADO POR EL INCUMPLIMIENTO QUE, ATRIBUIBLE A SU ACCIMN U

OMISIMN, PRODUJERE.

ESTA GARANT1A NO SE APLICAR PARA LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN EN SU

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

EL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LA

SANCIMN DERIVADA DEL INCUMPLIMIENTO DE LA OFERTA, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1.1.1 LA NO AMPLIACIMN DE LA VIGENCIA DE LA GARANT1A DE SERIEDAD DE LA OFERTA

CUANDO EL PLAZO PARA LA ADJUDICACIMN O PARA SUSCRIBIR EL CONTRATO ES PRORROGADO, SIEMPRE QUE TAL PRMRROGA SEA INFERIOR A TRES (3) MESES.

CUYA CAUSA SEA IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO.

1.1.2 EL RETIRO DE LA OFERTA DESPUS DE VENCIDO EL PLAZO FIJADO PARA LA PRESENTACIMN DE LAS OFERTAS.

OBLIGACIONES SURGIDAS DEL CONTRATO AMPARADO POR LA GARANT1A.

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 RA1Z DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES A QUE EST OBLIGADO EL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADAS DE LA CONTRATACIMN DEL PERSONAL UTILIZADO PARA LA EJECUCIMN DEL CONTRATO AMPARADO EN EL TERRITORIO NACIONAL.

LOS AMPAROS QUE SE OTORGAN EN ESTA PMLIZA SERN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. SEGjN LAS DEFINICIONES QUE A CONTINUACIMN SE INDICAN:

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 DAHO O DETERIORO, PRESENTADOS EN LA OBRA ENTREGADA Y RECIBIDA A SATISFACCIMN DE DICHA ENTIDAD ESTATAL O SUS REPRESENTANTES, CUYA CAUSA SEA IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO.

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

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

1.1.4 LA FALTA DE OTORGAMIENTO POR PARTE DEL PROPONENTE SELECCIONADO DE LA GARANT1A DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

EN LOS CONTRATOS DE INTERVENTORIA, LA VIGENCIA DE STE AMPARO DEBE SER IGUAL AL PLAZO DE LA GARANT1A DE ESTABILIDAD DEL CONTRATO PRINCIPAL EN CUMPLIMIENTO DEL PARAGRAFO DEL ART1CULO 85 DE LA LEY 1474 DE 2011.

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIMN DEL ANTICIPO.

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

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DE LOS PERJUICIOS

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIMN DE PAGO ANTICIPADO.

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

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

EL AMPARO DE CUMPLIMIENTO, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS DIRECTOS DERIVADOS DE: (A) EL INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (B) EL CUMPLIMIENTO TARD1O O DEFECTUOSO DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (C) LOS DAHOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA POR ENTREGAS PARCIALES DE LA OBRA, CUANDO EL CONTRATO NO PREV ENTREGAS PARCIALES; Y (D) EL PAGO DEL VALOR DE LAS MULTAS Y DE LA

LOS PERJUICIOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO, QUE SE OCASIONEN CON POSTERIORIDAD A LA TERMINACIMN DEL CONTRATO GARANTIZADO, Y QUE SE DERIVEN DE LA DEFICIENTE CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO.

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 TERMINACIMN DEL CONTRATO GARANTIZADO, Y QUE SE DERIVEN DE LA DEFICIENTE CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO.

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 PMLIZA NO OPERARN CUANDO LOS DAHOS A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA SE GENEREN POR:

2.1 CAUSA EXTRAHA, ESTO ES, LA FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO, EL HECHO DE UN TERCERO O LA CULPA EXCLUSIVA DE LA V1CTIMA.

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

CLUSULA PENAL PECUNIARIA SIEMPRE QUE SE HUBIEREN PACTADO PREVIAMENTE EN CONTRACTUAL.

EL CONTRATO GARANTIZADO.

EN VIRTUD DE LO SEHALADO POR EL ART1CULO 44 DE LA LEY 610 DE 2000, LA GARANT1A

DE CUMPLIMIENTO CUBRIR 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

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 OCASIMN DEL CONTRATO GARANTIZADO, COMO CONSECUENCIA DEL TRANSCURSO DEL TIEMPO.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

3. SUMA ASEGURADA.

DE CONFORMIDAD CON EL ART1CULO 1079 DEL CMDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO NO ESTAR OBLIGADO A RESPONDER SI NO HASTA CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA EN CASO DE SINIESTRO, DETERMINADA EN LA CARTULA DE ESTA PMLIZA PARA CADA AMPARO.

4. VIGENCIA.

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PMLIZA, SE HAR BAJO LOS LINEAMIENTOS DEL DECRETO 1082 DE 2015 Y CONSTARAN EN LA CARTULA DE LA MISMA O EN SUS ANEXOS.

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANT1A.

PARA HACER EFECTIVOS CUALQUIERA DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR SEGURESTADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DEBER GARANTIZAR EL DEBIDO PROCESO DE SEGURESTADO Y EL CONTRATISTA, MEDIANTE EL AGOTAMIENTO DEL PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO EN EL ART1CULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011 O LAS NORMAS QUE LO SUSTITUYAN O MODIFIQUEN.

LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LE CORRESPONDER DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y ACREDITAR LA CUANT1A DE LA PRDIDA SI FUERE EL CASO.

EL PROCEDIMIENTO QUE DEBER SEGUIR LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PARA LA EFECTIVIDAD DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR ESTA PMLIZA, SER:

5.1 RESPECTO DEL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIR EL ACTO ADMINISTRATIVO QUE IMPONGA LA SANCIMN PREVIAMENTE ESTABLECIDA POR LA OCURRENCIA DE UNO CUALQUIERA DE LOS EVENTOS PREVISTOS EN LA CONDICIMN 1.1 DE STA PMLIZA, Y DISPONGA LA EFECTIVIDAD DE STE AMPARO A SEGURESTADO.

5.2 EN CASO DE DECRETARSE LA CADUCIDAD, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIR EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL, ADEMS DE LA DECLARATORIA DE LA MISMA, HAR EFECTIVA LA CLUSULA PENAL O CUANTIFICAR EL MONTO DEL PERJUICIO, ORDENANDO SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO A SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SER CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.3 EN EL EVENTO DE IMPOSICIMN DE MULTAS, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIR EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SER CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.4 EN LOS DEMS EVENTOS DE INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIR EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE, EN EL CUAL, ADEMS DE DECLARAR EL INCUMPLIMIENTO PROCEDER A CUANTIFICAR EL MONTO DE LA PRDIDA O A HACER EFECTIVA LA CLUSULA PENAL, ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ES LA RECLAMACIMN PARA LA COMPAH1A 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 ART1CULO 87 DE LA LEY 1437 DE 2011.

6. COMPENSACIMN.

EN VIRTUD DE LA COMPENSACIMN COMO MEDIO DE EXTINCIMN DE LAS OBLIGACIONES RECONOCIDA EL ART1CULO 17 DE LA LEY 1150 DE 2007, SEGURESTADO TENDR EN CUENTA TODAS LAS SUMAS DE DINERO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE ADEUDE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, POR CUALQUIER CONCEPTO. PARA TALES EFECTOS, SE DEBER TENER EN CUENTA LA LIQUIDACIMN DEL CONTRATO GARANTIZADO, EFECTUADA EN LOS TRMINOS LEGALES O CONVENCIONALES.

EN CASO DE EXISTIR COASEGURO, ESTO ES LA DISTRIBUCIMN ENTRE VARIAS ASEGURADORAS DE DETERMINADO RIESGO, AL NO EXISTIR SOLIDARIDAD ENTRE LAS MISMAS, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIMN SE DISTRIBUIR Y HAR EXIGIBLE ENTRE LOS COASEGURADORES, EN PROPORCIMN A LAS CUANT1AS DE SU RESPECTIVA PARTICIPACIMN.

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIMN.

LA INDEMNIZACIMN SER PAGADERA EN DINERO, O MEDIANTE LA REPOSICIMN, REPARACIMN O RECONSTRUCCIMN DE LA COSA ASEGURADA, A OPCIMN DE SEGURESTADO, SIN PERJUICIO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN EL EVENTO DE DECLARATORIA DE CADUCIDAD DECIDA CONTINUAR LA EJECUCIMN DEL OBJETO CONTRATADO A TRAVS DE SEGURESTADO O DE OTRO CONTRATISTA, A QUIEN A SU VEZ SE LE PODR 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 EJECUCIMN DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA ESTUVIESE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA GARANTIZADO ACEPTA DESDE EL MOMENTO DE LA CONTRATACIMN DE ESTA PMLIZA, LA CESIMN DEL CONTRATO GARANTIZADO A FAVOR DE SEGURESTADO.

8. PLAZO PARA EL PAGO.

DE CONFORMIDAD CON EL ART1CULO 1080 DEL CMDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO DEBER EFECTUAR EL PAGO DEL SINIESTRO DENTRO DEL MES SIGUIENTE AL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HAYA ACREDITADO LOS REQUISITOS DEL ART1CULO 1077 DEL CMDIGO DE COMERCIO, A TRAVS DEL ACTO ADMINISTRATIVO A QUE HACE REFERENCIA EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIMN.

PARA LOS CASOS EN QUE LA SUMA ASEGURADA DE ESTA PMLIZA 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), EXPEDIR UN CERTIFICADO O ANEXO DE MODIFICACIMN DE LA PMLIZA, EN EL CUAL CONSTEN LAS MODIFICACIONES CORRESPONDIENTES. PARA TAL EFECTO SE HACE INDISPENSABLE ACOMPAHAR A LA SOLICITUD DE MODIFICACIMN A SEGURESTADO EL DOCUMENTO (OTROS1, CLUSULA ADICIONAL, ETC.) QUE CONTENGA LAS MODIFICACIONES AL CONTRATO GARANTIZADO.

EL ULTIMO ANEXO O CERTIFICADO DE MODIFICACIMN, SER EL QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HAR EFECTIVO, DE CONFORMIDAD CON EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIMN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

SEGURESTADO TENDR LA FACULTAD DE EJERCER LA VIGILANCIA DEL CONTRATO, PARA LO CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE PRESTAR LA COLABORACIMN NECESARIA PARA ELLO. EN LOS CASOS EN LOS CUALES EL CONTRATO GARANTIZADO TENGA POR OBJETO ASUNTOS RELACIONADOS CON EL ORDEN PjBLICO Y LA SEGURIDAD NACIONAL, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PODR PROHIBIR O LIMITAR STA FACULTAD.

11. NO CANCELACIMN DE LA PMLIZA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA E IRREVOCABILIDAD DE ESTE SEGURO.

LA PRESENTE PMLIZA NO EXPIRAR POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NI PODR SER REVOCADA UNILATERALMENTE.

12. CLUSULAS INCOMPATIBLES

EN CASO DE INCONGRUENCIA PRESENTADA ENTRE LAS CONDICIONES PARTICULARES Y LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTA PMLIZA, PREVALECERN LAS PRIMERAS.

13. COASEGURO

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Hace constar:

Que el Sr(a) ENEDITE DEDIEGO JARAMILLO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 38862585 realizó el día 22/08/2023 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, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo ENEDITE DEDIEGO JARAMILLO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 38862585 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 -