SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL META**
**CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **50** |
| **Código Centro** | **953210** |
| **Fecha Elaboración** | **Agosto de 2023** |
| **Versión** | **ENERO 2023 - 1,23** |
| **ID de Proceso** | **84216-124262** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | ANDRES LEONARDO MARTÍNEZ PARDO | **C.C.** | 86.075.206 | **IP/Nº de contacto** | 0000 |
| **Correo electrónico contratista:** | anlmartinez@sena.edu.co | | | | |

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

**Banco al cual consignar:** BANCOLOMBIA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

**Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000:** NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 84958858557

**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:** 5244730/2023 **Nº Compromiso SIIF** **64123**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 13.967.730 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 13.967.730 | **1** | **Del** | **25/07/2023** | **Al** | **31/07/2023** | **$ 880.848,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 13.086.882 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado)

Prestar servicios personales de carácter temporal para orientar acciones de formación en los programas regular ofertados por el Centro de Industria y Servicios del Meta, de acuerdo a los perfiles profesionales y diseño curricular en ejecución para la Oferta 2023. (APOYO ADMINISTRATIVO SALUD)

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 880.848 | | 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** | **$ 880.848** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 342.047** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | Julio | Junio |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **27089701** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.160.000 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 145.000 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 185.600 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 6.100 | $ 0 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 220.212 | $ - | |
| 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 | $ 88.085 | |
| Salud hasta $ 678.592 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 2.792.123 | $ 114.016 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 342.047,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 550.248,00 | |
| Valor base IVA | 0,00 | |
| IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Reteica - 8299 | 2.201,00 | 0,400% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$878.647,00** | |

**SON: OCHOCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación profesional integral a los aprendices técnica titulada virtual ficha: Apoyo Administrativo 2675708
Elaborar y Registrar los procesos formativos Integrales para la ejecución de la formación. Ficha Apoyo Administrativo 2675708
Elaborar y Registrar los procesos formativos de la etapa productiva. Ficha Apoyo Administrativo 2282047
Elaborar y Registrar los procesos formativos de la etapa productiva. Ficha Apoyo Administrativo 2374395
Elaborar y presentar los documentos requeridos para el pago de la cuenta.
Utilizar las plataformas tecnológicas institucionales requeridas para el desarrollo de la formación actualizando.
Cumplir con lo establecido en la Guía Orientación Formación Ambientes Virtuales de Aprendizaje GFPl-G-014.

**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.

**ANDRES LEONARDO MARTÍNEZ PARDO**
**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,

**JOHN ALBEIRO DIAZ CUADRO**
**COORDINADOR ACADÉMICO DE PROGRAMAS ESPECIALES**

**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**

**STELLA LOBOA VASQUEZ**

**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)**

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con CC-86075206 sucursal 01, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

| REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA | | CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE ADMINISTRADORA | Nro. AFILIADOS | DÍAS MORA | COTIZACIÓN | INTERES | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Período pensión:** | 2023-07 | 230301 | 800224808 | PORVENIR | 1 | 0 | 185.600 | 0 | 185.600 |
| **Período salud:** | 2023-07 | EPS005 | 800251440 | SANITAS | 1 | 0 | 145.000 | 0 | 145.000 |
| **Planilla Nro.:** | 27089701 Tipo I | 14-23 | 860011153 | POSITIVA | 1 | 0 | 6.100 | 0 | 6.100 |
| **Clase de aportante:** | I | SINCCF | 0 | SIN CCF | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Fecha transacción:** | 2023-07-15 | PASENA | 899999034 | SENA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Banco:** | BANCOLOMBIA | PAICBF | 899999239 | ICBF | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Transacción:** | 47742892 | PAESAP | 899999054 | ESAP | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | PAMIED | 899999001 | MINEDU | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | | | **GRAN TOTAL** | | | | | $ 336.700 |

PAGADO

## Hace constar:

Que el Sr(a) ANDRES LEONARDO MARTÍNEZ PARDO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 86075206 realizó el día 01/08/2023 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

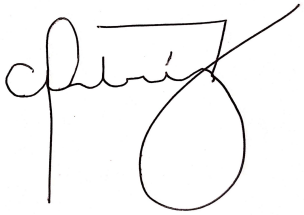
La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

---

## Compromiso SST:

Yo ANDRES LEONARDO MARTÍNEZ PARDO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 86075206 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

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



Firma

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

**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA**

**MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA**

Agencia Pública DE EMPLEO

# Hace constar:

Que el Sr(a) ANDRES LEONARDO MARTÍNEZ PARDO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 86075206 el día 01/08/2023 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

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14889157100

(415)7707212489984(8020) 000001488915710 0

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 6 0 7 5 2 0 6 | 5 | Impuestos y Aduanas de Villavicencio 2 2 | |

## 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 | 8 6 0 7 5 2 0 6 | 2 0 0 1 0 2 0 9 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Meta 5 0 | Villavicencio 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| MARTINEZ | PARDO | ANDRES | LEONARDO |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Meta 5 0 | Villavicencio 0 0 1 |

41. Dirección principal: CL 5 A SUR 49 C 34 BRR LLANO LINDO

42. Correo electrónico: anlemapa@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 1 2 1 5 0 6 7 4 | |

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Actividad principal** | | **Actividad secundaria** | | **Otras actividades** | | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 5 6 0 | 2 0 1 2 0 2 0 2 | 8 5 4 1 | 2 0 2 1 0 3 0 1 | | | | 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 | 4 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

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

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

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

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 01 - 18 / 10 : 27: 16

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 MARTINEZ PARDO ANDRES LEONARDO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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 **ANDRES LEONARDO MARTINEZ PARDO** con **CC** No. **86075206**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

| Datos del Contratante | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| **Contratante:** NI 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA | **Fecha de última cobertura:** 03/08/2023<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 25/07/2023<br>**Fecha fin de Contrato:** 14/11/2023<br>**Clase de Riesgo:** 1<br>**Cargo :** PROFESIONAL<br>**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): 20230101870123.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 3 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

**INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S.**

**Prestador:** 5000102053
**NIT** 901200839-9
**Dirección:** CALLE 15 N° 37L 10 ET 8 B. ESPERANZA
**Telefono:** 6668018-3176678051
**Email:** gerencia@integrarips.com

**CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en ANEXO OSTEOMUSCULAR**

## Información General



| | | | |
|---|---|---|---|
| Fecha impresión: | VILLAVICENCIO - 2022/10/18 | Nro Ingreso: | 20221015020146 / PRINCIPAL |
| Paciente: | ANDRES LEONARDO MARTINEZ PARDO | Origen: | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE |
| CC: | 86075206 | Destino: | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE |
| Edad: | 40 años | Cargo: | INSTRUCTOR |
| Género: | Masculino | Fecha Ingreso: | 2022-10-15 09:32:59 |
| Tipo Evaluación: | EXAMEN PERIODICO | Fecha Salida: | 2022-10-18 09:52:26 |

## Pruebas de Apoyo Diagnóstico

| PARACLINICOS | LABORATORIO CLINICO | COMPLEMENTARIOS | VACUNAS |
|---|---|---|---|
| AUDIOMETRIA | GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA | | |
| OPTOMETRIA | PERFIL LIPIDICO | | |

## Certificacion de Aptitud

| | |
|---|---|
| CONCEPTO - EXAMEN PERIODICO: | CON RECOMENDACIONES |
| OBSERVACIONES AL CONCEPTO: | SE SUGIERE ECOGRAFIA DE PARED ABDOMINAL POR EPS Y VALORACION CON REPORTE POR CX GENERAL HASTA RESULTADO NO LEVANTAR MAS DE 20 KG DE PESO, CITA POR CIRUGIA GENERAL EPS |
| ENFASIS - ANEXO OSTEOMUSCULAR: | Definicion de caso para el SVE desordenes Osteomusculares<br>**CASO DESCARTADO** |

## Recomendaciones Generales

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

## Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

| | |
|---|---|
| Osteomuscular: | Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo |
| Visual: | Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual. |
| Cardiovascular: | Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva. |
| Auditiva: | Control de exposición a ruido en la fuente; protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido; reposo auditivo extralaboral |

## Recomendaciones Específicas y/o Restricciones

SE SUGIERE ECOGRAFIA DE PARED ABDOMINAL POR EPS Y VALORACION CON REPORTE POR CX GENERAL HASTA RESULTADO NO LEVANTAR MAS DE 20 KG DE PESO, CITA POR CIRUGIA GENERAL EPS ESTILO DE VIDA SALUDABLE REALIZAR ACTIVIDAD FISICA MINIMO 3 VECES A LA SEMANA 1 HORA POR DIA HIGIENE POSTURAL USO DE EPP PAUSAS ACTIVAS

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

Profesional Ocupacional: AMIRA ROSA CASTRO OSPINA 0
Registro M.D: 474902001
Licencia S.O: 78592022

Firma del Paciente: ANDRES LEONARDO MARTINEZ PARDO
Identificacion: CC. - 86075206

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

# INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S.

**Código del Prestador:** **NIT:** 901200839-9
**Dirección:** CALLE 15 N° 37L 10 ET 8 B. ESPERANZA
**Teléfono:** 6668018-3176678051
**Web:** integrarsalud.isismaweb.com
**Email:** gerencia@integrarips.com

Descripcion del Informe

FORMATO INSTITUCIONAL PARA EL USO Y MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA SALUD OCUPACIONAL

Fecha de Impresión: **2022/10/18 17:30:51**
Impreso por: **EDNA LIZETH RAMIREZ ROMERO 0**

## Datos del Paciente

| | | | |
|---|---|---|---|
| Identificación: | **CC - 86075206** | Nro Historia: | **86075206** |
| Paciente: | **MARTINEZ PARDO ANDRES LEONARDO** | Nro Ingreso: | **20221015020146** |
| Fecha Nac: | **1982/06/12** | Fecha Ingreso: | **2022-10-15 09:32:59.000** |
| Dirección: | **LLANOLNDO** | Tipo de Evaluación: | **Periodico** |
| Edad: | **40 años** | Enfasis: | **Anexo Osteomuscular** |
| Teléfono: | | | |
| Nombre del Cargo: | **INSTRUCTOR** | | |

## Antecedentes - Familiares

| PADRE | MADRE | HRNOS | OTROS | | PADRE | MADRE | HRNOS | OTROS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☑ | **Hipertensión Arterial** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | **Glaucoma** |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | **Enfermedad coronaria / infarto agudo de miocardio** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | **Sindrome Convulsivo** |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | **Enfermedad cerebrovascular** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | **Tuberculosis** |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | **Alergías** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | **Asma Bronquial** |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | **Diábetes** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | **Obesidad** |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | **Artritis** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | **Trastornos Metabolicos** |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | **Psiquiatricos** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | **Enfermedades Gastrointestinales** |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | **Cancer** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | **Trastornos Geneticos** |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | **Hipotiroidismo** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | **Enfermedades Autoinmunes** |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | **Perdida Auditiva** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | **Homicidio** |
| | | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | **Suicidio** |

### Observaciones

NINGUNA

## Antecedentes - Personales

### Habitos

Actividad Fisica

Actividad Fisica [Seleccione]

Alcoholismo

- [ ] Ha sentido usted que debe beber menos?
- [ ] Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?
- [ ] Alguna vez se ha sentido mal por su forma de beber?
- [ ] Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?

Nivel de Consumol: No Consume

Observaciones: NO REFIERE

Tabaquismo

Tabaquismo: No fuma

Otro NO REFIERE

| | | |
|---|---|---|
| Tejo | No Practica | NO REFIERE |
| Poligono | No Practica | NO REFIERE |
| Musica a Alto Volumen | No Practica | NO REFIERE |
| Walkman, Ipod, Mp3, Mp4 | No Practica | NO REFIERE |

Otros habitos: NO REFIERE

Observaciones: NO REFIERE

| | | |
|---|---|---|
| Servicio Militar | No | NO REFIERE |

Otros Extralaborales: NO REFIERE

## Neurologico

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

Otros: NO REFIERE(imprime 235)

## Organos de Los Sentidos

| | | |
|---|---|---|
| Sinusitis | No | NO REFIERE |
| Otalgia | No | NO REFIERE |
| Vertigo | No | NO REFIERE |
| Acufenos | No | NO REFIERE |
| Enfermedades Virales | No | NO REFIERE |
| Glaucoma | No | NO REFIERE |
| Cataratas | No | NO REFIERE |
| Pterigio | Si | OA 2017 Y2019 |
| Trauma Ocular | No | NO REFIERE |
| Patologia Visual | No | NO REFIERE |
| Rinitis | No | NO REFIERE |

| | | |
|---|---|---|
| Otitis | No | NO REFIERE |
| Otorrea | No | NO REFIERE |
| Otorragia | No | NO REFIERE |
| Prurito | No | NO REFIERE |
| Sensación de Oido Tapado | No | NO REFIERE |
| Tinnitus | No | NO REFIERE |
| Transtorno Auditivo | No | NO REFIERE |

Otros Otologicos NO REFIERE

| | | |
|---|---|---|
| Sintomas de Oido | No | NO REFIERE |
| Sintomas Nariz | No | NO REFIERE |
| Sintomas Garganta | No | NO REFIERE |

## Alergias y Otros Patologicos

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

## Cardiovascular y Respiratorio

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

Otros NO REFIERE

## Gastro Intestinal

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Reflujo Gastroesofagico | No | NO REFIERE | Estreñimiento | No | NO REFIERE |
| Enfermedad Acido Peptica | No | NO REFIERE | Hemorroides | No | NO REFIERE |
| Ulcera Gastrica | No | NO REFIERE | Sindrome Hiperemetico | No | NO REFIERE |
| Sindrome Colon Irritable | No | NO REFIERE | Calculos Vesicula | No | NO REFIERE |
| Hernias | No | NO REFIERE | otros | NO REFIERE | |

## Endocrino y Metabolico

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

## Genito Urinario

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

otros NO REFIERE

## Gineco Obstetricos

## Osteomuscular

| | | |
|---|---|---|
| Fracturas | No | NO REFIERE |
| Esquinces | No | NO REFIERE |
| Luxaciones | No | NO REFIERE |
| Tendinitis | No | NO REFIERE |
| Sindrome Tunel del Carpo | No | NO REFIERE |
| Radiculopatia | No | NO EXAMINADO |
| Bursitis | No | NO REFIERE |
| Epicondilitis | No | NO REFIERE |
| Artrosis | No | NO REFIERE |
| Escoliosis | No | NO REFIERE |
| Retracciones Musculares | No | NO REFIERE |
| Malformaciones | No | NO REFIERE |
| Discopatias | No | NO REFIERE |
| Fibromialgia | No | NO REFIERE |

| | | |
|---|---|---|
| Cervicalgia | No | NO REFIERE |
| Lumbalgia | No | NO REFIERE |
| Lesion en meniscos | No | NO REFIERE |
| Hombro doloroso | No | NO REFIERE |

Otro NO REFIERE

## Autoinmunes

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

Otros: NO REFIERE

## Enfermedad de Transmision Sexual

| | | |
|---|---|---|
| VIH | No | NO REFIERE |
| VPH | No | NO REFIERE |
| Sifilis | No | NO REFIERE |
| Blenorragia | No | NO REFIERE |

otros NO REFIERE

## Congenitas

| | | |
|---|---|---|
| Labio y/o Paladar Hendido | No | NO REFIERE |

Otra: NO REFIERE

## Enfermedades Infecciosas y Eruptivas

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

Otras NO REFIERE

## Dermatologicos

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

Otros NO REFIERE

## Transfusiones

Descripcion NO REFIERE

## Revision Por Sistemas

| | | | |
|---|---|---|---|
| Sintomas Constitucionales | SIN HALLAZGOS | Sintomas Neurologicos | SIN HALLAZGOS |
| Sintomas Respiratorios | SIN HALLAZGOS | Sintomas Cardio Vasculares | SIN HALLAZGOS |
| Sintomas Gastro Intestinales | SIN HALLAZGOS | Sintomas Genito Urinarios | SIN HALLAZGOS |
| Sintomas Osteo Muscular | SIN HALLAZGOS | Sintomas Dermatologicos | SIN HALLAZGOS |
| Sintomas de los Organos de Los Sentidos | SIN HALLAZGOS | | |

### Quirurgicos

| | | |
|---|---|---|
| Cirugia de Abdomen y/o Genitourinaria | No | NO REFIERE |
| Cirugia de Cabeza y Cuello | No | NO REFIERE |
| Cirugia de Torax | No | NO REFIERE |
| Cirugia de Extremidades | No | NO REFIERE |
| Cirugia de Piel | No | NO REFIERE |
| Cirugia de Tiroides | No | NO REFIERE |

Otros Quirurgicos
RESECCION DE PTERIGION BILATERAL

### Psiquiatricos

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

Otro NO REFIERE

### Farmacologicas

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

Observaciones: NO REFIERE

## Antecedentes Ocupacionales

### Inmunizaciones

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Hepatitis B: | [Seleccione] | Sin Informacion | Sin Informacion | NO PRESENTA |
| Tetanos: | [Seleccione] | Sin Informacion | Sin Informacion | NO PRESENTA |
| Fiebre amarilla: | [Seleccione] | Sin Informacion | Sin Informacion | NO PRESENTA |
| Influenza: | [Seleccione] | Sin Informacion | Sin Informacion | NO PRESENTA |
| Otros: | [Seleccione] | Sin Informacion | Sin Informacion | NO PRESENTA |

### Antecedentes Ocupacionales

### Accidentes Laborales

### Enfermedad Laboral

## Examen Fisico

### Signos Vitales

| | |
|---|---|
| Peso 66.2 | [Kg] |
| Talla 1.75 | [Mts] |
| IMC 21.62 | |

**Interpretacion:** Normal

| | |
|---|---|
| Perimetro Abdominal 75 | [cm] |
| Frecuencia Cardiaca 74 | [X min] |
| Frecuencia Respiratoria 18 | [X min] |
| Temperatura 0 | °C |
| Oximetría Cutanea 0 | %SpO2 |
| Tension Arterial 110/70 | [mmhg/hg] |

Lateralidad: Diestro

### Espalda

| | | |
|---|---|---|
| Inspeccion | Normal | SIN HALLAZGOS |
| Palpacion | Normal | SIN HALLAZGOS |
| Puntos Dolorosos | Normal | SIN HALLAZGOS |
| Signos de Radiculopatia | ☐ Lasegue ☐ Braga | NO EXAMINADO |

Observaciones SIN OBSERVACION

### Genito Urinario

Genitales Externos NO EXAMINADO

### Aspecto General

Descripcion aspecto general: BUENO

### Extremidades Inferiores

### Cabeza

| | | |
|---|---|---|
| Cuero Cabelludo | Normal | SIN HALLAZGOS |
| Cara | Normal | SIN HALLAZGOS |
| Alopécico | [Seleccione] | |
| Seborrea | [Seleccione] | |

## Ojos

| | | |
|---|---|---|
| Parpados | Normal | SIN HALLAZGOS |
| Conjuntivas | Normal | SIN HALLAZGOS |
| Escleras | Normal | SIN HALLAZGOS |
| Pupilas | Normal | SIN HALLAZGOS |

Fondo de Ojo NO EXAMINADO

## Oídos

| | | |
|---|---|---|
| Pabellon Auricular | Normal | SIN HALLAZGOS |
| Conductos Auditivos | Normal | SIN HALLAZGOS |
| Membrana Timpanica | Normal | NO EXAMINADO |

Otoscopia NO EXAMINADO

Observaciones Generales NINGUNA

## Nariz

| | | |
|---|---|---|
| Tabique | Normal | SIN HALLAZGOS |
| Cornetes | Normal | SIN HALLAZGOS |
| Narinas | Normal | SIN HALLAZGOS |
| Mucosas | Normal | SIN HALLAZGOS |

## Boca

| | | |
|---|---|---|
| Labios | Normal | SIN HALLAZGOS |
| Dientes | Normal | SIN HALLAZGOS |
| Paladar | Normal | SIN HALLAZGOS |
| Lengua | Normal | SIN HALLAZGOS |
| Orofaringe | Normal | SIN HALLAZGOS |

## Extremidades Superiores

| | | |
|---|---|---|
| Hombro | Normal | SIN HALLAZGOS |
| Brazo | Normal | SIN HALLAZGOS |
| Antebrazo | Normal | SIN HALLAZGOS |
| Codo | Normal | SIN HALLAZGOS |
| Muñeca | Normal | SIN HALLAZGOS |
| Mano | Normal | SIN HALLAZGOS |
| Dedos de la Mano | Normal | SIN HALLAZGOS |
| Pulsos Perifericos | Normal | SIN HALLAZGOS |

Observaciones SIN OBSERVACIONES

## Cardio Pulmonar

| | | |
|---|---|---|
| Inspeccion | Normal | SIN HALLAZGOS |
| Palpacion | Normal | SIN HALLAZGOS |
| Percusion | Normal | SIN HALLAZGOS |
| Auscultacion | Normal | SIN HALLAZGOS |

## Toráx

| | | |
|---|---|---|
| Inspeccion | Normal | SIN HALLAZGOS |
| Palpacion | Normal | SIN HALLAZGOS |

| | | |
|---|---|---|
| Cadera | Normal | SIN OBSERVACIONES |
| Muslo | Normal | SIN HALLAZGOS |
| Rodilla | Normal | SIN HALLAZGOS |
| Piernas | Normal | SIN HALLAZGOS |
| Tobillo | Normal | SIN HALLAZGOS |
| Pies | Normal | SIN HALLAZGOS |
| Dedos de los Pies | Normal | SIN HALLAZGOS |
| Pulsos Perifericos | Normal | Normal |

Observaciones SIN OBSERVACIONES

## Osteomuscular

| | Fuerza | Movilidad Articular |
|---|---|---|
| MMSS | Normal | Normal |
| MMII | Normal | Normal |
| Columna | Normal | Normal |

### Hombro y Codo

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

### Brazo y codo

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

### Muñeca

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

### Lumbar

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

### Cadera

| | | |
|---|---|---|
| Prueba Trendelemburg | Negativo | NO REALIZADO |

Observaciones SIN OBSERVACIONES

### Miembro Inferior

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

## Agudeza Visual

Percusion: Normal — SIN HALLAZGOS

Auscultacion: Normal — SIN HALLAZGOS

Valoracion de mamas: NO EXAMINADO

## Abdomen

Inspeccion: Normal — SIN HALLAZGOS

Palpacion: Anormal — CREPITO POSITIVO DEFECTO MAYOR A 1 cm

Percusion: Normal — SIN HALLAZGOS

Auscultacion: Normal — SIN HALLAZGOS

Valoracion: CREPITO POSITIVO DEFECTO MAYOR A 1 cm MASA UMBILICAL CREPITANTE, DOLOSOSA, REDUCE A LA PRESION

### Vision Lejana

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

Observaciones: NO REFIERE

### Vision Proxima

| | Sin Correccion | Con Correccion |
|---|---|---|
| Ojo Derecho: | -0.75M | - |
| Ojo Izquierdo: | -0.75M | - |
| Ambos Ojos: | -0.75M | - |

Observaciones: NO REFIERE

## Piel y Faneras

Piel: Normal — SIN HALLAZGOS

Uñas: Normal — SIN HALLAZGOS

Mucosa: Normal — SIN HALLAZGOS

Observaciones: SIN HALLAZGOS

# Paraclinicos

### Resultado de Optometría

Diagnostico Principal

EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION

Observaciones Generales

### Resultado de Audiometría

Diagnostico Principal

Observaciones Generales

### Resultado de Espirometría

Diagnostico Principal

Observaciones Generales

### Resultado de Psicología

Concepto de Psicologia

[Seleccione]

Diagnostico Principal

Observaciones Generales

### Resultado de Exámen de Alturas

Observaciones Generales

### Resultado de Audiometría

Diagnostico Principal

EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION

Observaciones Generales

AUDICION NORMAL

### Resultado de Fisioterapia

Diagnostico Principal

Observaciones Generales

### Resultado Psicosensométrico

Diagnostico Principal

Observaciones Generales

Resultado de Laboratorio Clínico

## PERFIL LIPIDICO

| Campo | Resultado | Unidad | Referencia |
|---|---|---|---|
| TÉCNICA | . | | ESPECTROFOTOMETRIA |
| COLESTEROL HDL | 59 | mg/dl | 40 a 70 mg/dl |
| COLESTEROL LDL | 136 | mg/dl | Hasta 130 mg/dl |
| COLESTEROL VLDL | 33 | mg/dl | Hasta 3 mg/dl |
| TRIGLICÉRIDOS | 163 | mg/dl | Hasta 170 mg/dl |
| COLESTEROL TOTAL | 228 | mg/dl | Hasta 200 mg/dl |
| OBSERVACIONES | | | . |

## GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

| Campo | Resultado | Unidad | Referencia |
|---|---|---|---|
| TECNICA | . | | ESPECTROFOTOMETRIA |
| OBSERVACIONES | | | . |
| GLUCOSA EN SUERO | 106 | mg/dl | 70 a 110 mg/dl |

## Diagnostico

Diagnostico 1: HERNIA UMBILICAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA

Diagnostico 2:
Diagnostico 3:
Diagnostico 4:
Diagnostico 5:
Diagnostico 6:
Diagnostico 7:
Diagnostico 8:
Diagnostico 9:
Diagnostico 10:

Observaciones al Diagnostico: SIN OBSERVACIÓN

## Conducta

- [ ] Control Cardiologia
- [ ] Control Nutricion
- [ ] Control Optometria
- [ ] Control Ortopedia
- [ ] Control Otorrinolaringologia
- [ ] Dermatologia
- [ ] Ginecologia
- [ ] Laboratorios
- [ ] Medicina General
- [ ] Neumologia
- [ ] Oftalmologia

Recomendaciones Generales: NINGUNA

Recomendaciones Para el Paciente:

## Recomendaciones

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Uso de E.P.P.
- [x] Pausas Activas
- [x] Manejo de cargas o Posturas
- [x] Realizacion Pruebas Complementarias
- [ ] Quimico
- [x] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico
- [ ] Psicolaboral

Recomendacion Preventivas

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

Incluir en el SVE

- [ ] Visual
- [ ] Auditiva
- [ ] Respiratorio
- [ ] Ergonomico
- [ ] Quimico

## Ocupacional - Controles

- [ ] Mensual
- [ ] Bimensual
- [ ] Trimestral
- [ ] Semestral
- [x] Anual
- [ ] Confirmatoria

Recomendaciones Especificas:

SE SUGIERE ECOGRAFIA DE PARED ABDOMINAL POR EPS Y VALORACION CON REPORTE POR CX GENERAL
HASTA RESULTADO NO LEVANTAR MAS DE 20 KG DE PESO, CITA POR CIRUGIA GENERAL EPS
ESTILO DE VIDA SALUDABLE
REALIZAR ACTIVIDAD FISICA MINIMO 3 VECES A LA SEMANA 1 HORA POR DIA
HIGIENE POSTURAL
USO DE EPP
PAUSAS ACTIVAS

## Clasificacion

Concepto por Tipo de Evalución **- Periodico**

CON RECOMENDACIONES

Observaciones al concepto: SE SUGIERE ECOGRAFIA DE PARED ABDOMINAL POR EPS Y VALORACION CON REPORTE POR CX GENERAL HASTA RESULTADO NO LEVANTAR MAS DE 20 KG DE PESO, CITA POR CIRUGIA GENERAL EPS

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

CASO DESCARTADO

Observaciones al Enfasis: NO REFIERE

## Consentimiento Informado del Trabajador

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





Nombre Profesional: AMIRA ROSA CASTRO OSPINA 0

Registro Profesional: 474902001

Nombre del Paciente: **ANDRES LEONARDO MARTINEZ PARDO**

Identificacion del Paciente: **CC - 86075206**

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

# INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S.

**Código del Prestador:** **NIT:** 901200839-9
**Dirección:** CALLE 15 N° 37L 10 ET 8 B. ESPERANZA
**Teléfono:** 6668018-3176678051
**Web:** integrarsalud.isismaweb.com
**Email:** gerencia@integrarips.com

Descripcion del Informe

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

Fecha de Impresión: **2022/10/18 17:30:32**
Impreso por: **EDNA LIZETH RAMIREZ ROMERO 0**

## Datos del Paciente

| | | | |
|---|---|---|---|
| Identificación: | **CC - 86075206** | Nro Historia: | **86075206** |
| Paciente: | **MARTINEZ PARDO ANDRES LEONARDO** | Nro Ingreso: | **20221015020146** |
| Fecha Nac: | **1982/06/12** | Fecha Ingreso: | **2022-10-15 09:32:59.000** |
| Dirección: | **LLANOLNDO** | Tipo de Evaluación: | **Periodico** |
| Edad: | **40 años** | Enfasis: | **Anexo Osteomuscular** |
| Teléfono: | | | |
| Nombre del Cargo: | **INSTRUCTOR** | | |

## Optometria - Anamnesis

USA RX DE DEDESCANSO.

## Optometria - Antecedentes Quirurgicos

| | | |
|---|---|---|
| Refractiva | no | NO REFIERE |
| Catarata | no | NO REFIERE |
| Pterigio: | si | OA 2017 Y2019 |
| Otra: | NO REFIERE | |

Usa correccion visual no - NO REFIERE

Permanente ☐ Lejos ☐ Cerca ☐ Descanso ☑ Ocacional ☐

Ultimo Examen Mayor a 2 años

## Optometria - Antecedentes Personales

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

## Optometria - Antecedentes Laborales

☐ Iluminacion inadecuada
☐ Usuario de computador
☐ Radiaciones Ultravioleta
☐ Cambios de temperatura
☐ Mala ventilacion
☐ Gases o humos toxicos

Otros Antecedentes: NO REFIERE

## Optometria - Sintomas

☐ Fotofobia ☐ Ojo Rojo ☐ Mala Vision Cercana ☐ Cansancio
☐ Lagrimeo ☐ Vision Borrosa ☐ Mala Vision Lejana ☐ Dolor
☐ Ardor ☐ Vision Doble ☐ Cefalea ☐ Secreción

Otros Sintomas: NO REFIERE

## Optometria - Examen Externo

| | Presenta | Descripcion |
|---|---|---|
| Parpados: | Normal | SIN HALLAZGOS |
| Conjuntivas: | Normal | SIN HALLAZGOS |
| Escleras: | Normal | SIN HALLAZGOS |
| Pupilas: | Normal | SIN HALLAZGOS |
| Cornea: | Normal | SIN HALLAZGOS |
| Globo Ocular: | Normal | SIN HALLAZGOS |

## Optometria - Rx en Uso

| | Tipo | Rx en Uso | Observaciones |
|---|---|---|---|
| **Ojo Derecho:** | NO APLICA | NO REFIERE | NO REFIERE |
| **Ojo Izquierdo:** | NO APLICA | NO REFIERE | NO REFIERE |

## Optometria - Agudeza Visual

**Vision Lejana**

| | Sin Correccion | Con Correccion | Ph |
|---|---|---|---|
| Ojo derecho | 20/20 | - | NO REFIERE |
| Ojo izquierdo | -20/20 | - | NO REFIERE |
| Ambos Ojos | -20/20 | - | NO REFIERE |

Observaciones NO REFIERE

**Vision Proxima**

| | Sin Correccion | Con Correccion |
|---|---|---|
| Ojo derecho | -0.75M | - |
| Ojo izquierdo | -0.75M | - |
| Ambos Ojos | -0.75M | - |

Observaciones NO REFIERE

## Optometria - Vision

| | Normal | Anormal |
|---|---|---|
| Cromatica | -NORMAL | - |
| Profundidad | - | - |

Observaciones NO REFIERE

## Optometria - Motilidad Ocular

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

## Optometria - Oftalmoscopía

**Ojo Derecho: NORMAL SANO**

**Ojo Izquierdo: NORMAL SANO**

## Optometria - Retinoscopía

**Ojo Derecho: SOMBRAS CON**

**Ojo Izquierdo: SOMBRAS CON**

## Optometria - Queratometría

**Ojo Derecho: NORMAL**

**Ojo Izquierdo: NORMAL**

## Optometria - Refraccion

RX Final

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| O.D | | ADD+ | NO APLICA | AV | NO REFIERE | DP | NO REFIERE |
| O.I | | ADD+ | NO APLICA | AV | NO REFIERE | DP | NO REFIERE |

## Optometria - Diagnosticos

Diagnostico Principal: EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION
Observaciones al Diagnostico:
Diagnostico Relacionado 1:
Diagnostico Relacionado 2:
Diagnostico Relacionado 3:

## Optometria - Conducta

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

## Optometria - Recomendaciones

- [ ] Debe usar correccion visual para trabajar
- [x] Uso EPP Visual
- [ ] Uso de Rx para Vision Proxima
- [ ] PyP
- [ ] Uso de AR video Terminales
- [ ] Pausas Activas
- [ ] Uso de Rx de Descanso
- [ ] Lubricante Ocular
- [x] Uso de Lentes de Proteccion Solar
- [ ] Uso de Rx para Vision Lejana
- [ ] Uso Permanente de Rx Optica

Observaciones de las Recomendaciones: NO REQUIERE USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA. USAR EPP VISUALES. HACER PAUSAS DE DESCANSO.

## Optometria - Remisiones

- [ ] Valoracion Oftalmologica
- [ ] Valoracion Ortoptica
- [ ] Valoracion Lentes de Contacto

Otras Remisiones: NO REFIERE

## Optometria - Controles

- [ ] Mensual
- [ ] Bimensual
- [ ] Trimestral
- [ ] Semestral
- [x] Anual
- [ ] Confirmatoria

## Optometria - Resultado

Resultado de Optometría Normal

* Descripcion de la observacion general
NO REFIERE

## Consentimiento Informado del Trabajador

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



Nombre Profesional: ERIKA GORDILLO CRUZ 0

Registro Profesional: 9864



Nombre del Paciente: **ANDRES ' MARTINEZ PARDO**

Identificacion del Paciente: **CC - 86075206**

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

# INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S.

**Código del Prestador:** **NIT:** 901200839-9
**Dirección:** CALLE 15 N° 37L 10 ET 8 B. ESPERANZA
**Teléfono:** 6668018-3176678051
**Web:** integrarsalud.isismaweb.com
**Email:** gerencia@integrarips.com

Descripcion del Informe

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

Fecha de Impresión: **2022/10/18 17:30:19**
Impreso por: **EDNA LIZETH RAMIREZ ROMERO 0**

## Datos del Paciente

| | | | |
|---|---|---|---|
| Identificación: | **CC - 86075206** | Nro Historia: | **86075206** |
| Paciente: | **MARTINEZ PARDO ANDRES LEONARDO** | Nro Ingreso: | **20221015020146** |
| Fecha Nac: | **1982/06/12** | Fecha Ingreso: | **2022-10-15 09:32:59.000** |
| Dirección: | **LLANOLNDO** | Tipo de Evaluación: | **Periodico** |
| Edad: | **40 años** | Enfasis: | **Anexo Osteomuscular** |
| Teléfono: | | | |
| Nombre del Cargo: | **INSTRUCTOR** | | |

## Audiometria - Antecedentes personales

## Otologicos

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

## Sintomaticos

| | Presenta | Descripcion |
|---|---|---|
| **Sintomas Oído** | no | NO REFIERE |
| **Sintomas Nariz** | no | NO REFIERE |
| **Sintomas Garganta** | no | NO REFIERE |

## Extralaborales

| | Presenta | Descripcion |
|---|---|---|
| **Servicio Militar** | no | NO REFIERE |
| **Otros Extralaborales** | NO REFIERE | |

## Patologicos

| | Presenta | Descripcion |
|---|---|---|
| **Parotiditis** | no | NO REFIERE |
| **Sarampión** | no | NO REFIERE |
| **Rubeola** | no | NO REFIERE |
| **Alteración de Tiroides** | no | NO REFIERE |
| **Otros Patologicos** | NO REFIERE | |

## Traumaticos

| | Presenta | Descripcion |
|---|---|---|
| **Trauma Craneoencefálico** | no | NO REFIERE |
| **Trauma Directo** | no | NO REFIERE |
| **Trauma Acústico** | no | NO REFIERE |
| **Otros Traumaticos** | NO REFIERE | |

## Quirurgicos

| | Presenta | Descripcion |
|---|---|---|
| **Cirugia de Oído** | no | NO REFIERE |
| **Cirugia de Garganta** | no | NO REFIERE |
| **Cirugia de Nariz** | no | NO REFIERE |
| **Cirugia de Cabeza y Cuello** | no | NO REFIERE |
| **Timpanoplastia** | no | NO REFIERE |
| **Otros Quirurgicos** | RESECCION DE PTERIGION BILATERAL | |

## Toxicos y Farmacos

| | Presenta | Descripcion |
|---|---|---|
| **Medicamentos Ototoxicos** | no | NO REFIERE |
| **Fármacos** | no | NO REFIERE |
| **Tóxicos Industriales** | no | NO REFIERE |
| **Ultima Audiometria Realizada** | De 0 a 6 meses | Normal |
| **Observaciones** | NO REFIERE | |

## Audiometria - Habitos

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

## Audiometria - Examen Fisico

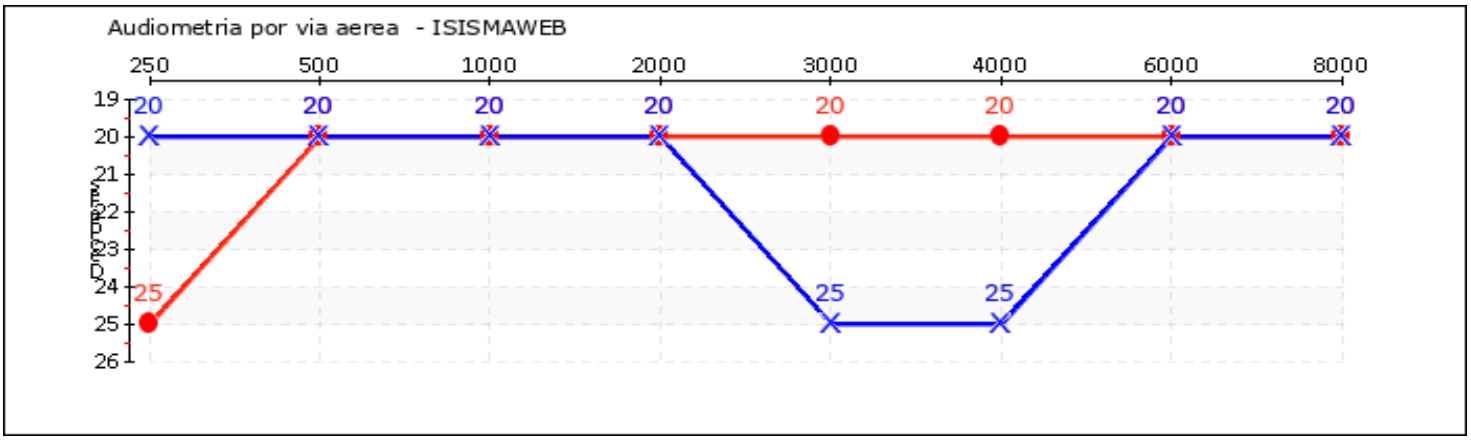
## OIDO DERECHO

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

## OIDO IZQUIERDO

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

## Audiometria - Grafica




## Audiometria - Audiograma Actual

Tipo de Examen: Via Aerea

- [x] Aerea - OD
- [x] Aerea - OI
- [x] Osea - OD
- [x] Osea - OI
- [x] Aerea Enmascarada - OD
- [x] Aerea Enmascarada - OI
- [x] Osea Enmascarada - OD
- [x] Osea Enmascarada - OI

PTA (5123)

OI 21.25 dB

OD 20 dB

Audiometría Previa
1900-01-01T00:00:00Z

Frecuencias

| 250 | 500 | 1.000 | 2.000 | 3.000 | 4.000 | 6.000 | 8.000 | Oido |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | **Derecho** |
| 20 | 20 | 20 | 20 | 25 | 25 | 20 | 20 | **Izquierdo** |

## Audiometria - Audiograma Anterior

Cambio Significativo: No

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

## Audiometria - Audiograma Diferencia

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

**Observaciones**

NO REFIERE

## Audiometria - Recomendaciones

- [ ] Remision ORL
- [ ] Rotar Diadema Telefonica
- [ ] Control segun PVE
- [ ] Auditiva segun PVE
- [ ] Pausa Auditiva
- [ ] Pruebas Complementarias
- [ ] Remision a Medicina Laboral
- [ ] Uso de EPP Auditivo
- [ ] Elemento de proteccion
- [ ] Conducir con ventanas cerradas
- [ ] Reposo auditivo Extralaboral
- [ ] Limpieza OD
- [ ] Limpieza OI
- [ ] Lavado de Oido

## Audiometria - Controles

- [ ] Mensual
- [ ] Bimensual
- [ ] Trimestral
- [ ] Semestral
- [x] Anual
- [ ] Audiometría Confirmatoria

## Audiometria - Impresion Diagnostica

| | |
|---|---|
| Diagnostico Principal | EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION |
| Diagnostico Interno | AUDICION NORMAL BILATERAL |
| Descripción del GATI-SO | AUDICION NORMAL |
| Diagnostico Rel 1 | |
| Diagnostico Rel 2 | |
| Diagnostico Rel 3 | |
| Diagnostico Bilateral | AUDICION NORMAL BILATERAL CONTROL ANUAL Y AUTOCUIDADO AUDITIVO |
| Diagnostico O.D | AUDICION NORMAL |
| Diagnostico O.I | AUDICION NORMAL |

## Audiometria - Resultado

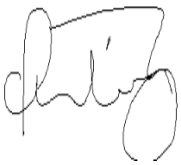
Resultado de Audiometría: Normal

* Descripcion del Resultado general
AUDICION NORMAL BILATERAL CONTROL ANUAL Y AUTOCUIDADO AUDITIVO

**Consentimiento Informado del Trabajador**

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





Nombre Profesional: Kattia Gissella Cortes Cortes 0
Registro Profesional: 1193223684

Nombre del Paciente: **ANDRES LEONARDO MARTINEZ PARDO**
Identificacion del Paciente: **CC - 86075206**

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

**INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S.**
**Código Prestador:**
**NIT:** 901200839-9
**Dirección:** CALLE 15 N° 37L 10 ET 8 B. ESPERANZA
**Teléfono:** 6668018-3176678051
**Email:** gerencia@integrarips.com

Fecha de Impresión: **2022/10/18 17:31:06**
**Resultados Paraclinicos**

## Datos del Paciente

| | | | |
|---|---|---|---|
| Identificación: | **CC - 86075206** | Nro Historia: | **86075206** |
| Paciente: | **MARTINEZ PARDO ANDRES LEONARDO** | Nro Ingreso: | **20221015020146** |
| Fecha Nac: | **1982/06/12** | Fecha Ingreso: | **2022-10-15 09:32:59.000** |
| Dirección: | **LLANOLNDO** | Tipo de Evaluación: | **Periodico** |
| Edad: | **40 años** | Enfasis: | **Anexo Osteomuscular** |
| Teléfono: | | | |
| Nombre del Cargo: | **INSTRUCTOR** | | |

| | Resultado | Unidad | Valor de Referencia |
|---|---|---|---|
| | ***PERFIL LIPIDICO*** | | |
| **QUÍMICA SANGUÍNEA** | | | |
| COLESTEROL TOTAL | 228 | MG/DL | HASTA 200 MG/DL |
| COLESTEROL HDL | 59 | MG/DL | 40 A 70 MG/DL |
| COLESTEROL LDL | 136 | MG/DL | HASTA 130 MG/DL |
| COLESTEROL VLDL | 33 | MG/DL | HASTA 3 MG/DL |
| TRIGLICÉRIDOS | 163 | MG/DL | HASTA 170 MG/DL |
| TÉCNICA | . | | ESPECTROFOTOMETRIA |
| | ***GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA*** | | |
| GLUCOSA EN SUERO | 106 | MG/DL | 70 A 110 MG/DL |
| TECNICA | . | | ESPECTROFOTOMETRIA |

Angela Maria Zarate Velasquez Zarate Velasquez
C.C. 40403645
Bacteriologo (a)

Copyright 2006 - 2022 Innovasoft Colombia S.A.S. Todos los Derechos Reservados.

# Certificado Bancario

Jueves, 3 de agosto de 2023

Señor(a)
Centro de Industria y Servicios del Meta - Regional META

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que ANDRES LEONARDO MARTINEZ PARDO identificado(a) con CC 86075206, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | 84958858557 | 2010/05/10 | ACTIVA |

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

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

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

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

**FORMATO**
**ACTA DE INICIO**

| | |
|---|---|
| **CONTRATO No:** | **CO1.PCCNTR. 5244730** |
| **TIPO DE CONTRATO:** | Prestación de Servicios |
| **OBJETO:** | Prestar servicios personales de carácter temporal para orientar acciones de formación en los programas regular ofertados por el Centro de Industria y Servicios del Meta, de acuerdo a los perfiles profesionales y diseño curricular en ejecución para la Oferta 2023. (APOYO ADMINISTRATIVO SALUD) |
| **VALOR:** | 13.967.730 COP |
| **CONTRATISTA:** | Andrés Leonardo Martínez Pardo |
| **NIT:** | CC: 86.075.206 de Villavicencio - Meta |
| **REPRESENTANTE LEGAL:** | Stella Loboa Vásquez |
| **SUPERVISOR DESIGNADO:** | John Albeiro Díaz Cuadro |
| **PLAZO:** | 111 días |
| **LUGAR DE EJECUCIÓN:** | **Villavicencio – Meta** |

En la ciudad de Villavicencio a los veinticinco (25) día del mes de julio de 2023, entre los suscritos **Stella Loboa Vásquez** identificada con Cedula de Ciudadanía No. 40.378.782 de Villavicencio en calidad de Subdirectora (E) del Centro de Industria y Servicios del Meta, por el SENA, y por la otra parte **Andrés Leonardo Martínez Pardo**, identificado con cédula de ciudadanía No. 86.075.206 de Villavicencio (Meta) en calidad de CONTRATISTA, hemos convenido suscribir el acta de inicio del contrato No. **CO1.PCCNTR. 5244730** de 2023, bajo los términos que anteceden y los siguientes:

**Número y fecha del registro presupuestal: 64123** del 25 de Julio del 2023
**Fecha de aprobación de las garantías**: 25 de Julio del 2023
**Fecha de inicio:** 25 de Julio del 2023
**Fecha de Terminación:** 14 de Noviembre del 2023

Para constancia de lo anterior, se firma la presente acta bajo la responsabilidad expresa de los que intervienen en ella.

**John Albeiro Díaz Cuadro**
**COORDINADOR JORNADA MIXTA**

**Andrés Leonardo Martínez Pardo**
**EL CONTRATISTA**

**Elaboró: Edwin Allende Viafara Barrera**
**Apoyo Supervisión**
**Coordinación Jornada Mixta**

**Compromiso Presupuestal de Gasto – Comprobante.**

| | | |
|---|---|---|
| Usuario Solicitante: | MHapadillb | ALEXANDER PADILLA BARRERA |
| Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: | 36-02-00-050-953210 | CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META |
| Fecha y Hora Sistema: | 25/07/2023 12:00:00 p. m. | |

## REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

**Con base en el CDP No: 1223 de fecha 2023-01-24. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Número:** | 64123 | **Fecha Registro:** | 2023-07-25 | **Unidad / Subunidad Ejecutora:** | 36-02-00-050-953210 CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META | | |
| **Vigencia Presupuestal** | Actual | **Estado:** | Generado | **Tipo de Moneda:** | COP-Pesos | **Tasa de Cambio:** | 0,00 |
| **Valor Inicial:** | 13.967.730,00 | **Valor Total Operaciones:** | 0,00 | **Valor Actual:** | 13.967.730,00 | **Saldo x Obligar:** | 13.967.730,00 |

**TERCERO ORIGINAL**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Identificacion: Cedula de Ciudadanía** | 86075206 | **Razón Social:** | ANDRES LEONARDO MARTINEZ PARDO | **Medio de Pago:** | Abono en cuenta |

**CUENTA BANCARIA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Número:** | 84958858557 | **Banco:** | BANCOLOMBIA S.A. | **Tipo:** | Ahorro | **Estado:** | Activa |

**ORDENADOR DEL GASTO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación:** | 40378782 | **Nombre:** | STELLA LOBOA VASQUEZ | **Cargo:** | SUBDIRECTOR CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META |

| CAJA MENOR | | | | VIÁTICOS | | | | DOCUMENTO SOPORTE | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación:** | | **Fecha de Registro:** | | **Genera Viáticos:** | No | **Num. Solicitud de Comisión:** | | **Número:** | CO1.PCCNTR.5244730 | **Tipo:** | CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS - PROFESIONALES | **Fecha:** | 2023-07-25 |

**ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO**

| DEPENDENCIA | POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO | FUENTE | RECURSO | SITUAC. | FECHA OPERACIÓN | VALOR INICIAL | VALOR OPERACIÓN | VALOR ACTUAL | SALDO X OBLIGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 953245 CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION | C-3603-1300-14-0-3603025-02 ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL DEL SENA NACIONAL | Nación | 10 | CSF | | 13.967.730,00 | 0,00 | | |
| | | | | | **Total:** | 13.967.730,00 | 0,00 | 13.967.730,00 | 13.967.730,00 |

| | |
|---|---|
| **Objeto:** | PRESTACION DE SERVICIOS PERSONALES CTO CO1.PCCNTR.5244730;Prestar servicios personales de carácter temporal para orientar acciones de formación en los programas regular ofertados por el Centro de Industria y Servicios del Meta, de acuerdo a los perfi |

**PLAN DE PAGOS**

| DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC | | POSICION DEL CATALOGO DE PAC | | FECHA | VALOR A PAGAR | SALDO POR OBLIGAR | LINEA DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 36-02-00-050-953210 | CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META | 3-8 | CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF | 2023-07-31 | 880.848,00 | 880.848,00 | NINGUNO |
| 36-02-00-050-953210 | CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META | 3-8 | CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF | 2023-08-31 | 3.775.062,00 | 3.775.062,00 | NINGUNO |
| 36-02-00-050-953210 | CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META | 3-8 | CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF | 2023-09-29 | 3.775.062,00 | 3.775.062,00 | NINGUNO |
| 36-02-00-050-953210 | CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META | 3-8 | CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF | 2023-10-31 | 3.775.062,00 | 3.775.062,00 | NINGUNO |
| 36-02-00-050-953210 | CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META | 3-8 | CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF | 2023-11-20 | 1.761.696,00 | 1.761.696,00 | NINGUNO |

**RAFAEL ANTONIO GALARZA MOJICA**

COORDINADOR GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO

seguros mundial®
tu compañía siempre

NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA REGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

**Código de Seguridad:** +qlvBsJAF+UXnJRq+Jp+ZA==


**COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.**
DIRECCIÓN GENERAL CALLE 33 N. 6B - 24 PISOS 1,2 Y 3 - BOGOTÁ
TELÉFONO: 2855600 FAX 2851220 - **WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO**


**POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO**

**ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082**

**VERSIÓN CLAUSULADO 06-04-2021-1317-P-05-PPSUS2R000000059-D00I**

| No. PÓLIZA | CV-100034537 | No. ANEXO | 0 | No. CERTIFICADO | 24108227 | No. RIESGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO DE DOCUMENTO | | | | FECHA DE EXPEDICIÓN | 25/07/2023 | SUC. EXPEDIDORA | AG.VILLAVICENCIO |

| VIGENCIA DESDE | | VIGENCIA HASTA | | DÍAS | VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE | | VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 00:00 Horas Del | 25/07/2023 | 24:00 Horas Del | 14/03/2024 | | N/A | N/A | N/A | N/A |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **TOMADOR** | MARTINEZ PARDO, ANDRES LEONARDO | **No. DOC. IDENTIDAD** | 86.075.206 |
| **DIRECCIÓN** | BOGOTA D.C. | **TELÉFONO** | 3112150674 |
| **ASEGURADO** | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA | **No. DOC. IDENTIDAD** | 899.999.034-1 |
| **DIRECCIÓN** | CRA 48 #6-40 | **TELÉFONO** | 4442800 |
| **BENEFICIARIO** | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA | **No. DOC. IDENTIDAD** | 899.999.034-1 |
| **DIRECCIÓN** | CRA 48 #6-40 | **TELÉFONO** | 4442800 |

## OBJETO DE CONTRATO

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO No.CO1.PCCNTR.5244730 , CUYO OBJETO ES

PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ORIENTAR ACCIONES DE FORMACIÓN EN LOS PROGRAMAS REGULARES OFERTADOS POR EL CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META, DE ACUERDO A LOS PERFILES PROFESIONALES Y DISEÑO CURRICULAR EN EJECUCIÓN PARA LA OFERTA 2023. (APOYO ADMINISTRATIVO SALUD)

| NOMBRE DEL AMPARO | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEGURADA$ | VALOR PRIMA$ |
|---|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO | 00:00 Horas Del 25/07/2023 | 24:00 Horas Del 14/03/2024 | 1.396.772,90 | 20.000,00 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | TOTAL ASEGURADO | $ 1.396.772,90 | |

| INTERMEDIARIOS | TIPO | % PARTICIPACIÓN |
|---|---|---|
| SEGUROS FENIX LTDA | AGENCIAS | 100,00 |
| | | |

**DISTRIBUCIÓN COASEGURO**

| COMPAÑÍA | TIPO COASEGURO | PÓLIZA LÍDER | CERTIF. LÍDER | % PARTICIPACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| **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 |

| 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 LÍNEA 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, ASI 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**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

seguros mundial®

tu compañía siempre

# 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.



06/04/2021 -1317-P-05-PPSUS2R000000059-D00I
06/04/2021-1317-NT-P-05-NTPSUS2R00000060

## 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.

seguros mundial® tu compañía siempre



06/04/2021 -1317-P-05-PPSUS2R000000059-D00I
06/04/2021-1317-NT-P-05-NTPSUS2R00000060

## 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 TRANSCURSO 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.

seguros mundial® tu compañía siempre



## 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 CITARA 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 ENUNCIARA 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 CLÁUSULAS 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 REPRESENTE, 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



06/04/2021 -1317-P-05-PPSUS2R000000059-D00I
06/04/2021-1317-NT-P-05-NTPSUS2R00000060

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 APLICARA LA COMPENSACIÓN Y LA INDEMNIZACIÓN SE DISMINUIRÁ EN EL MONTO DE LAS ACREENCIAS, 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 PAGARA 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 AUTENTICA 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 AUTENTICA 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.



06/04/2021 -1317-P-05-PPSUS2R000000059-D00I
06/04/2021-1317-NT-P-05-NTPSUS2R00000060

**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 AUTENTICA 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 ARTICULO 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.



06/04/2021 -1317-P-05-PPSUS2R000000059-D00I
06/04/2021-1317-NT-P-05-NTPSUS2R00000060

seguros mundial®

tu compañía siempre

## 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 ENTRO 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 **25** DÍAS DEL MES DE **JULIO** DE 20 **23**

| | |
|---|---|
| **COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.** | **EL TOMADOR/ASEGURADO** |

seguros mundial® tu compañía siempre



06/04/2021 -1317-P-05-PPSUS2R000000059-D00I
06/04/2021-1317-NT-P-05-NTPSUS2R00000060

seguros mundial®
tu compañía siempre
NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA RÉGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

**COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.**

Afiliados
CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA
PASA APF
Asociación Panamericana de Fianzas
Panamerican Surety Association

## LA COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A

## CERTIFICA:

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza **CV-100034537** y endoso, **0** cuyo afianzado es: **MARTINEZ PARDO, ANDRES LEONARDO** Asegurado o Beneficiario: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA / SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA** , 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.

**AG.VILLAVICENCIO** a los **25** días del mes **JULIO** del año **2023.**

Firma Autorizada - Compañia Mundial de Seguros S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
Protege el Medio Ambiente evitando la impresión de este documento.

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

seguros mundial®

Mundial de Seguros S.A.
860.037.013-6

# Recibo de Pago

## - CLIENTE-

| Referencia de Pago No. | 24108227 |
|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Facturación** | 25/07/2023 | **Fecha Límite de Pago** | 24/08/2023 |
| POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082 | | **Prima** (incluye gastos de expedición) | 25.000,00 |
| **Póliza No.** | CV–100034537 | **IVA** | 4.750,00 |
| **Periodo Facturado** | 25/07/2023 — 14/03/2024 | **VALOR TOTAL A PAGAR $** | 29.750,00 |

**EFECTIVO** $

### Datos del Cliente

| | |
|---|---|
| **Nombre / Razón Social** | MARTINEZ PARDO, ANDRES LEONARDO |
| BOGOTA D.C. | 86075206 |
| **Intermediario** | SEGUROS FENIX LTDA |

### Cheque

| Banco | No Cuenta | No Cheque | Valor Cheque |
|---|---|---|---|
| | | | |
| TOTAL | | | |

**Apreciado Cliente:**

**1.** No se aceptan pagos parciales.
**2.** Al realizar su pago de forma presencial (ante el cajero del banco) **UNICAMENTE** presente esta boleta de recaudo para garantizar la correcta referenciación del pago.
**3.** Si esta boleta no ha sido recaudada efectivamente el **24/08/2023** se aplicará la clausula de terminación automática especifiada en el condicionado de la póliza y en la carátula de esta (artículo1068 código de comercio)
**4.** Si realiza su pago en cheque o de forma mixta (efectivo y cheque), solamente gire cheque local a nombre de **PATRIMONIOS AUTÓNOMOS CREDICORP CAPITAL FIDUCIARIA Nit 900531292-7,** al respaldo endóselo correctame y diligencie los datos del girador (nombre, NIT, teléfono) y el número de referencia de esta boleta. En caso de devolución del cheque se cobrará sanción del 20% de acuerdo con lo establecido en el artículo 731 del código de comercio. **NO SE ACEPTAN CHEQUES DE OTRAS PLAZAS.**
**5.** Para realizar el pago a través del botón PSE, ingrese a nuestra página web **www.segurosmundial.com.co** en la imagen de PSE haga clic y continúe el proceso de pago.

**ESPACIO PARA EL TIMBRE**

**VÁLIDO COMO RECIBO DE PAGO**

## - BANCO -

| Referencia de Pago No. | 24108227 |
|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Facturación** | 25/07/2023 | **Fecha Límite de Pago** | 24/08/2023 |
| POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082 | | **Prima** (incluye gastos de expedición) | 25.000,00 |
| **Póliza No.** | CV–100034537 | **IVA** | 4.750,00 |
| **Periodo Facturado** | 25/07/2023 — 14/03/2024 | **VALOR TOTAL A PAGAR $** | 29.750,00 |

**EFECTIVO** $

### Datos del Cliente

| | |
|---|---|
| **Nombre / Razón Social** | MARTINEZ PARDO, ANDRES LEONARDO |
| BOGOTA D.C. | 86075206 |
| **Intermediario** | SEGUROS FENIX LTDA |

### Cheque

| Banco | No Cuenta | No Cheque | Valor Cheque |
|---|---|---|---|
| | | | |
| TOTAL | | | |

**Corresponsales OPCIÓN1**

(415)7709998434219(8020)00000024108227(3900)000000029750(96)20230824

**Bancos Corresponsales OPCIÓN 2**

(415)7709998039933(8020)031594(8020)22990024108227(3900)000000029750(96)20230824

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

seguros mundial®

# Recibo de Pago

**Mundial de Seguros S.A.**
**860.037.013-6**

## INFORMACIÓN DE PAGO

A continuación te brindamos información de los distintos medios de pago que tendrás a disposición:

### OPCIÓN 1

**CORRESPONSALES**

Carulla · grupo éxito · efecty · edeq · Bancolombia Corresponsal Bancario · Punto de pago Multibanco · Supermercado Mercar · 4-72

### OPCIÓN 2

**BANCOS**

Scotiabank · DAVIVIENDA · Banco de Bogotá · Bancolombia · Banco de Occidente

**CORRESPONSALES**

puntored Te damos más

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**Tu compañía siempre**

# Pago en Línea

## Bienvenido(a) ANDRES LEONARDO

Inicio

| | |
|---|---|
| **Contenido** | COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. |
| **NIT** | 860037013-6 |
| **Código de servicio PSE** | 0 |
| **Fecha y hora de la Operación** | 25/07/2023 2:40:28 p.m. |
| **No. de la transacción** | 350406816 |
| **Moneda** | COP |
| **Valor Total** | $ 29.750,00 |
| **IVA** | 0 |
| **Descripción** | Boleta de pago No. 20239900900188 |
| **Estado de la Transacción** | PENDIENTE CONFIRMACION |
| **Respuesta** | El pago aun no ha sido confirmado por PSE. Por favor intentelo mas tarde |
| **Número de Transacción (CUS)** | 350406816 |
| **Banco** | |
| **Número de Ciclos** | Número de ciclos |

Imprimir

**Si tienes dudas comunicate con nosotros:**

**Calle 33 # 6B-24 Bogotá, Colombia** **(601) 665 11 13**