

|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                       |  |                          |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| <br><b>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</b> | <b>FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL CUNDINAMARCA</b><br><b>CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL-CUNDINAMARCA</b> |  | <b>Código Regional</b>   | <b>25</b>                |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                       |  | <b>Código Centro</b>     | <b>951310</b>            |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                       |  | <b>Fecha Elaboración</b> | <b>Agosto de 2023</b>    |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                       |  | <b>Versión</b>           | <b>ENERO 2023 - 1,23</b> |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                       |  | <b>ID de Proceso</b>     | <b>58513-400303</b>      |

|                                                                            |                                                 |                                                    |                                                                                                                                  |                                            |                             |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------|
| <b>DATOS DEL CONTRATISTA</b>                                               |                                                 |                                                    |                                                                                                                                  |                                            |                             |
| <b>Nombres y apellidos contratista:</b>                                    | CARLOS ANDRES OTERO CANO<br>caotero@sena.edu.co | <b>C.C.</b>                                        | 1.061.722.241                                                                                                                    | <b>IP/N° de contacto</b>                   | 3108276934                  |
| <b>Correo electrónico contratista:</b>                                     |                                                 |                                                    |                                                                                                                                  |                                            |                             |
| <b>Régimen del IVA:</b>                                                    | <input type="checkbox"/> NO RESPONSABLE         | <b>Pertenece al régimen simple de tributación?</b> | <input type="checkbox"/> NO                                                                                                      | <b>Es declarante de renta?</b>             | <input type="checkbox"/> SI |
|                                                                            |                                                 | <b>Es Pensionado?</b>                              | <input type="checkbox"/> NO                                                                                                      |                                            |                             |
| <b>Banco al cual consignar:</b>                                            | BANCOLOMBIA                                     | <b>Inducción SST</b>                               | <input type="checkbox"/> SI                                                                                                      | <b>Presta Servicios Excluidos de IVA ?</b> | <input type="checkbox"/> NO |
| <b>Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000:</b> | <input type="checkbox"/> NO                     | <b>Tipo de cta</b>                                 | AHORROS                                                                                                                          | <b>N° Cuenta</b>                           | 26134386389                 |
|                                                                            |                                                 |                                                    | <b>Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los \$ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA)</b> |                                            |                             |
|                                                                            |                                                 |                                                    | <input type="checkbox"/> NO                                                                                                      |                                            |                             |

|                                                                   |               |                                                                                                                                                                                                                                                              |                              |  |
|-------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--|
| <b>DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO</b>                |               |                                                                                                                                                                                                                                                              |                              |  |
| <b>N° del contrato:</b>                                           | 5298332/2023  | <b>N° Compromiso SIIF</b>                                                                                                                                                                                                                                    | 171023                       |  |
| <b>Valor Total del Contrato</b>                                   | \$ 16.933.564 | <b>N° Pago</b>                                                                                                                                                                                                                                               | 1                            |  |
| <b>Saldo Anterior del Contrato</b>                                | \$ 16.933.564 | <b>Periodo objeto de pago</b>                                                                                                                                                                                                                                | Del 14/08/2023 Al 31/08/2023 |  |
| <b>Nuevo Saldo del Contrato</b>                                   | \$ 14.475.466 | <b>Legalización comisiones del periodo</b>                                                                                                                                                                                                                   | \$ 0,00                      |  |
| <b>OBJETO CONTRACTUAL:</b><br>(Descripción del servicio prestado) |               | INSTRUCTOR: PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL: TITULADA, COMPLEMENTARIA Y SEGUIMIENTO ETAPA PRODUCTIVA, EN LAS DIFERENTES MODALIDADES PROGRAMADAS EN LA RED DE CONOCIMIENTO GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA ÁREA TEMÁTICA GESTIÓN EMPRESAS |                              |  |

|                                                             |                     |                                                                                 |               |  |
|-------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------|--|
| <b>RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO</b> |                     |                                                                                 |               |  |
| Ingresos por honorarios                                     | \$ 2.458.098        | Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°<br>Retención en la Fuente del Periodo | 0,00%<br>\$ 0 |  |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes                  | \$ 0                | Menos, Retefuente Otros Ingresos                                                | \$ 0          |  |
| <b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>                           | <b>\$ 2.458.098</b> | <b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>                                           | <b>\$ 0</b>   |  |
| <b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>                     | <b>\$ 1.591.049</b> |                                                                                 |               |  |

|                                                                              |               |              |                                               |                       |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|-----------------------------------------------|-----------------------|
| <b>LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR</b> |               |              |                                               |                       |
|                                                                              | <b>Agosto</b> | <b>Julio</b> |                                               |                       |
| <b>N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS</b>                           | -----         | 9454004958   | Base retención en la fuente a título de RENTA | 1.591.049,00          |
| <b>Ingreso Base de Cotización - IBC</b>                                      | \$ 1.160.000  | \$ 0         | Base retención en la fuente a título de ICA   | 2.127.498,00          |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud                                  | \$ 145.000    | \$ 0         | Valor base IVA                                | 0,00                  |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión                                | \$ 185.600    | \$ 0         | IVA (Si es RESPONSABLE)                       | 0,00                  |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional                          | \$ -          | \$ 0         | Menos Retención en la Fuente                  | 0,00                  |
| ARL                                                                          | \$ 6.100      | \$ 0         | Menos Retención IVA                           | 0,00                  |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias                        | \$ 8.835.833  | \$ -         | Reteica - 8299                                | 17.020,00             |
| \$ 614.524                                                                   | \$ -          | \$ -         |                                               | 0,00                  |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC                                      | \$ 13.430.466 | \$ -         |                                               | 0,00                  |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias                          | \$ 13.430.466 | \$ -         | Otras Retenciones                             | 0,00                  |
| Intereses Prestamo de Vivienda                                               | \$ 4.241.200  | \$ -         | Otras Retenciones                             | 0,00                  |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes                | \$ -          | \$ -         | Otras Retenciones                             | 0,00                  |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes                  | \$ -          | \$ -         | Otras Retenciones                             | 0,00                  |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes                  | \$ -          | \$ -         |                                               | 0,00%                 |
| Dependientes hasta                                                           | \$ 1.357.184  | \$ -         | Descuentos de Libranza                        | 0,00                  |
| Salud hasta                                                                  | \$ 678.592    | \$ -         | Descuentos de embargo (Si tiene)              | 0,00                  |
| Renta Exenta 25%                                                             | \$ 2.792.123  | \$ 530.350   |                                               |                       |
| Retención en la Fuente Contingente                                           | \$ -          | \$ -         | <b>VALOR A PAGAR</b>                          | <b>\$2.441.078,00</b> |

**SON: DOS MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN MIL SETENTA Y OCHO PESOS M/CTE**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| Prestar servicios personales de carácter temporal como instructor bajo la modalidad de prestación de servicios personales<br>Orientar Formación en la Ficha 2669290 del programa Tg Gestión Administrativa en el municipio de Chia<br>Orientar Formación en la Ficha 2773466 (B) del programa Tg Gestión Administrativa en el municipio de Chia<br>Orientar Formación en la Ficha 2773145 del programa Tc Asistencia Administrativa en el municipio de Chia<br>Orientar Formación en la Ficha 2773179 del programa Tc Asistencia Administrativa en el municipio de Tenjo<br>Orientar Formación en la Ficha 2773185 (B) del programa Tc Asistencia Administrativa en el municipio de Zipaquirá |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</b><br>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. | <br><b>CARLOS ANDRES OTERO CANO</b><br><b>EL CONTRATISTA</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                              |
| En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:<br>1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;<br>2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;<br>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.<br>El Supervisor,<br><br><b>LIZ YISELTH ROJAS TORRES</b><br><b>INSTRUCTOR G13</b> |

**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**  
**JAVIER RICARDO JIMENEZ RINCON**  
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

CE-006 - 0000000100 – 2023

## **CERTIFICA**

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

|                                 |                               |
|---------------------------------|-------------------------------|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 1061722241                 |
| NOMBRES Y APELLIDOS             | Otero Cano, Carlos Andres     |
| TIPO DE AFILIADO                | Titular                       |
| TIPO DE TRABAJADOR              | Independiente Con Contrato De |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN  | 05/06/2013                    |
| ESTADO DE AFILIACIÓN            | Vigente                       |
| ESTADO DE SERVICIO              | Habilitado                    |
| REGIMEN                         | Contributivo                  |

La presente se expide a nombre de Otero Cano, Carlos Andres, a los 09 días del mes de agosto del año 2023.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.



Banny Yeritza Sarmiento Vanegas  
Coordinador Gestión de la Afiliación

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

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

NIT 800.224.808-8

**CERTIFICA QUE:**

**CARLOS ANDRES OTERO CANO**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.061.722.241**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 9 de Agosto del 2023.

Cordialmente,



---

Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:**

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



| DATOS GENERALES DEL APORTANTE     |         |                          |                 |                    |                     |                     |                 |                       |           |
|-----------------------------------|---------|--------------------------|-----------------|--------------------|---------------------|---------------------|-----------------|-----------------------|-----------|
| Identificación                    | dv      | Razon Social             | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion           | Ciudad-Departamento | Teléfono        | Exonerado SENA e ICBF |           |
| CC 1061722241                     |         | OTERO CANO CARLOS ANDRES | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | carrera7bN26bn - 63 | PIENDAMO-CAUCA      | 8470151         | No                    |           |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |                          |                 |                    |                     |                     |                 |                       |           |
| Periodo                           |         | Clave                    |                 | Tipo               | Fecha               |                     | Pago            |                       |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago                     | Planilla        | Planilla           | Limite              | Pago                | Banco           | Dias Mora             | Valor     |
| 2023-07                           | 2023-07 | 1000000857               | 9454004958      | I                  | 2023/08/10          | 2023/08/10          | BANCO DE BOGOTA | 0                     | \$359,900 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES             |                |            |              |        |             |             |           |        |             |             |           |       |             |             |          |       |             |             |              |     |        |     |
|----------------------------------------------|----------------|------------|--------------|--------|-------------|-------------|-----------|--------|-------------|-------------|-----------|-------|-------------|-------------|----------|-------|-------------|-------------|--------------|-----|--------|-----|
| EMPLEADO                                     |                |            | PENSION      |        |             |             | SALUD     |        |             |             | CCF       |       |             |             | RIESGOS  |       |             |             | PARAFISCALES |     |        |     |
| No.                                          | Identificación | Nombres    | Codigo       | Dias   | IBC         | Aporte      | Codigo    | Dias   | IBC         | Aporte      | Codigo    | Dias  | IBC         | Aporte      | Codigo   | Dias  | IBC         | Aporte      | Dias         | IBC | Aporte |     |
| Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)            |                |            |              |        | \$1,160,000 | \$185,600   |           |        | \$1,160,000 | \$145,000   |           |       | \$1,160,000 | \$23,200    |          |       | \$1,160,000 | \$6,100     |              | \$0 | \$0    |     |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)  |                |            |              |        | \$1,160,000 | \$185,600   |           |        | \$1,160,000 | \$145,000   |           |       | \$1,160,000 | \$23,200    |          |       | \$1,160,000 | \$6,100     |              | \$0 | \$0    |     |
| Ciudad: PIENDAMO Depto: CAUCA ( 1 Afiliados) |                |            |              |        | \$1,160,000 | \$185,600   |           |        | \$1,160,000 | \$145,000   |           |       | \$1,160,000 | \$23,200    |          |       | \$1,160,000 | \$6,100     |              | \$0 | \$0    |     |
| 1                                            | CC             | 1061722241 | OTERO CARLOS | 230301 | 30          | \$1,160,000 | \$185,600 | EPS005 | 30          | \$1,160,000 | \$145,000 | CCF14 | 30          | \$1,160,000 | \$23,200 | 14-23 | 30          | \$1,160,000 | \$6,100      | 30  | \$0    | \$0 |
| Total Afiliados( 1)                          |                |            |              |        | \$1,160,000 | \$185,600   |           |        | \$1,160,000 | \$145,000   |           |       | \$1,160,000 | \$23,200    |          |       | \$1,160,000 | \$6,100     |              | \$0 | \$0    |     |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                          |                 |                    |                     |                     |          |                       |
|-------------------------------|----|--------------------------|-----------------|--------------------|---------------------|---------------------|----------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social             | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion           | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 1061722241                 |    | OTERO CANO CARLOS ANDRES | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | carrera7bN26bn - 63 | PIENDAMO-CAUCA      | 8470151  | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |            |            |          |            |            |                 |           |           |
|-----------------------------------|---------|------------|------------|----------|------------|------------|-----------------|-----------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave      |            | Tipo     | Fecha      |            | Pago            |           |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago       | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco           | Dias Mora | Valor     |
| 2023-07                           | 2023-07 | 1000000857 | 9454004958 | I        | 2023/08/10 | 2023/08/10 | BANCO DE BOGOTA | 0         | \$359,900 |

| RESUMEN DE PAGO              |        |             |    |           |                 |                |                        |               |  |
|------------------------------|--------|-------------|----|-----------|-----------------|----------------|------------------------|---------------|--|
| RIESGO                       | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |  |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1)     |        |             |    | 1         | \$185,600       | \$0            | \$0                    | \$185,600     |  |
| PORVENIR                     | 230301 | 800,224,808 | 8  | 1         | \$185,600       | \$0            | \$0                    | \$185,600     |  |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1)     |        |             |    | 1         | \$6,100         | \$0            | \$0                    | \$6,100       |  |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23  | 860,011,153 | 6  | 1         | \$6,100         | \$0            | \$0                    | \$6,100       |  |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1)     |        |             |    | 1         | \$23,200        | \$0            | \$0                    | \$23,200      |  |
| COMFACAUCA                   | CCF14  | 891,500,182 | 0  | 1         | \$23,200        | \$0            | \$0                    | \$23,200      |  |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1)     |        |             |    | 1         | \$145,000       | \$0            | \$0                    | \$145,000     |  |
| SANITAS                      | EPS005 | 800,251,440 | 6  | 1         | \$145,000       | \$0            | \$0                    | \$145,000     |  |
| TOTAL                        |        |             |    | 1         | \$359,900       | \$0            | \$0                    | \$359,900     |  |



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |           |             |                                     |                                                                                         |                                   |                                                                   |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |             |                                     | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL                                                       |                                   |                                                                   |  |
| 10<br>DÍA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 08<br>MES | 2023<br>AÑO | POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA)<br>Ciudad | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ÉNFASIS<br>OSTEOMUSCULAR                           |                                   |                                                                   |  |
| DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |             |                                     |                                                                                         |                                   |                                                                   |  |
| PARTICULARES POPAYAN SALUD OCUPACIONAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |           |             |                                     | PARTICULARES                                                                            |                                   |                                                                   |  |
| Nombre de la empresa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |           |             |                                     | Empresa en misión                                                                       |                                   |                                                                   |  |
| DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |           |             |                                     |                                                                                         |                                   |                                                                   |  |
| OTERO CANO CARLOS ANDRES<br>Apellidos y Nombres                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |           |             |                                     | Genero<br>MASCULINO                                                                     | Edad<br>34 AÑOS 0 MESES<br>4 DÍAS | Documento de Identificación<br>CC<br>1061722241<br>Tipo<br>Número |  |
| Cargos<br>INSTRUCTOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |           |             |                                     |                                                                                         |                                   |                                                                   |  |
| CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL<br>CONDICIONES DE SALUD ACORDES CON LOS REQUERIMIENTOS DEL PERFIL DEL CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |           |             |                                     |                                                                                         |                                   |                                                                   |  |
| Observaciones: SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO / /** EXAMEN OSTEOMUSCULAR NORMAL /ENFASIS<br>CARDIOVASCULAR NORMAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |           |             |                                     |                                                                                         |                                   |                                                                   |  |
| N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |           |             |                                     | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) |                                   |                                                                   |  |
| RESTRICCIONES LABORALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |             |                                     | TIPO                                                                                    |                                   | RECOMENDACIONES                                                   |  |
| SIN RESTRICCIONES LABORALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |           |             |                                     | NO APLICA                                                                               |                                   | NO APLICA                                                         |  |
| El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |           |             |                                     |                                                                                         |                                   |                                                                   |  |
| AUDIOMETRIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |           |             |                                     | ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD                                         |                                   |                                                                   |  |
| PAQUETE OPTOMETRICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |           |             |                                     | PERFIL LIPIDICO MAS GLICEMIA                                                            |                                   |                                                                   |  |
| EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |             |                                     | -----                                                                                   |                                   |                                                                   |  |
| RECOMENDACIONES MÉDICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |             |                                     | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES                                                           |                                   | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES                               |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |           |             |                                     | USO DE EPP                                                                              |                                   | HABITOS SALUDABLES                                                |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |           |             |                                     | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : PAUSAS<br>ACTIVAS CADA 2A 3 HORAS                   |                                   | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA                                         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |           |             |                                     | CAPACITACIÓN : EN SST                                                                   |                                   | HACER DEPORTE                                                     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |           |             |                                     |                                                                                         |                                   | DIETA BALANCEADA                                                  |  |
| OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |             |                                     |                                                                                         |                                   |                                                                   |  |
| TRABAJADOR PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO SIN RESTRICCIONES, AL MOMENTO ASINTOMÁTICO *** SE RECOMIENDA SEGUIR<br>ESQUEMA DE VACUNAS COVID 19 SEGUN SE REQUIERA<br>/* PARA CLINICOS 10/8/23 PERFIL LIPIDICO GLICEMIA DENTRO DE RANGOS ACEPTABLES PARA EL CARGO - SE RECOMIENDA DIETA BAJA<br>EN GRASA Y CONTROL DE PERFIL LIPIDICO EN 6 MESES<br>* EKG NORMAL PARA EL CARGO<br>*/ EVALUACION RIESGO CARDIOVASCULAR FRAMINGAN - BAJO - 4%<br>/* OPTOMETRIA 10/8/23 NORMAL PARA EL CARGO<br>/* AUDIOMETRIA NORMAL PARA EL CARGO<br>** EXAMEN OSTEOMUSCULAR NORMAL<br>NIEGA ACCIDENTES O ENFERMEDAD DE PRESUNTO ORIGEN LABORAL<br><br>***EN CASO DE SINTOMAS RESPIRATORIOS O CONTACTO ESTRECHO CON CASO CONFIRMADO O SOSPECHOSO DE ENFERMEDAD<br>PANDEMICA INFORMAR OPORTUNAMENTE<br>***<br>RECOMENDACIONES PARA TRABAJADOR SE DEBE REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DIARIAMENTE ANTES Y DURANTE EL TRABAJO ,<br>EDUCACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y CUIDADO DE COLUMNA, SE DEBE UTILIZAR EPP SIEMPRE QUESEA NECESARIO , SE EDUCA EN<br>HÁBITOS SALUDABLES , DEBE HACER DEPORTE 4 VECES POR SEMANA , Y TENER UNA DIETA SALUDABLE RICA EN FRUTA VERDURAS<br>BAJA EN GRASA Y AZUCARES.<br>****<br>PARA LA EMPRESA, PROPICIAR UN BUEN AMBIENTE LABORAL , VIGILAR Y EDUCAR EN SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL<br>TRABAJO, CAPACITAR SOBRE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES LABORALES , EN CASO DE PRESENTAR ALGUNA DE ESTAS DEBE<br>INFORMAR DE MANERA OPORTUNA A SU ARL , CAPACITAR EN TELETRABAJO EN CASO DE REQUERIRLO // ACATAR MEDIDAS<br>DISPUESTAS PARA MANEJO DE LA PANDEMIA |           |             |                                     |                                                                                         |                                   |                                                                   |  |

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**

Md. Ricardo Garzon Lopez  
Esp. Salud Ocupacional  
Res. 10980.- Reg. 66509

Firma:

Nombre: GARZON LOPEZ RICARDO

R. M.: 66509

L.S.O.:



Código de Seguridad

**M670S1Y104057**

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: OTERO CANO CARLOS ANDRES

CC: 1061722241



CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA  
**comfacauc**  
al servicio del trabajador y su familia

**NIT. 891500182-0**

Calle 2 N # 6 A 54 Barrio Modelo  
Popayán - Santander de Quilichao - Puerto Tejada

Cel: 3174378962 - Tel: (032) 8206860  
E-mail: ips@comfacauc.com

## ANEXO DE EXAMEN FÍSICO DE VALORACIÓN OSTEOMUSCULAR

### DATOS PERSONALES

Ciudad y Fecha: POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) 10/08/2023 - 09:51 A. M.

Tipo Evaluación Médica: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

Empresa: PARTICULARES

Cargo: INSTRUCTOR

Nombres y Apellidos: OTERO CANO CARLOS ANDRES :CC 1061722241 de POPAYÁN Fecha de Nacimiento: 05/08/1989 12:00

Edad: 34 AÑOS 0 M Lugar de Nacimiento: PIENDAMÓ (CAUCA, COLOMBIA) Dir. Residencia: CARRERA 7 B # 26 BN - 63 EDIFICIO IBIZA APAR-402

Estudios: POSTGRADO Estado Civil: SOLTERO(A) E.P.S: NO REFIERE A.F.P: NO REFIERE A.R.L: NO REFIERE

### ANTECEDENTES RIESGOS ERGONOMICOS

| Empresa | Cargo      | Manipulación   | Postura Habitual | Movimiento | Tiempo |
|---------|------------|----------------|------------------|------------|--------|
| SENA    | INSTRUCTOR | MENOR DE 12 KG | ALTERNADO        | SI         | 1 AÑOS |

### POSTURA ESTÁTICA

|                     |                                         |
|---------------------|-----------------------------------------|
| ABDOMEN             | FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL |
| CABEZA              | FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL |
| HOMBROS             | FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL |
| MIEMBROS INFERIORES | FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL |
| MIEMBROS SUPERIORES | FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL |
| OTRA ¿CUÁL?         | FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL |
| PELVIS              | FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL |
| TRONCO              | FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL |

### ARCOS DE MOVILIDAD

|                                        |        |
|----------------------------------------|--------|
| CODO EXTENSIÓN 180°                    | NORMAL |
| CODO FLEXIÓN 145°                      | NORMAL |
| CODO PRONACIÓN 90°                     | NORMAL |
| CODO SUPINA 90°                        | NORMAL |
| CUELLO-REGION CERVICAL EXTENSIÓN 30°   | NORMAL |
| CUELLO-REGION CERVICAL FLEXIÓN 30°     | NORMAL |
| CUELLO-REGION CERVICAL INCLINACIÓN 30° | NORMAL |
| CUELLO-REGION CERVICAL ROTACIÓN 30°    | NORMAL |
| DEDOS DE LA MANO ABDUCCIÓN 20°         | NORMAL |
| DEDOS DE LA MANO ADUCCIÓN 20°          | NORMAL |
| DEDOS DE LA MANO EXTENSIÓN 40°         | NORMAL |
| DEDOS DE LA MANO FLEXIÓN 90°           | NORMAL |
| HOMBRO ABDUCCIÓN 180°                  | NORMAL |
| HOMBRO ADUCCIÓN 30-45°                 | NORMAL |
| HOMBRO CIRCUNDUCCIÓN 360°              | NORMAL |
| HOMBRO EXTENSIÓN 30°                   | NORMAL |
| HOMBRO FLEXIÓN 180°                    | NORMAL |
| HOMBRO ROTACIÓN EXTERNA 90°            | NORMAL |
| HOMBRO ROTACIÓN INTERNA 90°            | NORMAL |
| MUÑECA DESVIACIÓN EXTERNA 45°          | NORMAL |

|                               |        |
|-------------------------------|--------|
| MUÑECA DESVIACIÓN INTERNA 15° | NORMAL |
| MUÑECA FLEXIÓN DORSAL 80°     | NORMAL |
| MUÑECA FLEXIÓN PALMAR 85°     | NORMAL |
| OTRA ¿CUÁL?                   |        |

| EXTREMIDADES SUPERIORES |          |
|-------------------------|----------|
| FINKELSTEIN DERECHO     | NEGATIVO |
| FINKELSTEIN IZQUIERDO   | NEGATIVO |
| OTRA ¿CUÁL?             |          |
| PHALEN DERECHO          | NEGATIVO |
| PHALEN IZQUIERDO        | NEGATIVO |
| TINEL DERECHO           | NEGATIVO |
| TINEL IZQUIERDO         | NEGATIVO |

| EXTREMIDADES INFERIORES |          |
|-------------------------|----------|
| LASSEGUE DERECHO        | NEGATIVO |
| LASSEGUE IZQUIERDO      | NEGATIVO |

| COLUMNA VERTEBRAL         |        |
|---------------------------|--------|
| CIFOSIS DORSAL            | NO     |
| ESCOLIOSIS                | NO     |
| ESPALDA PLANA             | NO     |
| LORDOSIS CERVICAL         | NO     |
| LORDOSIS LUMBAR           | NO     |
| OTRA ¿CUÁL?               |        |
| PRUEBA DE SCHOBER         | CMS    |
| RECTIFICACIÓN (SEGMENTO?) | NO     |
| ROTOESCOLIOSIS            | NO     |
| TEST DE WELLS             | NORMAL |

#### OBSERVACIONES

\*\* EXAMEN OSTEOMUSCULAR NORMAL

#### MÉDICO

Firma:   
Md. Ricardo Garzon Lopez  
Esp. Salud Ocupacional  
Res. 10980 - Reg. 66509

Nombre: GARZON LOPEZ RICARDO

R. M.: 66509 L.S.O.:

#### TRABAJADOR

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: OTERO CANO CARLOS ANDRES

CC 1061722241



## LABORATORIO CLINICO AGUSTIN RENTERIA

DRA. ANA ROSA P. DE RENTERÍA  
Patóloga

DRA. MARTHA ISABEL RENTERÍA P.  
Patóloga

DRA. CARMEN ELISA RENTERÍA P.  
Bacterióloga

Nombre : **CARLOS ANDRES OTERO CANO**  
Identificación : 1061722241  
Edad : 34 años  
Entidad : Comfacauca IPS  
Fecha toma de muestra : Agosto 10/2023  
Fecha informe de muestra : Agosto 10/2023

### EXAMEN SOLICITADO

### RESULTADO

### V. REFERENCIA

Glicemia Basal : 89 mg/dl 50 – 100 mg/dl

INTERPRETACION EXCLUSIVAMENTE DEL MEDICO.

Carmen Elisa Rentería P.  
Bacterióloga Especializada  
Universidad Javeriana  
2023-08-10



## LABORATORIO CLINICO AGUSTIN RENTERIA

DRA. ANA ROSA P. DE RENTERÍA  
Bacterióloga

DRA. MARTHA ISABEL RENTERÍA P.  
Patóloga

DRA. CARMEN ELISA RENTERÍA P.  
Bacterióloga

Nombre : **CARLOS ANDRES OTERO CANO**  
Identificación : 1061722241  
Edad : 34 años  
Entidad : Comfacaucá IPS  
Fecha toma de muestra : Agosto 10/2023  
Fecha informe de muestra : Agosto 10/2023

### PERFIL DE LIPIDOS

**COLESTEROL TOTAL: 217 mg/dl**  
Valor ideal : menor de 200

**COLESTEROL HDL: 43.8 mg/dl**  
Hombres y mujeres postmenopáusicas: Mayor de 35  
Mujeres premenopáusicas: Mayor de 45

**COLESTEROL LDL: 133.6 mg/dl**  
Valor ideal: hasta 100

**V. L. D. L.: 39.6 mg/dl**  
Referencia: 20 a 30

**TRIGLICERIDOS: 198 mg/dl**  
Valor ideal: menor de 200

**INDICE ARTERIAL: 4.95**  
Normal hombres: 3.8 a 5.9  
Normal mujeres: 3.1 a 4.6

**RELACION C-LDL/C-HDL: 3.05**  
Riesgo alto: > 5  
Riesgo medio: 3 - 5  
Riesgo bajo: < 3

INTERPRETACION EXCLUSIVAMENTE DEL MEDICO.

*Carmen Elisa Rentería P.*  
Bacterióloga Especializada  
Universidad Javeriana  
2023.08.10



EVALUACION PSICO SOCIAL CON ENFOQUE NEUROPSICOLOGICO  
CARLOS ANDRES OTERO CANO

INFORME DE EVALUACION NEUROPSICOLOGICO

I.DATOS DE IDENTIFICACIÓN

|                                             |                                            |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------|
| FECHA ACTUAL: 10 AGOSTO DE 2023             | FECHA INICIO EVALUACION: 10 AGOSTO DE 2023 |
| NOMBRE: CARLOS ANDRES OTERO CANO            |                                            |
| FECHA NACIMIENTO: 5 AGOSTO DE 1989          | EDAD: 34 AÑOS                              |
| ESCOLARIDAD: POST GRADO – ADMON DE EMPRESAS | IDENTIFICACION: CC 1601722241              |
| CELULAR: 3108276934                         |                                            |
| ESTADO CIVIL: SOLTERO                       | INFORMANTE: PACIENTE                       |
| REFERIDO POR: PSICOLGA SST                  |                                            |

II. MOTIVO DE CONSULTA:

Paciente que consulta, para realización de pruebas neuropsicológicas de ingreso laboral.

III. ANTECEDENTES MEDICOS:

\*Patológicos: No refiere.

\*Quirúrgicos: No refiere.

\*Traumáticos: No refiere.

\*Farmacológicos: No refiere.

\*Heredofamiliares: No refiere.

\*Evaluaciones y tratamientos: No refiere.

IV. Hábitos: Buen apetito, practica tenis.

V. Alteración del ciclo del sueño: Ciclo del sueño regulado.

VI. Historia familiar: Paciente que vive solo.

VII. Aspectos emocionales y comporta mentales: Paciente orientado en tiempo, lugar y persona, buena presentación personal, lenguaje fluido, sin alteraciones de juicio y raciocinio.

VIII. Historia Escolar: Administrador de empresas, post grado.

IX.INSTRUMENTOS DE EVALUACION UTILIZADOS: (Estrategias de recolección de información).

- Entrevista Clínica.
- Esquema de Diagnóstico Neuropsicológico Ardila-Ostrosky, NEUROPSI.

Resultados de las pruebas sujetos a situaciones y estados mentales de la actualidad.

[leidystefanyramirezflor@gmail.com](mailto:leidystefanyramirezflor@gmail.com)

Cel: 3206586236



## EVALUACION PSICO SOCIAL CON ENFOQUE NEUROPSICOLOGICO

### CARLOS ANDRES OTERO CANO

- Cuestionario de personalidad de EYSENCK.

#### X.RESULTADOS DE LA EVALUACION

##### CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE EYSENCK EPQ-R:

| DIMENSIONES  | PD        | T         | PUNTUACIONES BAJAS CARATERIZAN A UNA PERSONA COMO ... | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | PUNTUACIONES ALTAS CARATERIZAN A UNA PERSONA COMO ... |
|--------------|-----------|-----------|-------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|-------------------------------------------------------|
| EXTRAVERSION | <u>11</u> | <u>30</u> | Reservada, discreta, socialmente inhibida             |    |    |    |    |    | Sociable, activa, animada                             |
| EMOTIVIDAD   | <u>8</u>  | <u>25</u> | Relajada, poco preocupada                             |    |    |    |    |    | Aprensiva, ansiosa, y con humor deprimido             |
| DUREZA       | <u>3</u>  | <u>20</u> | Altruista, empática, y convencional                   |    |    |    |    |    | Impulsiva, creativa, y poco socializada               |
| ESCALA L     | <u>12</u> | <u>90</u> | Sincera, inconformista                                |    |    |    |    |    | Poco sincera, conformista                             |

##### COMPONENTE COGNITIVO SOCIAL:

Los resultados obtenidos de la prueba de personalidad no permiten ver algunos rasgos de personalidad que se asocian a los comportamientos de las personas, en este caso el paciente muestra tendencia a la tranquilidad, retraído, introspectivo, aficionado a los libros o actividades tranquilas más que a las personas, tiende a ser reservado, distante excepto con los amigos más íntimos, se piensa de hablar dos veces antes de actuar y desconfía de los impulsos momentáneos, se toma las cosas de cada día con seriedad y le gustan un modo de vida más bien ordenado, mantiene las cosas bajo control, no pierde los nervios con facilidad, es fiable poco pesimista, otorgando valor a las normas éticas, muestra tendencia a altruista, empática, responsable, poco agresiva, con manejo del estrés, aunque sabe trabajar bajo normas y reglas, tiende a cuestionar con frecuencia las normas haciendo una introspección entre en lo que para él es realmente bueno o malo. No se evidencia actualmente síntomas o conductas que lo asocien a trastornos de tipo psiquiátricos.



## EVALUACION PSICO SOCIAL CON ENFOQUE NEUROPSICOLOGICO

### CARLOS ANDRES OTERO CANO

#### ESQUEMA DE DIAGNÓSTICO NEUROPSICOLÓGICO ARDILA-OSTROSKY, NEUROPSI.

Al paciente Carlos Andrés se le aplica la NEUROPSI (Atención y Memoria) con el propósito de indagar sus funciones básicas superiores cerebrales, evidenciando los siguientes resultados:

##### A. ATENCION Y MEMORIA

Con base en los hallazgos encontrados se puede deducir que el paciente presenta un rendimiento normal a nivel de Orientación en tiempo, persona y espacio, lo que implica adecuados niveles de alerta y estado general de activación, para responder conscientemente a los estímulos medioambientales tanto propioceptivos como exteroceptivos.

A nivel de Atención y Concentración, se evidencia conservación de funciones tanto visuales como auditivas para retener información inmediata, focalizar su atención por periodos, respondiendo adecuadamente a las demandas del medio.

El paciente presenta mejor funcionalidad visual que auditiva.

##### B. FUNCIONES EJECUTIVAS

Se evidencian conservación en funciones ejecutivas las cuales se asocian a flexibilidad cognitiva, planeación y organización, en las cuales el paciente presenta un desempeño normal, ejecuta sus tareas sin limitaciones, algunas tareas le toman más tiempo que otras, pero en términos generales, las ejecuta con velocidad.

Se conservan funciones motoras, indicando capacidad para realizar movimientos y acciones planificadas.

Se resalta su buen rendimiento en acciones como flexibilidad cognitiva, el ajustarse rápidamente a los contextos y situaciones, se evidencian estrategias cognitivas para resolver de forma clara y eficiente problemas de la vida diaria o de sus labores, así como regulación frente al estrés, manejo de impulsos.

#### CURVA DE MEMORIA:

La Memoria de trabajo se evidencio conservación para las tareas de retención de dígitos y cubos en regresión, M. lógica prom. Historias, M. Verbal Claves, lo que evidencia que el paciente presenta buena retención y evocación de información de forma acertada y en función del tiempo, el paciente codifica información de orden visual y auditivo, devala conservación de sus dispositivos para la adquisición de información externa, mantiene conservación en la curva de aprendizaje a través de los ensayos.



**EVALUACION PSICO SOCIAL CON ENFOQUE NEUROPSICOLOGICO**  
**CARLOS ANDRES OTERO CANO**

| PUNTUACIONES TOTALES                  | PUNTUACIÓN NATURAL | PUNTUACIÓN NORMALIZADA | NIVEL       |
|---------------------------------------|--------------------|------------------------|-------------|
| Total atención y funciones ejecutivas | 121                | 132                    | NORMAL ALTO |
| Total memoria                         | 165                | 133                    | NORMAL      |
| Total atención y memoria              | 223                | 86                     | NORMAL      |

| PUNTUACIÓN TOTAL NORMALIZADA | CLASIFICACION     |
|------------------------------|-------------------|
| 116 en adelante              | NORMAL ALTO       |
| 85-115                       | NORMAL            |
| 70-84                        | ALTERACIÓN LEVE   |
| 69 O MENOS                   | ALTERACIÓN SEVERA |

**XI.OBSERVACIONES DE LA CONDUCTA:**

Paciente orientada en tiempo, lugar y persona, discurso coherente, lenguaje fluido, buena disposición en tarea, persistente, locuaz.

**XII.CONCLUSIONES:**

Paciente que devala funcionamiento cognitivo y neuropsicológica dentro de los parámetros normales, no se evidencia signos de enfermedad mental, que le impidan realizar algún tipo de trabajo, cuenta con mecanismo de afrontamiento frente a situaciones de la vida diaria y funciones laborales.

**XIV.RECOMENDACIONES:**

- Realizar alguna actividad deportiva y/o cultural que sea de su preferencia como aporte al desarrollo de su disciplina y el fortalecimiento de su condición emocional, social y mental.
- Entrenar y practicar ejercicios de gimnasia cerebral.

**FIRMA**



Mg. Neuropsicología y Educación  
TP: 137156 RUNT: 20259

**LEIDY STEFANY RAMIREZ FLOR**  
Psicóloga Reg. 137156 COLPSI  
Fundación universitaria de Popayán.  
**Magister Neuropsicología y educación.**  
Universidad internacional de la Rioja- España

Resultados de las pruebas sujetos a situaciones y estados mentales de la actualidad.

[leidystefanyramirezflor@gmail.com](mailto:leidystefanyramirezflor@gmail.com)

Cel: 3206586236



### Hace constar:

Que el Sr(a) CARLOS ANDRES OTERO CANO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1061722241 realizó el día 17/08/2023 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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

---

### Compromiso SST:

Yo CARLOS ANDRES OTERO CANO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1061722241 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) CARLOS ANDRES OTERO CANO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1061722241 el día 17/08/2023 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



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



## Hace constar:

Que el Sr(a) CARLOS ANDRES OTERO CANO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1061722241 realizó el día 22/08/2023 la Capacitación de protocolos de bioseguridad.

De acuerdo a lo establecido en la Resolución 666 de 2020 del ministerio de salud y protección y social, la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del SENA, mediante la cual se establece el protocolo de medidas generales y de bioseguridad para prevenir y mitigar la propagación del COVID-19, Circular 01-03-2020-000156 del 02 de septiembre del 2020 del Sena, mediante el cual se establece el alcance a la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del

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

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas



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



## Hace constar:

Que el Sr(a) CARLOS ANDRES OTERO CANO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1061722241 realizó el día 22/08/2023 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas



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



## Hace constar:

Que el Sr(a) CARLOS ANDRES OTERO CANO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1061722241 realizó el día 22/08/2023 la Capacitación Módulo 2 - Riesgos en el puesto de trabajo y medidas de prevención de la entidad y aprobó la Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas



NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

|                                      |                               |  |                             |                               |  |               |                              |            |
|--------------------------------------|-------------------------------|--|-----------------------------|-------------------------------|--|---------------|------------------------------|------------|
| CIUDAD DE EXPEDICIÓN<br>BOGOTÁ, D.C. |                               |  | SUCURSAL<br>ANTIGUO COUNTRY |                               |  | COD.SUC<br>21 | NO.PÓLIZA<br>21-46-101074512 | ANEXO<br>0 |
| FECHA EXPEDICIÓN<br>DÍA MES AÑO      | VIGENCIA DESDE<br>DÍA MES AÑO |  | A LAS HORAS                 | VIGENCIA HASTA<br>DÍA MES AÑO |  | A LAS HORAS   | TIPO MOVIMIENTO              |            |
| 14 08 2023                           | 14 08 2023                    |  | 00:00                       | 20 04 2024                    |  | 23:59         | EMISION ORIGINAL             |            |

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

|                                                    |                                                 |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| NOMBRE O RAZON SOCIAL<br>OTERO CANO, CARLOS ANDRES | IDENTIFICACIÓN<br>CC: 1061.722.241              |
| DIRECCIÓN: CR 2 3 C 12 BRR ROSARIO                 | CIUDAD: PIENDAMO, CAUCA<br>TELÉFONO: 3108276934 |

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

|                                                                                                                                      |                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| ASEGURADO / BENEFICIARIO:<br>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL<br>SENACHIA REGIONAL CUNDINA | IDENTIFICACIÓN NIT: 899.999.034-1              |
| DIRECCIÓN: CRA. 11 SECTOR EL DARIEN LT 1 - VEREDA BOJACA                                                                             | CIUDAD: CHIA, CUNDINAMARCA<br>TELÉFONO 8844545 |

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

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

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. C01.PCCNTR.5298332 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA, COMPLEMENTARIA Y SEGUIMIENTO ETAPA PRODUCTIVA, EN LAS DIFERENTES MODALIDADES PROGRAMADAS EN LA RED DE CONOCIMIENTO GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA ÁREA TEMÁTICA GESTIÓN EMPRESARIAL, EN LOS MUNICIPIOS DEL ÁREA DE COBERTURA DEL CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL DE LA REGIONAL CUNDINAMARCA.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

|                           |                |                |                  |
|---------------------------|----------------|----------------|------------------|
| AMPAROS                   | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEG/ACTUAL |
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 14/08/2023     | 20/04/2024     | \$1,693,356.40   |

ACLARACIONES

|                              |                   |                  |                        |                       |                 |
|------------------------------|-------------------|------------------|------------------------|-----------------------|-----------------|
| VALOR PRIMA NETA             | GASTOS EXPEDICIÓN | IVA              | TOTAL A PAGAR          | VALOR ASEGURADO TOTAL | PLAN DE PAGO    |
| \$ *****20,000.00            | \$ *****8,000.00  | \$ *****5,320.00 | \$ *****33,320.00      | \$ *****1,693,356.40  | CONTADO         |
| INTERMEDIARIO                |                   |                  | DISTRIBUCION COASEGURO |                       |                 |
| NOMBRE                       | CLAVE             | % DE PART.       | NOMBRE COMPAÑIA        | % PART.               | VALOR ASEGURADO |
| GLORIA INES HERNANDEZ ALONSO | 133061            | 100.00           |                        |                       |                 |

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

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 83 NO 19-10 - TELEFONO: 6-917963 - BOGOTÁ, D.C.

21-46-101074512

FIRMA AUTORIZADA: Gabriela A. Zarante B. - Secretaria General



FIRMA TOMADOR



NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

|                                      |  |  |                               |  |  |             |                               |  |               |             |                              |  |            |  |
|--------------------------------------|--|--|-------------------------------|--|--|-------------|-------------------------------|--|---------------|-------------|------------------------------|--|------------|--|
| CIUDAD DE EXPEDICIÓN<br>BOGOTÁ, D.C. |  |  | SUCURSAL<br>ANTIGUO COUNTRY   |  |  |             |                               |  | COD.SUC<br>21 |             | NO.PÓLIZA<br>21-46-101074512 |  | ANEXO<br>0 |  |
| FECHA EXPEDICIÓN<br>DÍA MES AÑO      |  |  | VIGENCIA DESDE<br>DÍA MES AÑO |  |  | A LAS HORAS | VIGENCIA HASTA<br>DÍA MES AÑO |  |               | A LAS HORAS | TIPO MOVIMIENTO              |  |            |  |
| 14 08 2023                           |  |  | 14 08 2023                    |  |  | 00:00       | 20 04 2024                    |  |               | 23:59       | EMISION ORIGINAL             |  |            |  |

## DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

|                                                    |                                    |
|----------------------------------------------------|------------------------------------|
| NOMBRE O RAZON SOCIAL<br>OTERO CANO, CARLOS ANDRES | IDENTIFICACIÓN<br>CC: 1061.722.241 |
| DIRECCIÓN: CR 2 3 C 12 BRR ROSARIO                 | CIUDAD: PIENDAMO, CAUCA            |
|                                                    | TELÉFONO: 3108276934               |

## DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

|                                                                                                                                      |                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| ASEGURADO / BENEFICIARIO:<br>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL<br>SENACHIA REGIONAL CUNDINA | IDENTIFICACIÓN NIT: 899.999.034-1 |
| DIRECCIÓN: CRA. 11 SECTOR EL DARIEN LT 1 - VEREDA BOJACA                                                                             | CIUDAD: CHIA, CUNDINAMARCA        |
|                                                                                                                                      | TELÉFONO 8844545                  |
| ADICIONAL:                                                                                                                           |                                   |



## PAGINA WEB



## CORRESPONSALES BANCARIOS



Pagos con convenio \*No aplica para transferencias



Banco de Bogotá

Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia

Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

|                                       |                                       |                         |                                    |                                               |
|---------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------|
| VALOR PRIMA NETA<br>\$ *****20,000.00 | GASTOS EXPEDICIÓN<br>\$ *****8,000.00 | IVA<br>\$ *****5,320.00 | TOTAL A PAGAR<br>\$ *****33,320.00 | VALOR ASEGURADO TOTAL<br>\$ *****1,693,356.40 |
| INTERMEDIARIO                         |                                       |                         | DISTRIBUCION COASEGURO             |                                               |
| NOMBRE                                | CLAVE                                 | % DE PART.              | NOMBRE COMPAÑIA                    | % PART. VALOR ASEGURADO                       |
| GLORIA INES HERNANDEZ ALONSO          | 133061                                | 100.00                  |                                    |                                               |

PLAN DE PAGO CONTADO

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

NOTA: SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO

## FORMA DE PAGO

| BANCO | CHEQUE No. | VALOR |
|-------|------------|-------|
|       |            |       |

|           |  |
|-----------|--|
| EFFECTIVO |  |
| CHEQUE    |  |
| TOTAL \$  |  |

DEL ESTADO S.A. ES CALLE 83 NO 19-10 - TELEFONO: 6-917963 - BOGOTÁ, D.C.



(415)7709998021167(8020)11005133317780(3900)00000033320(96)20240813

REFERENCIA  
PAGO:  
1100513331778-0

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE



**PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN  
FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES  
NO. 21-46-101074512 SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015**

**1. AMPAROS.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

### **1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.**

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

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

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

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

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

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

**EL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE GENEREN COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, PRESENTADOS**



NIT. 860.009.578-6

**EN LA OBRA ENTREGADA Y RECIBIDA A SATISFACCIÓN DE DICHA ENTIDAD ESTATAL O SUS REPRESENTANTES, CUYA CAUSA SEA IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO.**

### **1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO**

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

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

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

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

### **2. EXCLUSIONES.**

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

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

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

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

**2.4. EL DETERIORO NORMAL QUE SUFRAN LOS BIENES ENTREGADOS CON OCASIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, COMO CONSECUENCIA DEL TRANSCURSO DEL TIEMPO.**

### **3. SUMA ASEGURADA.**

**DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1079 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGUROESTADO NO ESTARÁ OBLIGADO A RESPONDER SI NO HASTA**

CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA EN CASO DE SINIESTRO, DETERMINADA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA PARA CADA AMPARO.

#### **4. VIGENCIA.**

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, SE HARÁ BAJO LOS LINEAMIENTOS DEL DECRETO 1082 DE 2015 Y CONSTARAN EN LA CARÁTULA DE LA MISMA O EN SUS ANEXOS.

#### **5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.**

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

LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LE CORRESPONDERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y ACREDITAR LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA SI FUERE EL CASO.

EL PROCEDIMIENTO QUE DEBERÁ SEGUIR LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PARA LA EFECTIVIDAD DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR ESTA PÓLIZA, SERÁ:

**5.1** RESPECTO DEL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO QUE IMPONGA LA SANCIÓN PREVIAMENTE ESTABLECIDA POR LA OCURRENCIA DE UNO CUALQUIERA DE LOS EVENTOS PREVISTOS EN LA CONDICIÓN 1.1 DE ÉSTA PÓLIZA, Y DISPONGA LA EFECTIVIDAD DE ÉSTE AMPARO A SEGURESTADO.

**5.2** EN CASO DE DECRETARSE LA CADUCIDAD, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL, ADEMÁS DE LA DECLARATORIA DE LA MISMA, HARÁ EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL O CUANTIFICARÁ EL MONTO DEL PERJUICIO, ORDENANDO SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO A SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

**5.3** EN EL EVENTO DE IMPOSICIÓN DE MULTAS, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

**5.4** EN LOS DEMÁS EVENTOS DE INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE, EN EL CUAL, ADEMÁS DE DECLARAR EL INCUMPLIMIENTO PROCEDERÁ A CUANTIFICAR EL MONTO DE LA PÉRDIDA O A HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL, ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ES LA RECLAMACIÓN PARA LA COMPAÑÍA DE SEGURO.



NIT. 860.009.578-6

LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS EMITIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE QUE SEAN CONSTITUTIVOS O DECLARATIVOS DEL SINIESTRO, DEBERAN ESTAR EJECUTORIADOS Y DEBIDAMENTE NOTIFICADOS, DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 87 DE LA LEY 1437 DE 2011.

## **6. COMPENSACIÓN.**

EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN COMO MEDIO DE EXTINCIÓN DE LAS OBLIGACIONES RECONOCIDA EL ARTÍCULO 17 DE LA LEY 1150 DE 2007, SEGURESTADO TENDRÁ EN CUENTA TODAS LAS SUMAS DE DINERO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE ADEUDE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, POR CUALQUIER CONCEPTO. PARA TALES EFECTOS, SE DEBERÁ TENER EN CUENTA LA LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, EFECTUADA EN LOS TÉRMINOS LEGALES O CONVENCIONALES.

## **7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.**

LA INDEMNIZACIÓN SERÁ PAGADERA EN DINERO, O MEDIANTE LA REPOSICIÓN, REPARACIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE LA COSA ASEGURADA, A OPCIÓN DE SEGURESTADO, SIN PERJUICIO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN EL EVENTO DE DECLARATORIA DE CADUCIDAD DECIDA CONTINUAR LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRATADO A TRAVÉS DE SEGURESTADO O DE OTRO CONTRATISTA, A QUIEN A SU VEZ SE LE PODRÁ DECLARAR LA CADUCIDAD, SI A ELLO HUBIERE LUGAR.

EN EL EVENTO EN QUE POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, SEGURESTADO RESOLVIERA CONTINUAR, COMO CESIONARIO, CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA ESTUVIESE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA GARANTIZADO ACEPTA DESDE EL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN DE ESTA PÓLIZA, LA CESIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO A FAVOR DE SEGURESTADO.

## **8. PLAZO PARA EL PAGO.**

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

## **9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.**

PARA LOS CASOS EN QUE LA SUMA ASEGURADA DE ESTA PÓLIZA DEBA SER AUMENTADA O DISMINUIDA Y PARA AQUELLOS EN LOS CUALES LAS ESTIPULACIONES DEL CONTRATO GARANTIZADO SEAN MODIFICADAS, SEGURESTADO A SOLICITUD PREVIA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO Y DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA (O EL INTERVENTOR, SUPERVISOR, ETC., EN SU CASO), EXPEDIRÁ UN CERTIFICADO O ANEXO DE MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA, EN EL CUAL CONSTEN LAS MODIFICACIONES CORRESPONDIENTES. PARA TAL



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

EFFECTO SE HACE INDISPENSABLE ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD DE MODIFICACIÓN A SEGURESTADO EL DOCUMENTO (OTROSÍ, CLÁUSULA ADICIONAL, ETC.) QUE CONTENGA LAS MODIFICACIONES AL CONTRATO GARANTIZADO.

EL ULTIMO ANEXO O CERTIFICADO DE MODIFICACIÓN, SERÁ EL QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HARÁ EFECTIVO, DE CONFORMIDAD CON EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

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

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

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

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

#### **12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES**

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

#### **13. COASEGURO**

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

PARA CONSTANCIA DE LO EXPUESTO, Y EN SEÑAL DE ASENTIMIENTO Y COMPROMISO CON TODO LO AQUÍ PACTADO SE FIRMA EN CHIA A LOS CATORCE (14) DÍAS DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO 2023.



7709998021167004914139

Nit: 860009578-6

SEGUROS DEL ESTADO GENERALES

RECIBO DE PAGO N°: 10000049141399

CERTIFICAMOS QUE:

|                                      |                                                    |                   |                                                             |             |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------------------------------------|-------------|
| FECHA                                |                                                    |                   |                                                             |             |
| 14/08/2023 05:47p.m.                 |                                                    |                   |                                                             |             |
| RECIBIMOS DE:                        | Carlos Andres Otero Cano                           | CC. 1.061.722.241 |                                                             |             |
| LA SUMA DE:                          | Treinta y tres mil trescientos veinte pesos .***** |                   |                                                             |             |
| POR CONCEPTO DE:                     | PAGO BOLETA RECAUDO REF. NRO.: 10000049141399      |                   |                                                             |             |
| SUC - RAMO - POLIZA - ENDOSO - CUOTA | PRIMA                                              | GASTO             | IVA                                                         | VALOR       |
| ANTIGUO COUNTRY-46-101074512-0-1     | \$28,000.00                                        |                   | \$5,320.00                                                  | \$33,320.00 |
| FORMA DE PAGO                        |                                                    |                   |                                                             |             |
| Pse - \$ 33,320.00                   |                                                    |                   | EFECTIVO:<br>CHEQUE:<br>TARJETA:<br>BD: 33,320.00<br>OTROS: |             |
| TRANSACCION: 0004914139              |                                                    |                   | TOTAL: \$33,320.00                                          |             |
| CAJERO: PAGUESTADO                   |                                                    |                   |                                                             |             |

8/14/2023 5:47:20PM

172.16.10.21



## Pagos PSE de Nequi

### Pago Realizado

#### Descripción

---

Pago de Seguros del Estado Generales

Tienda

**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**

Referencia de pago

**102162889**

Precio

**\$33,320**

Número de referencia 1

**191.156.151.88**

Número de referencia 2

Número de referencia 3

**1061722241**

¿De donde salió tu plata?

Disponible

---

Entendido

Imprimir

Ayuda

(<https://ayuda.nequi.com.co/hc/es/articles/11116508345229>)

¿Tienes alguna  
pregunta?

Teléfono  
300-600-01-00  
(tel:3006000100)

Mail  
escribe@nequi.co  
( )

# Certificado Bancario

Miércoles, 9 de agosto de 2023

Señor(a)  
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que CARLOS ANDRES OTERO CANO identificado(a) con CC 1061722241, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

| Producto          | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|-------------------|--------------|----------------|--------|
| CUENTA DE AHORROS | 26134386389  | 2022/03/24     | ACTIVA |

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

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



Catalina Cortés Uribe.  
Gerente Servicios Contact Center & BPO.