SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL VALLE
CENTRO DE ELECTICIDAD Y AUTOMATIZACIÓN INDUSTRIAL-CEAI-VALLE

Código Regional	**76**
Código Centro	**922710**
Fecha Elaboración	**Setiembre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**08783-743358**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ADOLFO LEON GUEVARA ESCOBAR	**C.C.**	16.660.862	**IP/Nº de contacto**	3178512014
Correo electrónico contratista:	aguevarae@sena.edu.co				

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

Banco al cual consignar: DAVIVIENDA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: SI **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 015500006612

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

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 5356578/2023 **Nº Compromiso SIIF** **86523**

Valor Total del Contrato	$ 1.638.732	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 1.638.732	**1**	**Del**	**12/09/2023**	**Al**	**23/09/2023**	**$ 1.638.732,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 0		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

CONTRATACIÓN DE INSTRUCTORES: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL PARA APOYAR LA ORIENTACIÓN, SEGUIMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTOS A LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN REGULAR, COMPLEMENTARIA Y VIRTUAL, ASÍ COMO LAS DEMÁS ACTIVIDADES

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.638.732		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 1.638.732**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 976.524**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Setiembre	Agosto
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**1056436254**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.160.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 145.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 185.600	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 6.100	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 409.683	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.241.200	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.357.184	$ -	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 325.508	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	976.524,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	0,00	0,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-UCEVA	8.194,00	0,500%
Universidad del Pacífico	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$1.630.538,00**	

SON: UN MILLÓN SEISCIENTOS TREINTA MIL QUINIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ejecute formación en las fichas: 2816278, 2816254, 2816253, 2816261, 2816255, 2816281, 2816274, 2816276, 2816259, 2816260.
Entregué los soportes del procedimiento de Ingreso de aprendices al programa de formación tales como: ficha de matrícula y fotocopia del documento de identidad.
Creé rutas y asocié los aprendices de las fichas: 2816253, 2816254, 2816255, 2816259, 2816260, 2816261, 2816274, 2816276.
Emití juicios de las fichas 2793542, 2793545, 2793546.
Cuento con el respectivo certificado de inducción SSST.
Gestioné y remitÍ el reporte mensual de horas a mi supervisor de contrato en los tiempos establecidos.

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:

1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

ADOLFO LEON GUEVARA ESCOBAR
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

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

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

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

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

JUAN CARLOS SAAVEDRA VERA
INSTRUCTOR

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

JAIME DIEGO ARIAS FIGUEROA

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.
NIT 805.001.157 - 2
CERTIFICA:

El(la) señor(a) ADOLFO LEON GUEVARA ESCOBAR , identificado(a) con CC 16660862 se encuentra afiliado(a) en el Plan de Beneficios en Salud P.B.S. en la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. E.P.S., afiliado desde: 01/06/2010 y su estado de Afiliación a la fecha de generación este certificado es: ACTIVO por el Régimen CONTRIBUTIVO, en calidad de COTIZANTE

Su grupo familiar es:

Tipo de Documento	Número de documento	Nombre del afiliado	Estado de afiliación
CC	16660862	ADOLFO LEON GUEVARA ESCOBAR	VIGENTE
CC	29350845	GILENA MARLEZ DELGADO	VIGENTE

Relación del histórico de afiliación y días pagados a la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A en el último año.

Tipo doc	Número de documento	Nombre del Cotizante	Tipo ID Empleador	NúmeroID Empleador	Razón Social	Período Cotización	Días Cotizados
CC	16660862	ADOLFO LEON GUEVARA ESCOBAR	CC	16660862	ADOLFO LEON GUEVARA ESCOBAR	2022/09	30
CC	16660862	ADOLFO LEON GUEVARA ESCOBAR	CC	16660862	ADOLFO LEON GUEVARA ESCOBAR	2022/10	30
CC	16660862	ADOLFO LEON GUEVARA ESCOBAR	CC	16660862	ADOLFO LEON GUEVARA ESCOBAR	2022/11	30
CC	16660862	ADOLFO LEON GUEVARA ESCOBAR	CC	16660862	ADOLFO LEON GUEVARA ESCOBAR	2022/12	30
CC	16660862	ADOLFO LEON GUEVARA ESCOBAR	CC	16660862	ADOLFO LEON GUEVARA ESCOBAR	2023/01	30
CC	16660862	ADOLFO LEON GUEVARA ESCOBAR	CC	16660862	ADOLFO LEON GUEVARA ESCOBAR	2023/02	30
CC	16660862	ADOLFO LEON GUEVARA ESCOBAR	CC	16660862	ADOLFO LEON GUEVARA ESCOBAR	2023/03	30
CC	16660862	ADOLFO LEON GUEVARA ESCOBAR	CC	16660862	ADOLFO LEON GUEVARA ESCOBAR	2023/04	30
CC	16660862	ADOLFO LEON GUEVARA ESCOBAR	CC	16660862	ADOLFO LEON GUEVARA ESCOBAR	2023/05	30
CC	16660862	ADOLFO LEON GUEVARA ESCOBAR	CC	16660862	ADOLFO LEON GUEVARA ESCOBAR	2023/06	30
CC	16660862	ADOLFO LEON GUEVARA ESCOBAR	CC	16660862	ADOLFO LEON GUEVARA ESCOBAR	2023/07	30

Para constancia de lo anterior se firma en la Ciudad de Santiago de Cali, a los SIETE (7) días del mes de SEPTIEMBRE del año 2023.

Información sujeta a verificación por parte de la EPS Servicio Occidental de Salud SOS S.A, "Esta información es propiedad privada del Ministerio de Salud y Protección Social."

Este documento no es válido como autorización de servicios o traslado entre EPS.

Atentamente,

Gerencia de Experiencia al Usuario

portal_webusr

CD3 4877997 Sep 7 2023 8:35AM

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GUEVARA ESCOBAR ADOLFO LEON** identificado(a) con **CC** número **16.660.862** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de mayo de 2002 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN CONSERVADOR**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 07 de septiembre de 2023.

Cordialmente,



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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2023090708184

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14732206611

(415)7707212489984(8020) 000001473220661 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 6 6 6 0 8 6 2	1	Impuestos de Cali 5	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 6 6 6 0 8 6 2	1 9 7 9 1 2 0 9

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GUEVARA	ESCOBAR	ADOLFO	LEON

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1

41. Dirección principal: CR 57 13 75 BRR PRIMERO DE MAYO

42. Correo electrónico: adolfoguevaraescobar@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 7 8 5 1 2 0 1 4	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 01 - 21 / 14 : 29: 12

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre GUEVARA ESCOBAR ADOLFO LEON
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

PREVENTIVA OCUPACIONAL S.A.S.
LIC. S.O. RES. 2176 - DIC. 20/2017 SSDVC

PREVENTIVA OCUPACIONAL S.A.S.
NIT. 901.055.001 - 2
Carrera 1 K 60-100, Barrio Los almendros, Cali - Valle del cauca, Colombia
Cel. 310 531 6800 - Tel. 447 3228 - E-mail. asocupacional@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 4.263

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
19 DÍA	01 MES	2023 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	E.M.O. DE INGRESO CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR

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

PARTICULAR	PARTICULAR
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)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
GUEVARA ESCOBAR ADOLFO LEON	MASCULINO	61 AÑOS 3 MESES 16 DÍAS	CC (Tipo)	16660862 (Número)

Cargo
INSTRUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIÓN

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL	✓	LABORATORIO DE GLICEMIA	✓
LABORATORIO HEMOGRAMA	✓	LABORATORIO DE PERFIL LIPÍDICO	✓
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	✓	LABORATORIO DE UROANALISIS	✓
OPTOMETRIA OCUPACIONAL	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE AUDITIVO	HACER DEPORTE
VALORACIÓN POR EPS : CITA CONSULTA EXTERNA NUTRICIONISTA.	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

NIEGA SINTOMAS SUGESTIVOS DE COVID.

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma: OSCAR CORTES VELA MEDICO ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL Lic. 331/21/MARZO/2017

Nombre: CORTES VELA OSCAR GERMAN

R. M.: 8358 DE 1991 **L.S.O.:** 331/21/03/2017

Código de Seguridad
B673H1N4263

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: GUEVARA ESCOBAR ADOLFO LEON

CC: 16660862

PREVENTIVA OCUPACIONAL S.A.S.
NIT. 901.055.001 - 2
Carrera 1 K 60-100, Barrio Los almendros, Cali - Valle del cauca, Colombia
Cel. 310 531 6800 - Tel. 447 3228 - E-mail. asocupacional@gmail.com



EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL

DATOS PERSONALES

Ciudad y Fecha: CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) 19/01/2023 - 07:28 A. M.
Tipo Evaluación Médica o Procedimiento: E.M.O. DE INGRESO CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR
Empresa Donde Labora, Laborará o Laboró: PARTICULAR (1) **Actividad Económica:** 1
CC: 16660862 **Nombre del Trabajador a Aspirante:** GUEVARA ESCOBAR ADOLFO LEON **Genero:** MASCULINO **Edad:** 61 AÑOS 3
Estado Civil: CASADO(A) **Nivel Educativo:** POSTGRADO **E.P.S:** SOS **A.F.P:** PROTECCION **A.R.L:** POSITIVA
Tipo de Sangre: **N° Hijos** **Ingresos:** **Jornada Laboral:** **Area del Cargo:**
Profesión o Cargo: INSTRUCTOR **Funciones del Cargo:** INSTRUCTOR

Motivo Consulta

NO APLICA

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

Casco ☐ **Gorro** ☐ **Respirador** ☐ **Gafas** ☐ **Peto** ☐ **Bata** ☐ **Overol** ☐ **Delantal de Plomo** ☐ **Ropa Térmica** ☐

Auditivo ☐ **Careta** ☐ **Tapabocas** ☐ **Guantes** ☐ **Cinturon** ☐ **Botas** ☐ **Polainas** ☐ **Otro** ☐ **Cual**

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

Nombre de la Empresa y/o Actividad Económica	Cargo	Factores de Riesgo (GTC-45)	Tiempo Exposición Años	Meses
SENA-CONTRATSTA	INSTRUCTOR INGLES	BIOMEC, SE	2	0

NO REFIERE ACCIDENTES LABORALES

NO REFIERE ENFERMEDADES LABORALES

ANTECEDENTES FAMILIARES

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

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedad	Observación
PATOLÓGICOS	ANTECEDENTES PATOLOGICOS:VIROSIS.NIEGA HIPERTENSION ARTERIAL,NIEGA DIABETES. NIEGA OTROS ANTECEDENTES PERSONALES.NIEGA PATOLOGIAS OSTEOMUSCULOARTICULARES O CARDIORESPIRATORIAS.PACIENTE REFIERE ESTAR ACTUALMENTE ASINTOMATICO.NIEGA ENCONTRARSE EN TRATAMIENTOS MEDICOS O TENER ALGUN PROCEDIMIENTO MEDICO PENDIENTE.
QUIRÚRGICOS	NO REFIERE
TRAUMÁTICOS	NO REFIERE
FARMACOLÓGICOS	NO REFIERE
ALÉRGICOS	NO REFIERE

PSIQUIATRICOS	NO REFIERE
FOBIAS	NO REFIERE
OTRO, DESCRÍBALO	NO REFIERE

Antecedentes Personales por Sistemas

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

Observaciones Adicionales a los Antecedentes

Revisión Por Sistemas

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

ACTIVIDAD FÍSICA

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

HÁBITOS TÓXICOS

Habito	Observación	Refiere	Cant	Frecuencia
CONSUMIDOR DE ALCOHOL	AÑOS DE CONSUMO	NO	0	NINGUNO

FUMADOR ACTUAL	AÑOS DE CONSUMO	NO	0	CONSUMO POR DÍA
EX FUMADOR	AÑOS DE CONSUMO	NO	0	CONSUMO POR DÍA
USA SUSTANCIA PSICOACTIVAS	¿CÚALES? AÑOS DE CONSUMO	NO	0	NINGUNO

NO REFIERE VACUNAS

Examen Fisico

Aspecto General

BUEN ESTADO GENERAL

Signos Vitales

Tension Arterial: 118 / 77 **Frecuencia Cardiaca:** 67 x minuto **Frecuencia Respiratoria:** 15 x minuto **Pulsioximetría:** %

Temperatura: ºC **Lateralidad Dominante:** DIESTRO **Peso:** 90.00 kg **Talla:** 183 cm **IMC:** 26.87 - SOBREPESO

Biotipo: **Perimetro Abdominal:** cm **Interpretación:**

Tegumentario

Organo	Hallazgo
CICATRICES	NINGUNA
PIEL Y FANERAS	NORMAL
TATUAJES	NO TIENE

Cuello

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

Tórax

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

Cabeza

Organo	Hallazgo
CRÁNEO	NORMOCÉFALO
CUERO CABELLUDO	NORMAL

Cardio Pulmonar

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

Abdomen

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

Genitales

Organo	Hallazgo
GENITALES EXTERNOS	NORMAL

Miembros Superiores

Organo	Hallazgo
MANIOBRA DE FINKELSTEIN	NEGATIVO
OTRA PRUEBA	NO APLICA
PINZAMIENTO SUBACROMIAL	NEGATIVO
PRUEBA DE PHALEN	NEGATIVO
PRUEBA DE PHALEN INVERSO	NEGATIVO
PRUEBA PARA EPICONDILITIS	NEGATIVO
PRUEBA PARA EPITROCLEITIS	NEGATIVO
SIGNO DE TINEL	NEGATIVO

Ojos

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

Miembros Inferiores

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

Columna

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

Postura / Simetría

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

Oídos

Organo	Hallazgo
PABELLÓN	NORMAL
TIMPANOS	NORMAL

Neurológico

Organo	Hallazgo
FUERZA MUSCULAR	NORMAL
NISTAGMUS	NEGATIVO
PRUEBA DE UNTERBERGER	NEGATIVO
PRUEBA ÍNDICE NARÍZ	NORMAL
ROMBERG SENSIBILIZADO	NEGATIVO
SENSIBILIDAD	CONSERVADA NORMAL
TEST DE ROMBERG	NEGATIVO

Oídos

Organo	Hallazgo
EXAMEN EXTERNO	NORMAL
OTOSCOPIA	NORMAL

Nariz

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

Boca

Organo	Hallazgo
DENTADURA	COMPLETA
LENGUA	EUTRÓFICA
MUCOSA ORAL	HÚMEDA

Ampliación de los Hallazgos

MARCHA PUNTA/TALON :NORMAL
LASEGUE,TINEL,PHALEN: NEGATIVOS BILATERAL.

CONSULTAS REALIZADOS

Producto	Valor	Resultado
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	A	TRASTORNO DE LA REFRACCION, NO ESPECIFICADO

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

Producto	Valor	Resultado
AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL	A	A
OPTOMETRIA OCUPACIONAL	A	A

LABORATORIOS REALIZADOS

Producto	Valor	Resultado
LABORATORIO HEMOGRAMA	N	NO APLICA
LABORATORIO DE GLICEMIA	N	NO APLICA
LABORATORIO DE PERFIL LIPÍDICO	N	NO APLICA
LABORATORIO DE UROANALISIS	N	NO APLICA

Observaciones de los Exámenes Paraclínicos y/o Procedimientos Realizados en Ésta Atención

NO APLICA

Código	Diagnósticos	Origen	Tipo
H527	TRASTORNO DE LA REFRACCION, NO ESPECIFICADO	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
H938	OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DEL OIDO	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
R635	AUMENTO ANORMAL DE PESO	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Ánalisis y Plan de Tratamiento
NO APLICA

Concepto Ocupacional	Observacion Concepto Ocupacional
SIN RESTRICCIÓN	NO APLICA

Requisito Salud	Cumple
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)	N/A

SIN REQUISITOS DE SALUD

Restricciones Laborales	Tipo	Recomendaciones
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

SIN RESTRICCIONES LABORALES

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES	
HÁBITOS SALUDABLES	
CONTROL DE PESO	
HACER DEPORTE	
DIETA BALANCEADA	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	
USAR CORRECCIÓN VISUAL	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	
VALORACIÓN POR EPS	CITA CONSULTA EXTERNA NUTRICIONISTA.

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	
USO DE EPP	
SVE VISUAL	
SVE AUDITIVO	
PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

Otras Observaciones y Recomendaciones
NIEGA SINTOMAS SUGESTIVOS DE COVID.

ORDEN DE MEDICAMENTOS N° 0

Nombre del Medicamento	Posología	Cant	Fecha Creación
NO APLICA	NO APLICA	0	NO APLICA

ORDEN A SERVICIOS N° 0

Nombre del Servicio	Observaciones	Cant	Fecha Creación
NO APLICA	NO APLICA	0	NO APLICA

ORDEN DE REMISION A ESPECIALISTA N° 1

Nombre de la Especialidad	Motivo de la Remisión	Fecha Creación
NUTRICION CLINICA	PACIENTE CON SOBREPESO. SE REMITE PARA VALORACIÓN.	19/01/2023 01:18:37p. m.

NO REFIERE EVOLUCIONES ESTA ATENCIÓN

MÉDICO



Firma:

Nombre: CORTES VELA OSCAR GERMAN

R. M.: 8358 DE 1991 **L.S.O.:** 331/21/03/2017

Código de Seguridad

T673Z7F4263

TRABAJADOR



Firma:

Nombre: GUEVARA ESCOBAR ADOLFO LEON

CC: 16660862

Laboratorio Clínico Especializado
nohemy cruz

N. de Orden: 01190074

www.nohemylab.com
Nit 900249465-6

Nombre: **GUEVARA , ADOLFO**
Teléfono:
Edad/Sexo: 61 Años / M
Historia: **16660862**
Fecha de Nacimiento: **10/07/1961**
Origen: PREVENTIVA OCUPACIONAL SAS
Fecha de Ingreso: **19-01-2023 - 08:30:58**

INFORME DE RESULTADOS

NOMBRE DE ESTUDIOS		RESULTADO	UNIDADES	INTERVALO DE REFERENCIA
RECUENTO DE BLANCOS	*	4.2	10 ^3x mm^3	4.3 - 10
NEUTROFILOS%		49.7	%	46 - 72
NEUTROFILOS(#)	*	2.1	10 ^3 x mm^3	2.25 - 8.48
LINFOCITOS%		40.3	%	20 - 47
LINFOCITOS(#)		1.7	10 ^3 x mm^3	0.9 - 4.52
MONOCITOS%		7.9	%	0 - 11
MONOCITOS(#)		0.3	10 ^3 x mm^3	0.2 - 0.7
EOSINOFILOS%	*	1.5	%	2 - 4
EOSINOFILOS(#)		0.1	10 ^3 x mm^3	0.04 - 0.5
BASOFILOS%		0.5	%	0 - 1
BASOFILOS(#)		0	X 10ª3/ul	0 - 0.1
RECUENTO DE ROJOS		4.9	10^6 x mm^3	4.5 - 6
HEMATOCRITO		44	%	42 - 52
HEMOGLOBINA		15.3	g/dl	12.5 - 17
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO		89.2	fL	80 - 100
MCH		31	pg	28 - 33
MCHC		34.8	%	33 - 36
RDW	*	11.4	%	11.5 - 15
PLAQUETAS		177.8	10^3 x mm^3	150 - 450
MPV	*	6.7	fL	7 - 11
OBSERVACIONES		_		
Técnica: Citometria de Flujo.				
GLUCOSA		84	mg/dl	70 - 110
Técnica: Hexoquinasa				
TRIGLICERIDOS		85	mg/dl	0 - 150

Laboratorio Clínico Especializado
nohemy cruz

N. de Orden: 01190074

www.nohemylab.com
Nit 900249465-6

Nombre: **GUEVARA , ADOLFO**
Teléfono:
Edad/Sexo: 61 Años / M
Historia: **16660862**
Fecha de Nacimiento: **10/07/1961**
Origen: PREVENTIVA OCUPACIONAL SAS
Fecha de Ingreso: **19-01-2023 - 08:30:58**

INFORME DE RESULTADOS

NOMBRE DE ESTUDIOS		RESULTADO	UNIDADES	INTERVALO DE REFERENCIA
Técnica: Lipasa/GPO-PAP sin corrección				
COLESTEROL TOTAL		147.3	mg/dl	0 - 200
Técnica: Colesterol Oxidasa/Abell Kendall				
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	*	36.5	mg/dl	Mayor riesgo < 40 mg/dl Menor riesgo > 60 mg/dl
Técnica: Detergente Selectivo HDL Ultra/Accel				
VLDL		17	mg/dl	0 - 30
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD		93.8	mg/dl	0 - 130
Técnica: FASE SOLIDA				
INDICE ARTERIAL		4.04		0 - 5
COLOR		AMARILLO		
ASPECTO		LIG TURBIO		
PH		5.5		4.5 - 7.8
DENSIDAD	*	1.030		1001 - 1031
PROTEINAS		NEGATIVO	mg/dl	NEGATIVO
HEMOGLOBINA		TRAZAS	mg/dl	NEGATIVO
LEUCOCITOS		NEGATIVO	leu/ul	NEGATIVO
NITRITOS		NEGATIVO		NEGATIVO
GLUCOSA		NORMAL	mg/dl	NEGATIVO
Técnica: FASE SOLIDA				
CUERPOS CETONICOS		NEGATIVO	mg/dl	Menor de 5 mg/dl
Técnica: Reacción nitroprussiato de sodio				
UROBILINOGENO CUANTITATIVO		NORMAL	mg/dl	0 - 2
BILIRRUBINA		NEGATIVO	mg/dl	NEGATIVO
SEDIMENTO URINARIO				

Laboratorio Clínico Especializado
nohemy cruz

N. de Orden: 01190074

www.nohemylab.com
Nit 900249465-6

Nombre: **GUEVARA , ADOLFO**
Teléfono:
Edad/Sexo: 61 Años / M
Historia: **16660862**
Fecha de Nacimiento: **10/07/1961**
Origen: PREVENTIVA OCUPACIONAL SAS
Fecha de Ingreso: **19-01-2023 - 08:30:59**

INFORME DE RESULTADOS

NOMBRE DE ESTUDIOS	RESULTADO	UNIDADES	INTERVALO DE REFERENCIA
CELULAS EPITELIALES BAJAS:	0 - 2 XC		
BACTERIAS:	ESCASAS		
LEUCOCITOS:	2 - 4 XC		
HEMATIES:	2 - 4 XC		

Fin del Reporte

Responsable: MARIA GABRIELA BERMUDEZ
BACTERIOLOGA RES. 4208474
Fecha de Validación: 19/01/2023 11:33:55 a. m.



PREVENTIVA OCUPACIONAL S.A.S.
NIT. 901.055.001 - 2
Carrera 1 K 60-100, Barrio Los almendros, Cali - Valle del cauca, Colombia
Cel. 310 531 6800 - Tel. 447 3228 - E-mail. asocupacional@gmail.com

REMISIONES

19	01	2023

N° Identificación: 16660862	Nombre del Paciente: GUEVARA ESCOBAR ADOLFO LEON	Edad: 61 AÑOS	EPS: SOS

CIE 10: [H527] TRASTORNO DE LA REFRACCION, NO ESPECIFICADO, [H938] OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DEL OIDO, [R635] AUMENTO ANORMAL DE PESO

[CUPS], Nombre de la Remisión ,Motivo de la Remisión.

R/.

1. [890206] NUTRICION CLINICA

PACIENTE CON SOBREPESO. SE REMITE PARA VALORACIÓN.

Código de Seguridad
X673D11J4263

OSCAR CORTES VELA
MÉDICO ESPECIALISTA
SALUD OCUPACIONAL
Lic. 331/21/MARZO/2017

CORTES VELA OSCAR GERMAN
R.M. 8358 DE 1991 - Firmado Electronicamente

PREVENTIVA OCUPACIONAL S.A.S.
NIT. 901.055.001 - 2
Carrera 1 K 60-100, Barrio Los almendros, Cali - Valle del cauca, Colombia
Cel. 310 531 6800 - Tel. 447 3228 - E-mail. asocupacional@gmail.com



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES — **Atención N°: 2593**

Fecha: 19/01/2023 **Ciudad:** CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)
Tipo Exámen: E.M.O. DE INGRESO CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR **Eps:** SOS
CC: 16660862 **Nombre:** GUEVARA ESCOBAR ADOLFO LEON **Edad:** 61 AÑOS 3 MESES 16 DÍAS **Genero:** MASCULINO
Fecha Nacimiento: 03/10/1961 **Empresa:** PARTICULAR **Ocupacion:** INSTRUCTOR

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
PARTICULAR	INSTRUCTOR	NINGUNA	NO APLICA	0	0

ANTECEDENTES FAMILIARES

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
OTITIS	NO REFIERE	HIPOACUSIA SUBJETIVA	NO REFIERE
TRAUMA	NO REFIERE	ACÚFENOS	NO REFIERE
CIRUGÍA	NO REFIERE	OTROS	AUDIOMETRIA: 3 AÑOS
INGESTA OTOTÓXICOS	NO REFIERE		

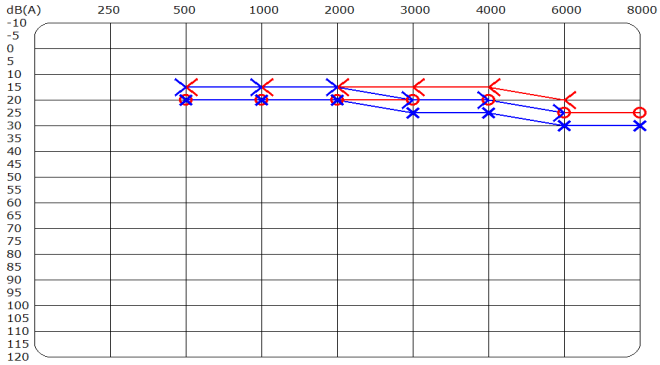
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

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

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas) : 8 Hora(s) **Realizó re test:** NO **Uso Cabina Sonoamortiguada:** SI
Marca y Referencia audiometró utilizado: AUDIOMETRO MAICO MA41 63490 **F. Ultima Calibración:** 2021-10-21

O : Vía aérea del OD
X : Vía aérea del OI
< : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI)
> : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)



OTOSCOPIA

Oído derecho: NORMAL
Oído izquierdo: NORMAL

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD		20	20	20	20	20	25	25
VAOI		20	20	20	25	25	30	30
VOOD		15	15	15	15	15	20	
VOOI		15	15	15	20	20	25	

SEVERIDAD - CAOHC

Oído derecho: Normal(0 - 25 dB) **Oído izquierdo:** Leve(25 - 40 dB)

Código	Nombre del Diagnóstico	Oido	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	IZQUIERDO	PROFESIONAL	2 - DIGNÓSTICO CONFIRMADO NUEVO

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	

Observaciones

OD: AUDICION NORMAL PERIFERICA +25 DB EN 8 KHZ
OI: AUDICION NORMAL PERIFERICA+ DESCENSO LEVE EN FREC ACUGAS 6 Y 8 KHZ

FONOAUDIÓLOGO



Firma:
Nombre: MORA ARTEAGA ANGELA KAROLINA
R. M.: 05271-07-2014 **L.S.O.:**

Código de Seguridad
M673S2Y2593

TRABAJADOR

Firma:
Nombre: GUEVARA ESCOBAR ADOLFO LEON
CC 16660862

PREVENTIVA OCUPACIONAL S.A.S.
NIT. 901.055.001 - 2
Carrera 1 K 60-100, Barrio Los almendros, Cali - Valle del cauca, Colombia
Cel. 310 531 6800 - Tel. 447 3228 - E-mail. asocupacional@gmail.com



EXAMEN DE OPTOMETRIA OCUPACIONAL

DATOS PERSONALES

Atención Nº: 1,385

Fecha: 19/01/2023 **Municipio:** CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) **CC:** 16660862 **Nombre:** GUEVARA ESCOBAR ADOLFO LEON **Edad:** 61 AÑOS 3
Genero: MASCULINO **Profesión o Cargo:** INSTRUCTOR **Empresa:** PARTICULAR
Eps: SOS **Tipo Evaluación Medica:** E.M.O. DE INGRESO CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR **F. Último Examen:** JULIO 2022
Lugar del Último Examen: CALI **Motivo Consulta:** CON TROL

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	AMETROPIA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	INSTRUCTOR
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	ILUMINACION
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	VISION LEJANA
TRAE RX	NO
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	AMETROPIA
USA ANTEOJOS	SI USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

DISMINUCION VISION

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/ 50	0.5	N/A	NO APLICA	20/ 20	N/A
O.I:	NO APLICA	20/ 50	0.5	N/A	NO APLICA	20/ 20	N/A
A.O:	NO APLICA	20/ 50	0.5	N/A	NO APLICA	20/ 20	N/A

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: **N**

OJO IZQUIERDO: **N**

REFLEJOS

OBSERVACIÓN: **PRESENTES Y NORMALES**

COVER TEST

VISIÓN LEJANA: **NORMAL**

VISIÓN PROXIMA: **NORMAL**

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

OFTALMOSCOPÍA

OJO DERECHO: **NO EVALUO**

OJO IZQUIERDO: **NO EVALUO**

QUERATROMETRÍA

OJO IZQUIERDO: **K´ =**

OJO DERECHO: **K´ =**

REFRACCIÓN

OJO DERECHO

OJO IZQUIERDO

RX FINAL

OJO IZQUIERDO

OJO DERECHO

VISIÓN COLOR

OJO DERECHO: **NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H527	TRASTORNO DE LA REFRACCION, NO ESPECIFICADO	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN LEJANA

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

SE REALIZA VISIOMETRIA

OPTOMETRA



Firma:

Nombre: CORTES VELA OSCAR GERMAN

R. M.: 8358 DE 1991 **L.S.O.:** 331/21/03/2017

Código de Seguridad

V673B3H1385

PACIENTE



Firma:

Nombre: GUEVARA ESCOBAR ADOLFO LEON

CC: 16660862

Carrera 1K No. 60-100
B/ Paseo De Los Almendros
Tel. 447 3228 – 488 0461
Cel. 310 531 6800
Santiago De Cali.

Santiago de Cali, 19 de enero de 2023.

Informe Psicológico
WARTEGG 8 CAMPOS

I. DATOS GENERALES

Nombre y Apellidos: Adolfo León Guevara Escobar
Sexo: Masculino
Edad: 61 años
Ocupación: Economista – Esp. En negocios y política.
Estado Civil: Casado
Cantidad de Hijos: 2 (29 - 27)
Grado de Instrucción: Magister.
Evaluado Por: Psicóloga - Isabel Cristina Peña Silva

II. MOTIVO DE EVALUACION

La aplicación e interpretación de la prueba Wartegg a Adolfo León permite conocer algunos aspectos de la personalidad, así como su posición frente al mundo, las relaciones interpersonales, estados de ánimo y preferencias.

La evaluación se solicita por medio del empleador dado que requiere conocer el perfil psicológico del señor Adolfo León, así

Carrera 1K No. 60-100
B/ Paseo De Los Almendros
Tel. 447 3228 – 488 0461
Cel. 310 531 6800
Santiago De Cali.

como su estado emocional, con el fin de continuar su proceso de renovación de contrato.

III. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Entrevista no estructurada
- Observación Psicológica
- Wartegg (8 campos)

IV. DESCRIPCION DE LA CONDUCTA

De manera puntual, se presenta el señor Adolfo León al espacio de evaluación. Logra comprender la consigna entregada. Se percibe ubicado en tiempo y espacio, además de conocer claramente que su proceso de evaluación se realiza para continuar con la contratación.

De manera concreta y acertada responde Adolfo León a lo que se le pregunta de su vida a nivel familiar y profesional. Se observa con lenguaje y presentación personal acorde para el momento.

V. INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

La prueba aplicada al señor Adolfo León denominada Wartegg logra proyectar algunos rasgos de la personalidad. Dentro de los rasgos que se conocen es importante mencionar que Adolfo León cuenta con habilidades para reconocer lo que puede aportarle al mundo, y como logra de manera similar relacionarse consigo

Carrera 1K No. 60-100
B/ Paseo De Los Almendros
Tel. 447 3228 – 488 0461
Cel. 310 531 6800
Santiago De Cali.

mismo. Las relaciones interpersonales que establece las intenta llevar de manera tranquila, y establecimiento limites, los cuales permiten que sean duraderas.

En lo que da cuenta de los logros y metas alcanzadas hasta el momento, permiten conocer que el señor Adolfo León se proyecta satisfecho, y con la intención de continuar avanzando y creciendo.

Con referencia a los miedos y frustraciones es importante mencionar que el señor Adolfo León en momentos resuelve de manera repetitiva algunas circunstancias que se le pueden presentar en el día a día, intentando salir victorioso de ellas.

Su energía la emplea de manera acertada con el fin de darle cumplimiento al trabajo que se le asigna. Se proyecta como una persona con habilidades para pensar estratégicamente al momento de planear, ejecutar y desarrollar las responsabilidades que se asignan, dando cumplimiento con estas. Es importante resaltar que el señor Adolfo puede presentar algunas dificultades para el cumplimento de la norma y adaptación a dinámica institucional.

Informe realizado por:



Isabel Cristina Peña Silva
Psicóloga – Esp. Neuropsicología
Resolución 763528/mayo 17 de 2012 SSDV

Hace constar:

Que el Sr(a) ADOLFO LEON GUEVARA ESCOBAR Identificado(a) con cédula de ciudadanía 16660862 realizó el día 15/09/2023 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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

Compromiso SST:

Yo ADOLFO LEON GUEVARA ESCOBAR Identificado(a) con cédula de ciudadanía 16660862 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.

Adolfo L. Guevara E.

Firma

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

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **ADOLFO LEON GUEVARA ESCOBAR** con **CC** No. **16660862**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
Contratante: NI 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	**Fecha de última cobertura:** 08/02/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 12/09/2023 **Fecha fin de Contrato:** 11/10/2023 **Clase de Riesgo:** 1 **Cargo :** INSTRUCTOR **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301019304542.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 15 días del mes de septiembre de 2023.

Cordialmente

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit: 860.011.153-6 · **Línea gratuita nacional:** 01-8000-111-170 **Teléfono:** (601) 330-7000
Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo Rincón · defensordelcliente@positiva.gov.co
Carrera 11A No 96 - 51 Oficina 206 Bogotá. Teléfono: (601) 610 8164

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

ABEJORRAL, **07/09/2023**
ANTIOQUIA,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor ADOLFO LEON GUEVARA ESCOBAR** con **Cédula de Ciudadanía** número **16660862**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**015500006612**
Fecha de apertura	**05/08/2015**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN:	SUCURSAL:	COD. SUC:	NO. PÓLIZA:	ANEXO:
CALI	CALI	45	45-46-101020723	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
12	09	2023	12	09	2023	00:00	23	01	2024	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	GUEVARA ESCOBAR ADOLFO LEON			IDENTIFICACIÓN:	C.C. :16,660,862
DIRECCIÓN:	KRA 57 13 75	CIUDAD:	CALI - VALLE	TELÉFONO:	3300785

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA			IDENTIFICACIÓN:	NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN:	CL 52 2BIS 15	CIUDAD:	CALI - VALLE	TELÉFONO:	4315800
ADICIONAL:					

OBJETO DEL SEGURO

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

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.5356578 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL PARA APOYAR LA ORIENTACIÓN, SEGUIMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTOS A LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN REGULAR, COMPLEMENTARIA Y VIRTUAL, ASÍ COMO LAS DEMÁS ACTIVIDADES ENCOMENDADAS Y COMPLEMENTARIAS QUE SE DERIVEN DEL OBJETO DEL CONTRATO

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	12/09/2023	23/01/2024	$ 163,873.20

ACLARACIONES:

VALOR PRIMA NETA:	GATOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00	$ 163,873.20	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
JC ASESORES DE SEGUROS LTDA	164219	100,00			

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

PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45 - TELÉFONO: 6672954 - CALI

45-46-101020723
FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

FIRMA TOMADOR

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

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

Hacemos constar, que la póliza No. 45-46-101020723, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

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

Dado en CALI, a los 12 días del mes de Septiembre de 2023



FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

Oficina Principal: Calle 83 No 19-10 Bogotá D.C. Teléfono: 601-2186977, 601-6019330
ASISTENCIA CELULAR #388 - FUERA DE BOGOTA 018000123010
www.segurosdelestado.com

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.45-46-101020723

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 SUJECIÓN 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 TITULO DE PAGO ANTICIPADO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR.

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

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

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

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

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

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

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

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

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

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

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

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

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

2. EXCLUSIONES.

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

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

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

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

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

3. SUMA ASEGURADA.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1079 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO NO ESTARÁ OBLIGADO A RESPONDER SI NO HASTA CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA EN CASO DE SINIESTRO, DETERMINADA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA PARA CADA AMPARO.

4. VIGENCIA.

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

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

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

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

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

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

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

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

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

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

6. COMPENSACIÓN.

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

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

8. PLAZO PARA EL PAGO.

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

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

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

EL 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.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO