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	**91281-660567**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	MARIA EUCARIS GARCIA FRANCO	**C.C.**	29.702.006	**IP/Nº de contacto**	3162386110
Correo electrónico contratista:	megarcia600@misena.edu.co				

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

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

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 8872020123

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: 5360478/2023 **Nº Compromiso SIIF** **88423**

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	----------	**1056626700**
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

Planee las sesiones de clase para los grupos: ADMI55 ficha 2711186, ADMI56 ficha 2775003, RH 58 ficha 2711191, RH 59 ficha 2775007, TGPDES 7 ficha 2672204, TESOM 16 ficha 2711190,TAIC II ficha 2758387 y el complementario de redacción y ortografía con código 2804339
Ejecute las actividades de aprendizaje con: ADMI55 ficha 2711186, ADMI56 ficha 2775003, RH 58 ficha 2711191, RH 59 ficha 2775007, TGPDES 7 ficha 2672204, TESOM 16 ficha 2711190,TAIC II ficha 2758387 y el complementario de redacción y ortografía con código 2804339
Para este periodo evalué juicios a las fichas que me asignaron: ADMI55 ficha 2711186, ADMI56 ficha 2775003, RH 58 ficha 2711191, RH 59 ficha 2775007, TGPDES 7 ficha 2672204, TESOM 16 ficha 2711190, TAIC II ficha 2758387 y El complementario código 2804339.
Durante este período participe en las pruebas fase II para el 4 trimestre de 2023
Para este periodo fui asignada para realizar seguimiento a la etapa productiva de la ficha 2618522.
Seguimiento etapa productiva ficha 2503583 ADMI 47.

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.

MARIA EUCARIS GARCIA FRANCO
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,

NORA LILIANA DOSSMAN MARQUEZ
COORDINADORA ACADÉMICA

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)

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2023-09-03, 09:50:55 p. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1056626700 **Referencia pago(PIN)** 8800210229

Periodo Cotización 202308 **Periodo Servicio** 202308

PAGADA 2023-08-04 10:26:09.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARIA EUCARIS GARCIA FRANCO				
Documento	CC 29702006	**Dirección**	AV 6 NORTE 25 N -64		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3162386110		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	CALI	**Departamento**	VALLE DEL CAUCA		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 29702006		**Residente**		**Exonerado**	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					GARCIA FRANCO MARIA EUCARIS	76001000 - 76		VALLE DEL CAUCA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																						**Extranjero**	**Tipo salario**	**Salario**	**Pensión**							**Salud**						**Riesgos**					**Caja**				**Parafiscales**			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30			$ 1.638.732	25-14		16 %	$ 1.638.732	$ 262.200	$ 0	$ 0	EPS018		12,5 %	$ 1.638.732	$ 204.900	$ 0	14-23	1	0,522 %	$ 1.638.732	$ 8.600	CCF57	2 %	$ 1.638.732	$ 32.800	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	S.O.S EPS	POSITIVA DE SEGUROS	COMFANDI	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 262.200	$ 0	$ 0	$ 204.900	$ 8.600	$ 32.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 508.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

	Versión: 04
	Código: GTH- F- 074

Proceso Gestión del Talento Humano

Formato entrega de bienes e información de ejecución contractual por el contratista

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA: MARIA EUCARIS GARCIA FRANCO						**IDENTIFICACIÓN**
CIUDAD	Santiago de Cali	**FECHA**	*Septiembre de 2023*	**REGIONAL**	Valle	*29.702.006*
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:	Calle 52 No. 2 Bis 15 SENA, Complejo Salomia.					
NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO:	*CO1.PCCNTR.5360478 de SEPTIEMBRE / 2023*					

CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO	**X**	**CESIÓN**		**LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO**		**TERMINACIÓN UNILATERAL**	

DEPENDENCIA SENA	**Marcar con x**	**RESPONSABLES**	
		NOMBRES Y APELLIDOS	**FIRMA**
GESTIÓN DE TIC			
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS		**Angela Patricia Agualimpia Ceballos <apagualimpia@sena.edu.co>**	
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL	X	**Ramiro Ramirez Hernandez <rramirezh@sena.edu.co>**	Firmado digitalmente por RAMIRO RAMIREZ HERNANDEZ Fecha: 2023.08.22 16:14:45 -05'00'
ALMACÉN E INVENTARIOS	X	**Generar reporte de https://miinventario.sena.edu.co/Inicio.aspx y anexar al formato, garantizando que no tiene elementos a su cargo**	
SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio; Contratación)	X	**Emir Eduardo Aguilón Villaquirán <eaguilon@sena.edu.co>**	
CONTABILIDAD			
TESORERIA			
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ ACADEMICA	X	**Nora Liliana Dossman <cnldossman@sena.edu.co>**	Firmado digitalmente por Nora Liliana Dossman Fecha: 2023.08.22 18:19:28 -05'00'
BIBLIOTECA	X	**Katherinne Valencia Osorio <kvalencia@sena.edu.co>**	Firmado digitalmente por Katherinne Valencia Osorio Fecha: 2023.08.23 09:19:57 -0500
OTRO: INVENTARIO TELEFONICA	X	**Ramiro Ramirez Hernandez <rramirezh@sena.edu.co>**	Firmado digitalmente por RAMIRO RAMIREZ HERNANDEZ Fecha: 2023.08.22 16:15:09 -0500
OTRO			
SUPERVISOR DE CONTRATO	X	**Nora Liliana Dossman <cnldossman@sena.edu.co>**	Firmado digitalmente por Nora Liliana Dossman Fecha: 2023.08.22 18:19:41 -05'00'

ES PENDIENTES (Relacionar con su respectivo valor)

OTROS : _____

Firma del Contratista

De acuerdo con los registros del Sistema para la Administración y Control de Bienes SACB, el Sr(a) GARCIA FRANCO MARIA EUCARIS identificado(a) con CC. 29702006 NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 16 de Setiembre de 2023 a las 20:25:44

El cuentadante responde administrativa y fiscalmente por los bienes aquí relacionados y rendirá cuentas de su utilización. Todo ello según lo dispuesto sobre este particular en la Constitución Política Nacional Art. 124 y en especial lo establecido en los numerales 21 y 22 del Art. 34 de la Ley 734 de 2002; Resolución 1378 de 2018 y en las obligaciones generales de los Contratos de Prestación de Servicios.

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

El(la) señor(a) MARIA EUCARIS GARCIA FRANCO , identificado(a) con CC 29702006 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: 01/04/2016 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	29702006	MARIA EUCARIS GARCIA FRANCO	VIGENTE
CC	1000619159	NICOLAS PATERNINA GARCIA	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	29702006	MARIA EUCARIS GARCIA FRANCO	CC	29702006	MARIA EUCARIS GARCIA FRANCO	2022/09	30
CC	29702006	MARIA EUCARIS GARCIA FRANCO	CC	29702006	MARIA EUCARIS GARCIA FRANCO	2022/10	30
CC	29702006	MARIA EUCARIS GARCIA FRANCO	CC	29702006	MARIA EUCARIS GARCIA FRANCO	2022/11	30
CC	29702006	MARIA EUCARIS GARCIA FRANCO	CC	29702006	MARIA EUCARIS GARCIA FRANCO	2022/12	30
CC	29702006	MARIA EUCARIS GARCIA FRANCO	CC	29702006	MARIA EUCARIS GARCIA FRANCO	2023/01	30
CC	29702006	MARIA EUCARIS GARCIA FRANCO	CC	29702006	MARIA EUCARIS GARCIA FRANCO	2023/02	30
CC	29702006	MARIA EUCARIS GARCIA FRANCO	CC	29702006	MARIA EUCARIS GARCIA FRANCO	2023/03	30
CC	29702006	MARIA EUCARIS GARCIA FRANCO	CC	29702006	MARIA EUCARIS GARCIA FRANCO	2023/04	30
CC	29702006	MARIA EUCARIS GARCIA FRANCO	CC	29702006	MARIA EUCARIS GARCIA FRANCO	2023/05	30
CC	29702006	MARIA EUCARIS GARCIA FRANCO	CC	29702006	MARIA EUCARIS GARCIA FRANCO	2023/06	30
CC	29702006	MARIA EUCARIS GARCIA FRANCO	CC	29702006	MARIA EUCARIS GARCIA FRANCO	2023/07	30
CC	29702006	MARIA EUCARIS GARCIA FRANCO	CC	29702006	MARIA EUCARIS GARCIA FRANCO	2023/08	30

Para constancia de lo anterior se firma en la Ciudad de Santiago de Cali, a los CUATRO (4) 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 4874942 Sep 4 2023 4:15PM

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARIA EUCARIS GARCIA FRANCO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **29702006,** se encuentra afiliado/a desde **29/09/1987** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 04 de septiembre de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14676897129

(415)7707212489984(8020) 000001467689712 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
2 9 7 0 2 0 0 6	2	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	2 9 7 0 2 0 0 6	1 9 8 3 0 4 2 5

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Pradera 5 6 3

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GARCIA	FRANCO	MARIA	EUCARIS

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: CONJ ALCALA CR 1 D 6367

42. Correo electrónico: clau.bas.azul@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
1 4 1 0	2 0 0 0 0 1 0 3						7 7 2 4	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2020 - 01 - 08

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 GARCIA FRANCO MARIA EUCARIS
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14676897129

(415)7707212489984(8020) **000001467689712 9**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
2 9 7 0 2 0 0 6	2	Impuestos de Cali 5	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de muebles para el hogar, en establecimientos espec 5 2 3 6

162. Nombre del establecimiento: CREDI HOGAR

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Valle del Cauca 7 6	Guadalajara de Buga 1 1 1

165. Dirección: CR 9 9 14

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 2 4 2 3 2 - 2	2 0 0 1 0 5 0 2
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 6 6 2 9 6 5 7 1	2 0 1 0 0 1 0 8

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**

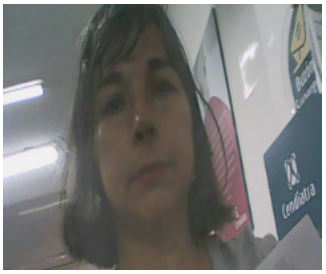
COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Dirreción: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: contactenos@cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA CALI	**DIRECCIÓN**	Calle 18 Nº 4N - 47 Barrio Versalles
TELÉFONO	3827 337 - 3809 956	**EMAIL**	cali@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2022-01-04	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	MARIA EUCARIS GARCIA FRANCO			Identificación CC	Nro 29702006
Fecha de Nacimiento	1962-09-27	**Edad**	60	**Sexo**	F
Empresa	CLIENTE OCASIONAL				
Cargo	INSTRUCTORA				
Fecha Ingreso	2022-01-04 10:24:56	**Fecha Salida**	2022-01-04 10:30:39		

EXAMENES

AUDIOMETRIA TAMIZ	ENFASIS CARDIOVASCULAR
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
EXAMEN OPTOMETRICO	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO	COLESTEROL TOTAL
GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	TRIGLICERIDOS

CONCEPTO_DE_APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

ACUDIR A CONSULTA MEDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:	SI Observaciones: MEDICINA GRAL VER ENFASIS CARDIOVASCULAR
NUTRICIONALES – CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA	SI Observaciones: LLEVAR UNA DIETA BALANCEADA.
OTRAS:	NO PRESENTA

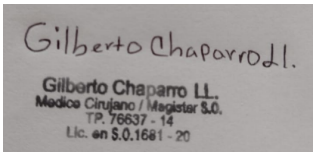
SE_SUGIERE_CONTROL_PROGRAMAS_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA

CONDICION VISUAL	SI Observaciones: CONTROL ANUAL
RIESGO BIOMECANICO	SI
CARDIOVASCULAR	SI
PREVENCION DE ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES	SI
OTROS	NO PRESENTA

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constar quien presento la valoración.

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.



GILBERTO CHAPARRO LLANTEN
RM: 76637-14
Firma y sello del médico

MARIA EUCARIS GARCIA FRANCO
CC 29702006
Firma del trabajador

Cendiatra

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

Fecha entrega : 2023-01-04

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	MARIA EUCARIS GARCIA FRANCO		
Identificación	CC	**No. Documento**	29702006
Fecha de Nacimiento	1962-09-27	**Edad**	60 años 3 meses 7 dias
Sexo	F	**Empresa**	CLIENTE OCASIONAL
Fecha toma	2023-01-04 08:55:00	**Sede**	CENDIATRA CALI

HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
ERITROCITOS	VER ANEXO	millones/mm3	4.0-5.5millones/mm3
HEMOGLOBINA	.	g/dl	12.0-17.4g/dl
HEMATOCRITO	.	%	36.0-52.0%
VCM	.	fl	76-96fl
HCM	.	pg	27.0-32.0pg
CHCM	.	g/dl	30.0-35.0g/dl
RDW	.	%	<15.0%
LEUCOCITOS	.	mm3	5.000-10.000mm3

RECUENTO_DIFERENCIAL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
GRANULOCITOS	.	%	50-70%
LINFOCITOS	.	%	25-40%
MIXTAS	.	%	3-7%

RECUENTO_DIFERENCIAL_MM3

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
GRANULOCITOS	.	mm3	2.500-7.500mm3
LINFOCITOS	.	mm3	1.300-4.000mm3
MIXTAS	.	mm3	150-750mm3

RECUENTO_PLAQUETARIO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
PLAQUETAS	.	mm3	150.000-400.000mm3

ADJUNTO

ADJUNTO

TITULO	RESULTADO

UROANALISIS

TITULO	RESULTADO

EXAMEN_FISICO

TITULO	RESULTADO
COLOR	AMARILLO
OLOR	NEGATIVO
ASPECTO	TURBIO

EXAMEN_MICROSCOPICO

TITULO	RESULTADO
LEUCOCITOS	20-25 XC
HEMATIES	0-3 XC
BACTERIAS	++
CELULAS EPITELIALES	3-5 XC
CRISTALES	NEGATIVO
MOCO	+

EXAMEN_QUIMICO

TITULO	RESULTADO
NITRITOS	POSITIVOS
UROBILINOGENO	NORMAL
PROTEINAS	NEGATIVO
DENSIDAD	1.025
PH	6.0
SANGRE	NEGATIVO
CETONAS	NEGATIVO
BILIRRUBINAS	NEGATIVO
GLUCOSA	NEGATIVO

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

Fecha entrega : 2023-01-04

UROANALISIS	
LEUCOCITOS	75 Cel/uL
IMAGEN	
TITULO	**RESULTADO**
RESULTADO	
TITULO	**RESULTADO**
RESULTADO	



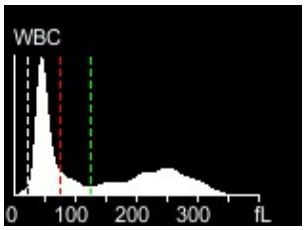
ELCY YANELLY MINOTTA ALOMIA
67016253
Firma y sello del médico evaluador

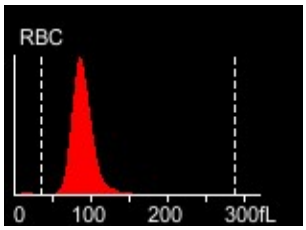
Informe de análisis de hematología

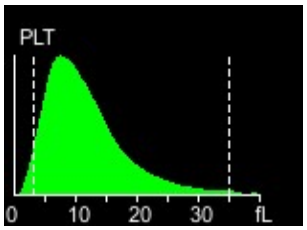
Nombre de pila: MARIA EUCARIS
Apellido(s): GARCIA FRANCO
Género: Mujer
Fecha: 2023/01/04 13:08

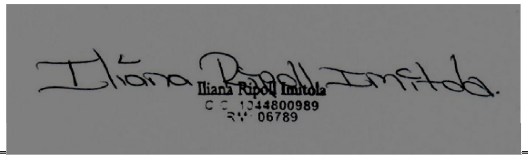
Tipo de muestra: Sangre venosa
ID de muestra: 29702006
Edad:

Parámetro	Resultado		Rango de ref.	Unidad
1 WBC	**5,71**		**3,50-9,50**	**10^9/L**
2 Lym%	45,3		20,0-50,0	%
3 Gran%	46,0	↓	50,0-70,0	%
4 Mid%	8,7		3,0-9,0	%
5 Lym#	2,59		1,10-3,20	10^9/L
6 Gran#	2,62		2,00-7,00	10^9/L
7 Mid#	0,50		0,10-0,90	10^9/L
8 RBC	**4,85**		**3,80-5,80**	**10^12/L**
9 HGB	13,9		11,5-17,5	g/dL
10 HCT	43,8		35,0-50,0	%
11 MCV	90,4		82,0-100,0	fL
12 MCH	28,6		27,0-34,0	pg
13 MCHC	31,6		31,6-35,4	g/dL
14 RDW-CV	13,6		11,5-14,5	%
15 RDW-SD	42,1		35,0-56,0	fL
16 PLT	**373**	↑	**125-350**	**10^9/L**
17 MPV	8,7		7,0-11,0	fL
18 PDW	10,6		9,0-17,0	fL
19 PCT	0,323	↑	0,108-0,282	%
20 P-LCR	18,0		11,0-45,0	%
21 P-LCC	67		30-90	10^9/L









Dra.ILIANA RIPOLL IMITOLA
Bacteriologa Universidad Metropolitana
T.P:1044800989

Calle 38N # 5N-20 Barrio la flora, cali - valle del cauca
Celular: 3827337
Correo electronico: laboratoriocali@cendiatra.com

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

Fecha entrega : 2023-01-04

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	MARIA EUCARIS GARCIA FRANCO		
Identificación	CC	**No. Documento**	29702006
Fecha de Nacimiento	1962-09-27	**Edad**	60 años 3 meses 7 dias
Sexo	F	**Empresa**	CLIENTE OCASIONAL
Fecha toma	2022-01-04 09:00:00	**Sede**	CENDIATRA CALI

GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	89	Unidad de referencia: mg/dl	Referencia: Normal: 70-100 mg/dl, AGA: >100-125mg/dl, DM: >126
ANALISIS	NORMAL		

COLESTEROL TOTAL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	210	mg/dl	Valor Referencia: Deseable: < 200 mg/dl, Intermedio alto: 200-239 mg/dl, Alto: Igual o > 240 mg/dl

TRIGLICERIDOS

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	275	mg/dl	Normal:<150mg/, Intermedio:150 - 199mg/dl, Alto:200 - 499mg/dl, Muy alto: Igual o >500mg/dl

COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	33	mg/dl	Normal:>40 mg/dl

COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	122	mg/dl	Óptimo:<100 mg/dl, Cercano al óptimo: 100 -129 mg/dl, Intermedio alto: 130 -159 mg/dl, Alto: 160 -189 mg/dl, Muy alto: Igual o >190 mg/dl



JEFFERSON THOMAS QUINTO OROZCO
88034719
Firma y sello del médico evaluador

EVALUACION DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL FUNCIONAL

(EXAMEN PSICOMETRICO)

FECHA: 04/01/2023
EMPRESA: PARTICULAR/CALI
NOMBRE: MARIA EUCARIS GARCIA
CÉDULA: 29702006
EDAD: 60 AÑOS CARGO: DOCENTE

CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD

INTERPRETACION DEL RESULTADO: Con la aplicación de la prueba se identifican rasgos de personalidad asociados con el perfil de individuos fuertes, equilibrados y de movilidad rápida, son personas sociales, discordantes, locuaces, reactivas, vivaces y despreocupadas, tienden a ser líderes de gran productividad, buena capacidad de trabajo y facilidad para adecuarse a situaciones nuevas.

- Se presenta alta incidencia de respuestas afirmativas en la escala de control.

OBSERVACIONES

De acuerdo con test de personalidad realizado a la fecha, no se evidencia la existencia de trastornos mentales ni de conducta o alteraciones relevantes en la escala de salud mental.

Por tal motivo no se refleja ninguna alteración psicológica.

NOTA: Esta prueba corresponde a una prueba tamiz estandarizada y no una prueba diagnóstica.

FIRMA DEL EVALUADOR:

Manuel E. Montaño C.
Psicólogo Esp. Salud Ocupacional
Lic. 4145.010.21.1.914.000633
05/09/2022

Cendiatra

EXAMEN OPTOMETRICO

Cali - Valle ,

DATOS DEL PACIENTE.

Nombres:	María Cecilia Garcia
Tipo de Documento: CC	29702006
Sexo: F **. Nacimiento:** 27/09/1962	**Edad:** 59
Entidad: Particular	**Cargo:**

ANTECEDENTES PERSONALES

Diabetes		Hipertensión arterial	
Cirugía Ocular		Alergias	
Glaucoma		Otros:	

MOTIVO CONSULTA

Visión borrosa		Fotofobia	
Ardor		Secreciones	
Lagrimeo		Dolor Ocular	
Enrojecimiento		Visión doble	
Prurito		Inversión de números o letras	
Cefalea		Mareo	
Astenopia		Vértigo	
Salto de renglón		Miodesopsias	
Otros			

AGUDEZA VISUAL

	VISION LEJOS			VISION CERCA			ESTENOPEICO
	S.C	C.C		S.C	C.C		S.C
O.D	20/20		O.D	20	0.50	O.D	
O.I	20/20		O.I	20	0.50	O.I	

EXAMEN EXTERNO Y MOTOR

O.D.	N
O.I.	N

COVER TEST

Lejos: Ø Cerca: X' Hirschberg: ✓

P.P.C: Motilidad Ocular: —

QUERATOMETRIA

O.D	41.75 / 42.50
O.I.	41.50 / 42.25

OFTALMOSCOPIA

O.D.	SIN / RT
O.I	SIN / RT

ISO 9001:2015
BUREAU VERITAS Certification
CO18.03077

Refracción	Estática	Dinámica	Cicloplejia
O.D. —	20/ 20	ADD +2.50	AV 05 4
O.I. —	20/ 20	ADD +2.50	AV 05 4.

Observaciones:

Test adicionales			
Visión cromática	Normal ✓	Alterada	
Estereopsis		Test	TITMUS
Rx. En uso	OD +2.50 VP	OI +2.50 VP	

IMPRESIONES DIAGNOSTICAS.

Diagnóstico	CIE-10	P. Ori
1.- Presbicia	H524	
2.-		
3.-		
4.-		
5.-		

C: Origen Común, **EP**: Sospecha Enfermedad Profesional.

Observaciones:

Requiere Fórmula	✓		No Requiere Fórmula	Valoración Oftalmológica
Control Anual			Valoración Optométrica	Otra:

Apto CON corrección

ANALISIS Y CONCEPTO: DR. ( ):
Cali - Valle ,

CARLOS A. BOLAÑOS G.
OPTOMETRA U.L.S.
REG. SSD 22897
COD. 45[illegible]

Cendiatra

HISTORIA CLINICA ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Fecha Atención : 2022-01-04 | Fecha Impresión 2022-01-04

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	MARIA EUCARIS GARCIA FRANCO		
Identificación	CC	Nro	29702006
Fecha de Nacimiento	1967-08-27	Edad	59
Genero	F	RH	A +
Estado civil	Soltero	Escolaridad	Universitario
Estrato	3	Ciudad	Cali
Direccion	direccion	Telefono	3162386110
Acompañante		Tel_Acompañante	
Empresa	PARTICULAR/CALI	Cargo	INSTRUCTORA
Ciudad - Sede	Cali	Sede	CENDIATRA CALI

TIPO EXAMEN: PREINGRESO

DIVISION
OCUPACION
LUGAR DE RESIDENCIA
NOMBRE DEL RESPONSABLE
TELEFONO DE RESPONSABLE
PARENTESCO
TIPO VINCULACION

DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL
ACTIVIDAD ECONOMICA
CARGO

ACTIVIDADES EXTRALABORALES

COSTURA	SI
	Observaciones: UNA VEZ AL MES
USO DE VIDEOJUEGOS	NO
USO DE INSTRUMENTOS	NO
PRACTICAR DEPORTE	SI
	Observaciones: CICLISMO A DIARIO
ACTIVIDADES HOGAR	NO
ACTIVIDADES MANUALES	NO

ANTECEDENTES A NIVEL OSTEOMUSCULAR

ESPECIFICOS

ARTRITIS REUMATOIDEA	NO
OSTEOARTRITIS	NO
AMPUTACIONES	NO
ENF MUSCULARES	NO
ARTRALGIAS ARTRITIS	NO
LIMITACION FUNCIONAL	NO
SD TUNEL CARPO	NO
ENF DE LA COLUMNA	NO
CERVICALGIA	NO
LUMBALGIA	NO
MIALGIAS	NO
TENDINITIS	NO
RADICULOPATIAS	NO
TENDINITIS BURSITIS	NO
ESGUINCES	NO
FRACTURAS	NO
DORSALGIA	NO
PARESTESIAS DISESTESIAS	NO
DESCRIPCION	

EXAMEN FISICO

COLUMNA INSPECCION

POSTURA	NORMAL
ALINEACION	NORMAL
SIMETRIA	NORMAL
ESCOLIOSIS	NORMAL

COLUMNA MARCHA PUNTA TALONES

Cendiatra

HISTORIA CLINICA ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Fecha Atención : 2022-01-04 | Fecha Impresión : 2022-01-04

OBSERVACIONES

ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR CONSERVADOS ACTIVA Y PASIVAMENTE. FLEXIÓN, FLEXIÓN LATERAL, EXTENSIÓN Y ROTACIÓN. LOGRA MARCHA EN PUNTAS Y TALONES SIN DIFICULTAD.

EXTREMIDADES

HOMBRO	NORMAL
BRAZO	NORMAL
CODO	NORMAL
ANTEBRAZO	NORMAL
MANO	NORMAL
DEDOS	NORMAL
CADERAS	NORMAL
RODILLAS	NORMAL
MIEMBROS INFERIORES	NORMAL
CUELLO DE PIE	NORMAL
PIE	NORMAL
REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS	Observaciones: ROT ++/++++
FUERZA	NORMAL. Observaciones: FUERZA 5/5 EN 4 EXTREMIDADES. SENSIBILIDAD CONSERVADA

OBSERVACIONES

PRUEBAS ESPECIFICAS

PRUEBA DERECHA

	DERECHA
DOMINANCIA	NEGATIVO
PHALEN	NEGATIVO
TINNEL	NEGATIVO
FINKELSTEIN	NEGATIVO
LASEGUE	NEGATIVO
HAWKINS	NEGATIVO
JOBS	NEGATIVO
MILLS	NEGATIVO
COZEN	NEGATIVO

PRUEBA IZQUIERDA

PHALEN	NEGATIVO
TINNEL	NEGATIVO
FINKELSTEIN	NEGATIVO
LASEGUE	NEGATIVO
HAWKINS	NEGATIVO
JOBS	NEGATIVO
MILLS	NEGATIVO
COZEN	NEGATIVO

DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICO 1	Z100 Examen de salud ocupacional
DIAGNOSTICO 2	
DIAGNOSTICO 3	
DIAGNOSTICO 4	
DIAGNOSTICO 5	

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL: NO

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:
Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud.

Gilberto Chaparro LL.

Cendiatra

HISTORIA CLINICA ENFASIS CARDIOVASCULAR

Fecha Atención: 2022-01-04

Fecha Impresión: 2022-01-04

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	MARIA ELICARE GARCIA FRANCO		
Identificación	CE	Nro	287[illegible]06
Fecha de Nacimiento	1962-06-27	Edad	59
Genero	F	RH	A +
Estado civil	Soltero	Escolaridad	Universitario
Estrato	3	Ciudad	Cali
Direccion	direccion	Telefono	3162386113
Acompañante		Tel_Acompañante	
Empresa	PARTICULAR/CALI	Cargo	INSTRUCTORA
Ciudad - Sede	Cali	Sede	CENDIATRA CALI

TIPO EXAMEN: PREINGRESO

DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL
ACTIVIDAD ECONOMICA
CARGO

ENFERMEDAD ACTUAL

ENFERMEDAD ACTUAL: COLABORADORA ASINTOMATICA CARDIOVASCULAR

ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES

ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

CUESTIONARIO

TEXTO1	
TEXTO2	
1. ALGUNA VEZ HA SENTIDO DOLOR, INCOMODIDAD O PESADEZ EN SU PECHO?	NO
TEXTO3	
2. SIENTE DOLOR EN LA PARTE CENTRAL DEL PECHO O EN EL BRAZO IZQUIERDO?	NO
3. SIENTE ESE DOLOR CUANDO CAMINA EN EL PLANO O CUANDO LO HACE CUESTA ARRIBA O VA MUY RAPIDO?	NO
4. SE SIENTE EL DOLOR MIENTRAS CAMINA, DISMINUYE EL RITMO?	NO
5. DESAPARECE EL DOLOR SI DEJA DE CAMINAR O SI SE PONE UNA PASTILLA DE MEDICAMENTO DEBAJO DE LA LENGUA?	NO
6. DESAPARECE EL DOLOR EN MENOS DE 10 MINUTOS?	NO
7. ALGUNA VEZ HA TENIDO UN DOLOR EN EL CENTRO DEL PECHO QUE HAYA DURADO MEDIA HORA O MAS?	NO
TEXTO4	
8. ALGUNA VEZ HA SENTIDO DE LAS SIGUIENTES MOLESTIAS: DIFICULTAD PARA HABLAR, DEBILIDAD EN EL BRAZO O PIERNA DE UN LADO DEL CUERPO O ADORMECIMIENTO DE UN LADO DEL CUERPO?	NO

EXAMEN FISICO

SIGNOS VITALES

PESO (KG)	56
TALLA (CM)	155
IMC (M2)	23.31
CLASIFICACION	Peso Normal
FC (MIN)	70
TA (MMHG)	110/80

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES: CONTINUAR CON ACTIVIDAD FISICA

OBSERVACIONES

OBSERVACIONES: LABORATORIOS PRESENTA DISLIPIDEMIA, POR LO CUAL SE SUGIERE VALORACION Y MANEJO POR MEDICINA GRAL.

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL: NO

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluacion medica ocupacional realizada del dia de hoy, los resultados de las pruebas paraclinicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:

HISTORIA CLINICA AUDIOMETRÍA TAMIZ

SEDE	CENDIATRA CALI	**DIRECCION**	
TELÉFONO		**EMAIL**	
FECHA DE EXAMEN		**TIPO DE EXAMEN**	



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	MARIA EUCARIS GARCIA FRANCO	identificación CC	
Fecha de Nacimiento		**Edad**	**Sexo** F
Empresa	PARTICULARCALI		
Cargo	INSTRUCTORA		
Fecha Ingreso		**Fecha Salida**	

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

DATOS EMPRESA

ANTECEDENTES OTOLOGICOS

ENFERMEDAD DEL OIDO	NO
EXPOSICION A ACTIVIDADES RUIDOSAS	NO
ALTERACION DE LA AUDICION	NO
DOLOR DE OIDOS	NO
DIFICULTAD PARA ESCUCHAR LAS COVERSACIONES	NO
PRESENTA ZUMBIDOS EN LOS OIDOS	NO
USO DE AUDIFONOS RECREATIVOS	NO
REALIZO POLIGONO	NO

INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

CARGO	DOCENTE
TIEMPO EN EL CARGO	20 AÑOS
NIVEL DEL RUIDO	BAJO
TIPO DE PROTECCION	NO REQUIERE

OTOSCOPIA

OD	NORMAL
OI	NORMAL

AUDIOGRAMA

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

NORMAL 24 DB	BILATERAL

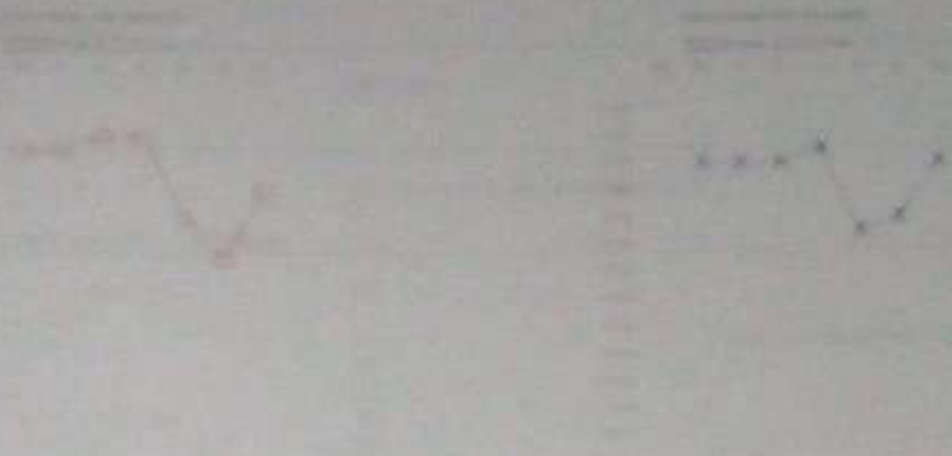
CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

INGRESAR AL SISTEMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA	NO	
CONTROL AUDITIVO EN	SI	CONTROL AUDITIVO ANUAL EN SU EPS
LIMPIEZA AUDITIVA	NO	
USO DE E.P.P. AUDITIVO	NO	
VALORACION / CONTROL POR ORL	NO	
EXAMENES AUDIOLOGICOS COMPLEMENTARIOS	NO	

HISTORIA CLINICA AUDIOMETRÍA TAMIZ

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL: NO



AUDIOGRAMA VIA AEREA

	250	250cm	S.R.	500	500cm	S.R.	1K	1Kcm	S.R.	2K	2Kcm	S.R.	3K	3Kcm	S.R.	4K	4Kcm	S.R.	6K	6Kcm	S.R.	8K	8Kcm	S.R.
OD				10			15			12			10			40			35			30		
OI				20			20			15			15			45			40			25		

AUDIOGRAMA VIA OSEA

	250	250cm	S.R.	500	500cm	S.R.	1K	1Kcm	S.R.	2K	2Kcm	S.R.	3K	3Kcm	S.R.	4K	4Kcm	S.R.	6K	6Kcm	S.R.	8K	8Kcm	S.R.
OD																								
OI																								

AUDIOMETRIA BASE

	250	Obs.	500	Obs.	1000	Obs.	2000	Obs.	3000	Obs.	4000	Obs.	6000	Obs.	8000	Obs.
OD																
OI																

ANTECEDENTES OTOLOGICOS

ENFERMEDAD DEL OIDO	NO
EXPOSICION A ACTIVIDADES RUIDOSAS	NO
ALTERACION DE LA AUDICION	NO
DOLOR DE OIDOS	NO
DIFICULTAD PARA ESCUCHAR LAS CONVERSACIONES	NO
PRESENTA ZUMBIDOS EN LOS OIDOS	NO
USO DE AUDIFONOS RECREATIVOS	NO
RESULTO POSITIVO	NO

INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

CARGO	DOCENTE
TIEMPO EN EL CARGO	20 AÑOS
NIVEL DEL RUIDO	BAJO
EPO DE PROTECCION	NO RECUERDA

HISTORIA CLINICA AUDIOMETRÍA TAMIZ

Fecha de impresión: 2022/04/04
www.oscultelia.com

INTERPRETACION

PTA OD (1K, 2K, 3K y 4K)	18.75
PTA OI (1K, 2K, 3K y 4K)	25

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

NORMAL 24 DB	BILATERAL

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	Z011: Examen de oidos y de la audicion

CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

INGRESAR AL SISTEMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA	NO	
CONTROL AUDITIVO EN	SI	CONTROL AUDITIVO ANUAL EN SU EPS
LIMPIEZA AUDITIVA	NO	
USO DE E.P.P. AUDITIVO	NO	
VALORACION / CONTROL POR ORL	NO	
EXAMENES AUDIOLOGICOS COMPLEMENTARIOS	NO	

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO

Este concepto medico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del dia de hoy, los resultados de las pruebas paraclinicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

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

SANDRA MILENA GIRALDO LOPEZ
MM - 1111777774
Firma y sello del médico evaluador

MARIA LUCIMIR GARCIA FRANCO
CC 2878888
Firma del trabajador evaluado

Hace constar:

Que el Sr(a) MARIA EUCARIS GARCIA FRANCO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 29702006 realizó el día 16/09/2023 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 MARIA EUCARIS GARCIA FRANCO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 29702006 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) MARIA EUCARIS GARCIA FRANCO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 29702006 el día 16/09/2023 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

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

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **MARIA EUCARIS GARCIA FRANCO** con **CC** No. **29702006**, 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): 202301019318258.

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

Cordialmente

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_07

Scotiabank COLPATRIA

SCOTIABANK COLPATRIA S.A.
NIT. 860.034.594-1

CERTIFICA QUE:

La cuenta de ahorros No. 8872020123 , con fecha de apertura 29 de Marzo de 2016 , de la cual es titular:

El (la) señor(a): MARIA EUCARIS GARCIA FRANCO
Identificado(a) con tipo de documento C No. 29.702.006

La cuenta en mención ha sido manejada de acuerdo a las normas establecidas por la entidad.

Damos esta información con la acostumbrada reserva bancaria.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 16 días del mes de Septiembre de 2023 .

Cordialmente,



Nury Luis Montaña
Gerencia Relación con Clientes

Scotiabank Colpatria. S.A.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Línea de Atención

Bogotá: 7561616 - **Cali:** 4891616 - **Medellín:** 6041616 - **Barranquilla:** 3851616 - **Ibagué:** 2771616 - **Pereira:** 3401616 - **Cartagena:** 6931616
Neiva: 8631616 - **Bucaramanga:** 6971616 - **Cúcuta:** 5955195 - **Santa Marta:** 4365966 - **Villavicencio:** 6836126 - **Valledupar:** 5898480
Popayán: 8353735 - **Resto del país:** 018000 522222

www scotiabankcolpatria.com

®Marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Scotiabank Colpatria Establecimiento Bancario.

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	45-46-101020750	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:	GARCIA FRANCO MARIA EUCARIS	IDENTIFICACIÓN:	C.C. :29,702,006
DIRECCIÓN:	CL 52 2BIS 15	CIUDAD: CALI - VALLE	TELÉFONO: 4315800

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.5360478 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

45-46-101020750
FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

FIRMA TOMADOR

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

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. 45-46-101020750, 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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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