SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

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

Código Regional	**50**
Código Centro	**953210**
Fecha Elaboración	**Octubre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**79697-858063**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: ALBA JANNETH CLAVIJO PINEDA
Correo electrónico contratista: ajclavijop@sena.edu.co
C.C. 40.399.465 **IP/Nº de contacto** 986

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

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

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 84451023895

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: 5427317/2023 **Nº Compromiso SIIF** 85123

Valor Total del Contrato	$ 9.311.820	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 9.311.820	**1**	**Del**	**03/10/2023**	**Al**	**31/10/2023**	**$ 3.649.227,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 5.662.593		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

CO1.PCCNTR.5427317; AJUSTAR COMBINAR GENERAL FORMATO CONDICIONAL FORMATO CONDICIONAL ESTILOS DE CELDA B4 PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ORIENTAR ACCIONES DE FORMACIÓN EN LOS PROGRAMAS REGULARES OFERTADOS

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.649.227		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	$ 3.134.736			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 6.783.963**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.992.300**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Octubre	Setiembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**5165165971**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.459.691	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 182.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 233.600	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 7.700	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 1.695.990	$ -	
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	$ 201.400	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 157.300	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 6.600	
Dependientes hasta $ 1.357.184	$ 678.396	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 1.330.767	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.992.300,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.233.127,00	
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	12.933,00	0,400%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$3.636.294,00**	

SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

FORMACION FICHA 2721332 - TECNOLOGO EN DESARROLLO DE MEDIOS GRAFICOS VISUALES - 18 HORAS
FORMACION FICHA 2775289 - TECNICO EN SISTEMAS - 12 HORAS
FORMACION FICHA 2826130 - TECNOLOGO EN GESTION ADMINISTRATIVA - 28 HORAS
FORMACION FICHA 2693042 - TECNOLOGO EN GESTION CONTABLE Y FINANCIERA - 16 HORAS
FORMACION FICHA 2503355 - TECNOLOGO GESTION DE LA PROPIEDAD HORIZONTAL - 8 HORAS
FORMACION FICHA 2834467 - TECNICO EN CONTABILIZACION DE OPERACIONES COMERCIALES Y FINANCIERAS - 18 HORAS
FORMACION FICHA 2693041 - TECNOLOGO EN GESTION ADMINISTRATIVA - 18 HORAS
FORMACION COMPLEMENTARIA - 40 HORAS SERVICIO AL CLIENTE

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.

ALBA JANNETH CLAVIJO PINEDA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

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

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

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

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

JOHN ALBEIRO DIAZ CUADRO
COORDINADOR ACADÉMICO DE PROGRAMAS ESPECIALES

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:

EL ORDENADOR DEL PAGO

STELLA LOBOA VASQUEZ

SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La EPS SANITAS en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS,**

CERTIFICA

Que **Alba Janneth Clavijo Pineda** identificado(a) con **CEDULA DE CIUDADANIA** número **40399465,** está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 40399465
NOMBRES Y APELLIDOS	Alba Janneth Clavijo Pineda
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	30/11/1973
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/12/2018
FECHA RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	75 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	36 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	07/01/2021
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 40399465 ALBA JANNETH CLAVIJO PINEDA Desde 02/02/2023 - Vigente
N.I.T. 800116217 CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS Desde 25/01/2023 Hasta 16/06/2023
N.I.T. 800116217 CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS Desde 07/02/2022 Hasta 26/11/2022

EPS Sanitas
OFICINA VILLAVICENCIO
25 SEP 2023
RECIBIDO PARA VERIFICACION
NIT. 800.251.440-6
FIRMA:

Generado por crparra 25/09/2023

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

Powered by CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	40399465
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ALBA JANNETH CLAVIJO PINEDA
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	CL 30 A # 14 23	TELÉFONO:	1111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**5165165971**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2023	SALUD:	AÑO:	2023
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/10/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		0149469659

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
							X									

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	$ 225.600
SUBTOTAL:			1	**$ 225.600**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 176.200
SUBTOTAL:			1	**$ 176.200**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 7.400
SUBTOTAL:			1	**$ 7.400**

VALOR SIN MORA:	**$ 409.200**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 409.200**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	40399465
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ALBA JANNETH CLAVIJO PINEDA
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	CL 30 A # 14 23	TELÉFONO:	1111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
NÚMERO PLANILLA:	**5165165971**			TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	septiembre	AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	septiembre	AÑO 2023
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/10/09		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		0149469659	

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 225.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 225.600	$ 0	$ 225.600
SUBTOTALES:										**$ 225.600**	**$ 0**	**$ 225.600**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 176.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 176.200	$ 0	$ 0	$ 176.200
SUBTOTALES:													**$ 176.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 176.200**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 7.400	$ 7.400	$ 0	$ 0	$ 7.400
SUBTOTALES:									**$ 7.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 7.400**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP															
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS																									
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA	TOTAL APORTE	ICBF	TOTAL APORTE	ESAP	TOTAL APORTE	MINEDU	TOTAL APORTE
1	CC 40399465	CLAVIJO PINEDA ALBA JANNETH	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		$ 1.409.400				NO								01-30										230201-PROTECCION	30	$ 1.409.400	$ 225.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 225.600	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.409.400	$ 176.200	$ 0	$ 176.200	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.409.400	40399465	$ 7.400		$ 0		$ 0		$ 0		$ 0		$ 0		$ 0		$ 0

TOTAL	**$ 409.200**

Hace constar:

Que el Sr(a) ALBA JANNETH CLAVIJO PINEDA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 40399465 el día 20/10/2023 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

Hace constar:

Que el Sr(a) ALBA JANNETH CLAVIJO PINEDA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 40399465 realizó el día 20/10/2023 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 ALBA JANNETH CLAVIJO PINEDA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 40399465 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 -

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14796317881

(415)7707212489984(8020) 000001479631788 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4 0 3 9 9 4 6 5	1	Impuestos y Aduanas de Villavicencio 2 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	4 0 3 9 9 4 6 5	1 9 9 2 0 3 0 9

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CLAVIJO	PINEDA	ALBA	JANNETH

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CL 30 A 14 A 23 BRR CEDRITOS

42. Correo electrónico: aclavijo@unillanos.edu.co

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

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
0 0 1 0	2 0 1 5 0 2 0 1	8 5 4 4	2 0 1 5 0 2 0 1	8 2 9 9		1 3 1 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
4	9																								

53. Código 49

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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 2 61. Fecha 2021 - 11 - 09 / 07 : 09: 01

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 PRIETO TORRES LUIS FRANCISCO JAVIER
985. Cargo Gestor III

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: 14796317881

(415)7707212489984(8020) **000001479631788 1**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4 0 3 9 9 4 6 5	1	Impuestos y Aduanas de Villavicencio 2 2	

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 libros, periódicos, materiales y artículos de papele 4 7 6 1

162. Nombre del establecimiento: PAPELERIA Y CACHARRERIA LA ECONOMICA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Meta 5 0	Villavicencio 0 0 1

165. Dirección: CL 36 31 A 02

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

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

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 **ALBA JANNETH CLAVIJO PINEDA** con **CC** No. **40399465**, 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:** 07/10/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 02/10/2023 **Fecha fin de Contrato:** 15/12/2023 **Clase de Riesgo:** 1 **Cargo :** PROFESIONAL **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): 202301020455664.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 25 días del mes de octubre 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

INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S.
Código Prestador:
No. Identificación: 901200839-9
Dirección: CALLE 15 N° 37L 10 ET 8 B. ESPERANZA
Teléfono: 6668018-3176678051
Email: gerencia@integrarips.com

Fecha de Impresión: **2023/02/02 12:30:16**
Resultados Paraclinicos

Datos del Paciente

Identificación:	**CC - 40399465**	Nro Historia:	**40399465**
Paciente:	**CLAVIJO PINEDA ALBA JANNETH**	Nro Ingreso:	**20230202020127**
Fecha Nac:	**1973/11/30**	Fecha Atención:	**2023-02-02 10:06:42.000**
Dirección:	**0**	Tipo Evaluación:	**Ingreso**
Edad:	**49 años**	Enfasis:	**Anexo Osteomuscular**
Sexo:	**Femenino**		
Teléfono:	**00**		
Nombre del Cargo:	**INSTRUCTOR**		

	Resultado	Unidad	Valor de Referencia
	PERFIL LIPIDICO		
QUÍMICA SANGUÍNEA			
COLESTEROL TOTAL	177	MG/DL	HASTA 200 MG/DL
COLESTEROL HDL	37	MG/DL	40 A 70 MG/DL
COLESTEROL LDL	120	MG/DL	HASTA 130 MG/DL
COLESTEROL VLDL	20	MG/DL	HASTA 3 MG/DL
TRIGLICÉRIDOS	98	MG/DL	HASTA 170 MG/DL
TÉCNICA	.		ESPECTROFOTOMETRIA
	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
GLUCOSA EN SUERO	97	MG/DL	70 A 110 MG/DL
TECNICA	.		ESPECTROFOTOMETRIA

Angela Maria Zarate Velasquez Zarate Velasquez
Cédula: 40403645
Registro Médico: 501028
Bacteriologo (a)

Copyright 2006 - 2023 Innovasoft Colombia S.A.S. Todos los Derechos Reservados.

INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S.

Código del Prestador: **No. Identificación:** 901200839-9
Dirección: CALLE 15 N° 37L 10 ET 8 B. ESPERANZA
Teléfono: 6668018-3176678051
Web: integrarsalud.isismaweb.com
Email: gerencia@integrarips.com

Descripcion del Informe

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

Fecha de Impresión: **2023/02/02 12:29:27**
Impreso por: **SHIRLEY MORENO BUSTOS 0**

Datos del Paciente

Identificación:	**CC - 40399465**	Nro Historia:	**40399465**
Paciente:	**CLAVIJO PINEDA ALBA JANNETH**	Nro Ingreso:	**20230202020127**
Fecha Nac:	**1973/11/30**	Fecha Atención:	**2023-02-02 10:06:42.000**
Dirección:	**0**	Tipo Evaluación:	**Ingreso**
Edad:	**49 años**	Enfasis:	**Anexo Osteomuscular**
Sexo:	**Femenino**		
Teléfono:	**00**		
Nombre del Cargo:	**INSTRUCTOR**		

Motivos

Motivo Consulta:

PARA EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL POR INGRESO

Enfermedad Actual:

PACIENTE ACTUALMENTE ASINTOMATICA, NIEGA PATOLOGIAS O AFECIONES.

Antecedentes - Familiares

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

Observaciones

NINGUNA

Antecedentes - Personales

Habitos

Actividad Fisica

Actividad Fisica: Sedentario (a)

Indice de Consumo de Drogas

Consume o ha consumido sustancias Psicoactivas: No — NO REFIERE

Consume o ha consumido sustancias Alucinógenas: No — NO REFIERE

Tabaquismo

Tabaquismo: No fuma

Otro NO REFIERE

Alcoholismo

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

Nivel de Consumol: No Consume

Observaciones: NO REFIERE

Neurologico

Epilepsia	No	NO REFIERE	Cefalea / Migraña	No	NO REFIERE
Sindrome Convulsivo	No	NO REFIERE	Masas Cerebrales	No	NO REFIERE
Parkinson	No	NO REFIERE	Trauma Craneoencefálico	No	NO REFIERE
			Eventos Cerebrovasculares	No	NO REFIERE

Otros: NO REFIERE

Organos de Los Sentidos

Sinusitis	No	NO REFIERE	Otitis	No	NO REFIERE
Otalgia	No	NO REFIERE	Otorrea	No	NO REFIERE
Vertigo	No	NO REFIERE	Otorragia	No	NO REFIERE
Acufenos	No	NO REFIERE	Prurito	No	NO REFIERE
Enfermedades Virales	No	NO REFIERE	Sensación de Oido Tapado	No	NO REFIERE
Glaucoma	No	NO REFIERE	Tinnitus	No	NO REFIERE
Cataratas	No	NO REFIERE	Transtorno Auditivo	No	NO REFIERE
Pterigio	No	NO REFIERE	Trauma Directo de Oido	No	NO REFIERE
Trauma Ocular	No	NO REFIERE	Otros Traumaticos de Oido	NO REFIERE	
Patologia Visual	No	NO REFIERE	Organos De los Sentidos	NO REFIERE	
Rinitis	No	NO REFIERE	Sintomas de Oido	No	NO REFIERE
			Sintomas Nariz	No	NO REFIERE
			Sintomas Garganta	No	NO REFIERE

Alergias y Otros Patologicos

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

Cardiovascular y Respiratorio

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

Gastro Intestinal

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

Endocrino y Metabolico

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

Genito Urinario

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

otros NO REFIERE

Gineco Obstetricos

Menarquia: 12 AÑOS
Ciclos: Menopausia
Gestaciones: 2
Partos: 2
Abortos: 0
Cesáreas: 0
Mortinatos 0
Observacion NO REFIERE

Hijos Vivos: 2
FUR: 00 / Sin Informacion / Sin Informacion
FUP: 16 / Marzo / 2001
Planifica: No
Metodo de planificacion: NINGUNO
Fecha ultima citologia: Sin Informacion / Sin Informacion / 2001
Tipo de resultado: NORMAL — NO REFIERE

Osteomuscular

Fracturas	No	NO REFIERE
Esquinces	No	NO REFIERE
Luxaciones	No	NO REFIERE
Tendinitis	No	NO REFIERE
Sindrome Tunel del Carpo	No	NO REFIERE
Radiculopatia	No	SIN HALLAZGOS
Bursitis	No	NO REFIERE
Epicondilitis	No	SIN OBSERVACIONES
Artrosis	No	NO REFIERE
Escoliosis	No	NO REFIERE
Retracciones Musculares	No	NO REFIERE
Malformaciones	No	NO REFIERE
Discopatias	No	NO REFIERE
Fibromialgia	No	NO REFIERE

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

Otro NO REFIERE

Autoinmunes

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

Otros: NO REFIERE

Enfermedad de Transmision Sexual

VIH	No	NO REFIERE
VPH	No	NO REFIERE
Sifilis	No	NO REFIERE
Blenorragia	No	NO REFIERE

otros NO REFIERE

Congenitas

Labio y/o Paladar Hendido	No	NO REFIERE

Otra: NO REFIERE

Enfermedades Infecciosas y Eruptivas

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

Otras NO REFIERE

Dermatologicos

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

Otros NO REFIERE

Transfusiones

Descripcion NO REFIERE

Revision Por Sistemas

Sintomas Constitucionales	NO REFIERE	Sintomas Neurologicos	NO REFIERE
Sintomas Respiratorios	NO REFIERE	Sintomas Cardio Vasculares	NO REFIERE
Sintomas Gastro Intestinales	NO REFIERE	Sintomas Genito Urinarios	NO REFIERE
Sintomas Osteo Muscular	NO REFIERE	Sintomas Dermatologicos	NO REFIERE
Sintomas de los Organos de Los Sentidos	SIN HALLAZGOS		

Quirurgicos

Cirugia de Abdomen y/o Genitourinaria	Si	LAPAROSCOPIA, COLECISTECTOMIA
Cirugia de Cabeza y Cuello	Si	TIMPANOPLASTIA
Cirugia de Torax	No	NO REFIERE
Cirugia de Extremidades	No	NO REFIERE
Cirugia de Piel	No	NO REFIERE
Cirugia de Tiroides	No	NO REFIERE

Otros Quirurgicos
NO REFIERE

Psiquiatricos

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

Otro NO REFIERE

Farmacologicas

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

Observaciones: NO REFIERE

Inmunizaciones

#	Tipo de Vacuna	Fecha	Dosis	Fabricante	Esquema	Observaciones

Antecedentes Ocupacionales

Accidentes Laborales

NO REFIERE ACCIDENTE DE TRABAJO

Enfermedad Laboral

NO REFIERE ENFERMEDAD LABORAL

Examen Fisico

Signos Vitales

Consulta es Virtual

Peso	80.9	[Kg]
Talla	1.62	[Mts]
IMC	30.83	

Interpretacion: Obesidad I

Perimetro Abdominal	95	[cm]
Frecuencia Cardiaca	74	[X min]
Frecuencia Respiratoria	18	[X min]
Temperatura	37	°C
Oximetría Cutanea	100	%SpO2
Tension Arterial	110/70	[mmhg/hg]
Lateralidad	Diestro	

Aspecto General

Descripcion aspecto general ALERTA, CONCIENTE ORIENTADA EN SUS TRES ESFERAS.

Cabeza

Cuero Cabelludo	Normal	SIN HALLAZGOS
Cara	Normal	SIN HALLAZGOS

Ojos

Parpados	Normal	SIN HALLAZGOS
Conjuntivas	Normal	SIN HALLAZGOS
Escleras	Normal	SIN HALLAZGOS
Pupilas	Normal	SIN HALLAZGOS

Fondo de Ojo SIN HALLAZGOS

Oídos

Pabellon Auricular	Normal	SIN HALLAZGOS
Conductos Auditivos	Normal	SIN HALLAZGOS
Membrana Timpanica	Normal	SIN HALLAZGOS

Otoscopia SIN HALLAZGOS

Observaciones Generales NINGUNA

Nariz

Tabique	Normal	SIN HALLAZGOS
Cornetes	Normal	SIN HALLAZGOS
Narinas	Normal	SIN HALLAZGOS
Mucosas	Normal	SIN HALLAZGOS

Boca

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

Cuello

Inspeccion	Normal	SIN HALLAZGOS
Palpacion	Normal	SIN HALLAZGOS
Auscultacion	Normal	SIN HALLAZGOS

Extremidades Superiores

Hombro	Normal	SIN HALLAZGOS
Brazo	Normal	SIN HALLAZGOS
Antebrazo	Normal	SIN HALLAZGOS

Espalda

Inspeccion	Normal	SIN HALLAZGOS
Palpacion	Normal	SIN HALLAZGOS
Puntos Dolorosos	Normal	SIN HALLAZGOS
Signos de Radiculopatia	Lasegue, Bragard	SIN HALLAZGOS

Observaciones SIN HALLAZGOS

Genito Urinario

Genitales Externos SIN MASAS, NI HERNIAS

Extremidades Inferiores

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

Observaciones SIN OBSERVACIONES

Osteomuscular

Codo	Normal	SIN HALLAZGOS
Muñeca	Normal	SIN HALLAZGOS
Mano	Normal	SIN HALLAZGOS
Dedos de la Mano	Normal	SIN HALLAZGOS
Pulsos Perifericos	Normal	SIN HALLAZGOS

Observaciones SIN OBSERVACIONES

Cardio Pulmonar

Inspeccion	Normal	SIN HALLAZGOS
Palpacion	Normal	SIN HALLAZGOS
Percusion	Normal	SIN HALLAZGOS
Auscultacion	Normal	SIN HALLAZGOS

Toráx

Inspeccion	Normal	SIN HALLAZGOS
Palpacion	Normal	SIN HALLAZGOS
Percusion	Normal	SIN HALLAZGOS
Auscultacion	Normal	SIN HALLAZGOS

Valoracion de mamas NO EXAMINADO

Abdomen

Inspeccion	Normal	SIN HALLAZGOS
Palpacion	Normal	SIN HALLAZGOS
Percusion	Normal	SIN HALLAZGOS
Auscultacion	Normal	SIN HALLAZGOS

Valoracion BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO. SIN MASAS, NI HERNIAS

	Fuerza	Movilidad Articular
MMSS	Normal	Normal
MMII	Normal	Normal
Columna	Normal	Normal

Pruebas Semiologicas

Hombro y Codo

Maniobra de Yegarson	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS
Prueba de Jobe	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS
Maniobra de Patte	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS
Prueba de Gerber	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS

Brazo y codo

Prueba Para la Epicondilitis	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS
Prueba de Thompson	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS
Prueba para la Epitrocleitis	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS

Muñeca

Signo de Tinel	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS
Signo de Phalen	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS
Prueba de Finkelstein	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS

Lumbar

Hoover	Negativo	SIN HALLAZGOS
Signo de Lassegue	Negativo	SIN HALLAZGOS
Signo de Bragard	Negativo	SIN HALLAZGOS

Cadera

Prueba Trendelemburg	Negativo	SIN HALLAZGOS

Observaciones SIN OBSERVACIONES

Miembro Inferior

Signo del Bostezo	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS
Signo del Cajon	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS
Mc Murray	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS

Neurologico

Componente Motor	Normal	SIN HALLAZGOS
Componente Sensitivo	Normal	SIN HALLAZGOS
Marcha	Normal	SIN HALLAZGOS
Coordinacion	Normal	SIN HALLAZGOS
Reflejos	Normal	SIN HALLAZGOS

Observaciones SIN HALLAZGOS

Agudeza Visual

Vision Lejana

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

Observaciones: NO REFIERE

Vision Proxima

	Sin Correccion	Con Correccion
Ojo Derecho:	-1.75M	-
Ojo Izquierdo:	-1.75M	-
Ambos Ojos:	-1.75M	-

Observaciones: NO REFIERE

Piel y Faneras

Piel	Normal	SIN HALLAZGOS
Uñas	Normal	SIN HALLAZGOS
Mucosa	Normal	SIN HALLAZGOS

Observaciones SIN HALLAZGOS

Paraclinicos

Resultado de Optometría

Diagnostico Principal
PRESBICIA
Observaciones al Diagnostico

Resultado de la Visiometría

Diagnostico Principal
Descripción de la Observación General

Resultado de Espirometría

Diagnostico Principal
Descripción de la Observación General

Resultado de Psicología Ocupacional

Concepto de Psicologia

Cumple

Diagnostico Principal
Observaciones Generales
No se observa ningún tipo de inhabilidad mental o emocional para ejercer u ocupar algún cargo.

Resultado de Exámen de Alturas

Observaciones Generales

Resultado de Audiometría

Diagnostico Principal
HIPOACUSIA, NO ESPECIFICADA
Descripción del GATI-SST
OD: AUDICION NORMAL OI: DESCENSO LEVE EN FZ CONV DE 500HZ, Y EN AGUDAS 6KHZ, MODERADA PARA 3KHZ, 4KHZ

Resultado de Fisioterapia

Diagnostico Principal
Descripción de la Observación General

Resultado de Prueba Psicosensométrica

Concepto Prueba Psicosensométrica
Observaciones Generales

Resultado de Laboratorio Clínico

GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

Campo	Resultado	Unidad	Referencia
TECNICA	.		
OBSERVACIONES			
GLUCOSA EN SUERO	97	mg/dl	

PERFIL LIPIDICO

Campo	Resultado	Unidad	Referencia
TÉCNICA	.		
COLESTEROL HDL	37	mg/dl	
COLESTEROL LDL	120	mg/dl	
COLESTEROL VLDL	20	mg/dl	
TRIGLICÉRIDOS	98	mg/dl	
COLESTEROL TOTAL	177	mg/dl	
OBSERVACIONES			

Analisis del Resultados de Laboratorios : SIN OBSERVACIONES

Diagnostico

Diagnostico 1: PRESBICIA

Diagnostico 2: HIPOACUSIA, NO ESPECIFICADA
Diagnostico 3: OBESIDAD, NO ESPECIFICADA
Diagnostico 4: 0
Diagnostico 5: 0
Diagnostico 6: 0
Diagnostico 7: 0
Diagnostico 8: 0
Diagnostico 9: 0
Diagnostico 10: 0

Observaciones al Diagnostico: SIN OBSERVACIÓN

Conducta

- [ ] Control Cardiologia
- [ ] Control Nutricion
- [ ] Control Optometria
- [ ] Cirugia General
- [ ] Control Ortopedia
- [ ] Otros
- [ ] Control Otorrinolaringologia
- [ ] Dermatologia
- [ ] Ginecologia
- [ ] Fisiatria
- [ ] Laboratorios
- [ ] Medicina General
- [ ] Neumologia
- [ ] Oftalmologia
- [ ] Medicina Interna
- [ ] Valoración por Odontología

Recomendaciones Generales: NINGUNA

Recomendaciones

Recomendaciones Generales

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

Recomendaciones Preventivas

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

Incluir en el SVE

- [ ] Visual
- [ ] Auditiva
- [ ] Respiratorio
- [ ] Ergonomico
- [ ] Quimico
- [ ] Cardiovascular - Metabolico
- [ ] Psicosocial

Ocupacional - Controles

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

Limitaciones o restricciones:

-PACIENTE NO TRAE GAFAS, REQUIERE USO DE CORRECCIÓN OPTICA PARA FIJACIÓN PROLONGADA
-SE SUGIERE VALORACION POR NUTRICION PARA DISMINUIR DE PESO.
-INICIAR HABITOS DE VIDA SALUDABLE, CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS CINCO VECES AL DIA, EVITAR CONSUMO DE ALIMENTOS RICOS EN GRASA, HARINAS Y AZUCARES, REALIZAR ACTIVIDAD FISI CA MINIMO TRES VECES POR SEMANA.
-EN EL TRABAJO USO DE EPP

Recomendaciones para la empresa: NINGUNA

Clasificacion

Concepto por Tipo de Evalución **- Ingreso**

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones al concepto: CONTROL DE PESO EN SU EPS

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

CASO DESCARTADO

Observaciones al Enfasis: NO REFIERE

Consentimiento Informado del Trabajador

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





Nombre Profesional: AMIRA ROSA CASTRO OSPINA 0

Registro Profesional: 474902001

Licencia Profesional: 78592022

Nombre del Paciente: **ALBA JANNETH CLAVIJO PINEDA**

Identificacion del Paciente: **CC - 40399465**

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

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA INICIAL

Nombre: Alba Janneth Clavijo Pineda
Edad: 50 años
Empresa: A Quien le interese
Identificación: 40399465
Nivel Educativo: Profesional

La candidata se encuentra separada hace 7 años, refiere tener dos hijos (24-21 años), es licencianda en ciencias de la economía, nacida en Villavicencio (Meta), esta orientado en sus tres esferas (tiempo, lugar y espacio), no presenta antecedentes de enfermedades mentales o medicas en su familia, durante la evaluación se muestra con adecuada disposición, buen tono de voz y postura corporal, posiblemente es estable emocionalmente, es una persona que tiene como metas a corto plazo trabajar y quiere a largo plazo viajar, no refiere consumo, dependencias o abuso de drogas u alcohol, sin dificultades en procesos de sueño y vigilia, coeficiente dentro el rango de aprobación. Alba presenta ausencia de trastornos psicopatológicos, es alguien tranquila que no busca riesgo en su vida, confía poco en las personas que la rodean. no presenta ideas obsesivas ni refiere fobias, sin predisposición suicida.

Resultados obtenidos del Tepsiar – LN Deter TEST M-7P

INTELIGENCIA PRACTICA				
Disposicion frente a la prueba	10.9 a 10.10 - 12.4	<> Deficiente		Excelente
Desarrollo de la prueba	10.9 a 10.10 - 12.4	<> Deficiente		Excelente
Manejo del equipo	10.9 a 10.10 - 12.4	<> Deficiente		Excelente

TIPO DE PERSONALIDAD PATOLÓGICA				
EXAMEN	Parametros			
Neuroticismo	10.1 a 10.11	Neuroticismo (0 a 3)		0
Paranoidismo	10.1 a 10.11	Paranoidismo (0 a 1)		2
Agitación	10.1 a 10.11	Agitación (0 a 3)		2
Fuerza del yo	10.1 a 10.11	Fuerza del Yo (0 a 3)		0
Psicastenia	10.1 a 10.11	Psicastenia (0 a 3)		2
Hipocondría	10.1 a 10.11	Hipocondria (0 a 2)		0
Predisposicion al suicidio	10.1 a 10.11	Predisposición al suicidio (0 a 1)		0
Trastorno del Sueño	10,6	Trastorno del sueño(0 a 3)		0
Trastorno del desarrollo Intelectual	10.9	Trastorno del desarrollo intelectual >= 70		

TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS				
11.1 a 11.3. Consumo de alcohol		NO		NO
11.4 a 11.7. Consumo o dependencia de drogas psicoactivas		NO		NO
11.4 a 11.7. Consumo o dependencia de medicamentos		NO		NO

Resultado: No se observa ningún tipo de inhabilidad mental o emocional para ejercer u ocupar algún cargo.

Yeimmy Álvarez Céspedes
Psicologa
Reg. 154295

INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S.

Código del Prestador: **No. Identificación:** 901200839-9
Dirección: CALLE 15 N° 37L 10 ET 8 B. ESPERANZA
Teléfono: 6668018-3176678051
Web: integrarsalud.isismaweb.com
Email: gerencia@integrarips.com

Descripcion del Informe

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

Fecha de Impresión: **2023/02/02 12:29:05**
Impreso por: **SHIRLEY MORENO BUSTOS 0**

Datos del Paciente

Identificación:	**CC - 40399465**	Nro Historia:	**40399465**
Paciente:	**CLAVIJO PINEDA ALBA JANNETH**	Nro Ingreso:	**20230202020127**
Fecha Nac:	**1973/11/30**	Fecha Atención:	**2023-02-02 10:06:42.000**
Dirección:	**0**	Tipo Evaluación:	**Ingreso**
Edad:	**49 años**	Enfasis:	**Anexo Osteomuscular**
Sexo:	**Femenino**		
Teléfono:	**00**		
Nombre del Cargo:	**INSTRUCTOR**		

Optometria - Anamnesis

EXAMEN DE INGRESO, USA RX OPTICA DE CERCA, NO TRAE RX EN USO

Optometria - Antecedentes Quirurgicos

Refractiva	No	NO REFIERE
Catarata	No	NO REFIERE
Pterigio:	No	NO REFIERE
Otra:	NO REFIERE	

Usa correccion visual: No - NO REFIERE

Permanente ☐ Lejos ☐ Cerca ☐ Descanso ☐

Ultimo Examen: De 0 a 6 meses

Optometria - Antecedentes Personales

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

Optometria - Antecedentes Laborales

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

Otros Antecedentes: NO REFIERE

Optometria - Sintomas

- ☐ Fotofobia
- ☐ Lagrimeo
- ☐ Ardor
- ☐ Ojo Rojo
- ☐ Vision Borrosa
- ☐ Vision Doble
- ☑ Mala Vision Cercana
- ☐ Mala Vision Lejana
- ☐ Cefalea

Otros Sintomas: NO REFIERE

Optometria - Examen Externo

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

Optometria - Rx en Uso

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

Optometria - Agudeza Visual

Visión Lejana

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

Visión Próxima

	Sin Correccion
Ojo derecho	-1.75M
Ojo izquierdo	-1.75M
Ambos Ojos	-1.75M
Observaciones	NO REFIERE

Optometria - Vision

	Normal	Anormal
Cromatica	-NORMAL	-
Profundidad	-	-
Observaciones	NO REFIERE	

Optometria - Motilidad Ocular

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

Optometria - Oftalmoscopía

Ojo Derecho: MEDIOS TRANSPARENTES, POLO POSTERIOR APARENTEMENTE SANO

Ojo Izquierdo: MI APARENTEMENTE

Optometria - Retinoscopía

Ojo Derecho: NEUTRO

Ojo Izquierdo: NE

Optometria - Queratometría

Ojo Derecho: NORMAL

Ojo Izquierdo: NO

Optometria - Refraccion

RX Final

	Esfera	Cilindro	Eje	v.Lejana	v.Proxima	PH
OD	NEUTRO	NO REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE	NO RE
OI	NEUTRO	NO REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE	NO RE

Adición de Lente:	OD:1.75 - OI:1.75
Altura Focal:	NO REFIEREmm
Tipo Lente:	NO REFIERE
Uso:	NO REFIERE
Observaciones:	NO REFIERE

Distan

Optometria - Diagnosticos

Diagnostico Principal: PRESBICIA
Observaciones al Diagnostico:
Diagnostico Relacionado 1:
Diagnostico Relacionado 2:
Diagnostico Relacionado 3:

Optometria - Conducta

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

Descripcion de la Conducta

NO REFIERE

Optometria - Recomendaciones

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

Observaciones de las Recomendaciones: - SE EXPLICA ESTADO DE SALUD VISUAL - PACIENTE NO TRAE GAFAS, REQUIERE USO DE CORRECCIÓN OPTICA PARA FIJACIÓN PROLONGADA (USO DE PC, LECTURA) - USO I
SUPERFICIE OCULAR - REALIZAR CONTROLES ANUALES

Optometria - Remisiones

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

Otras Remisiones: NO REFIERE

Optometria - Controles

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

Optometria - Resultado

Resultado de Optometría No Interviene

* Descripcion de la observacion general
- SE EXPLICA ESTADO DE SALUD VISUAL - PACIENTE NO TRAE GAFAS, REQUIERE USO DE CORRECCIÓN OPTICA PARA FIJACIÓN PROLONGADA (USO DE PC, LECTURA) - USO DE EPIS- FILTR
SUPERFICIE OCULAR - REALIZAR CONTROLES ANUALES

Consentimiento Informado del Trabajador

Autorizo al médico quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. E
consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No pue
vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo



Nombre Profesional: LAURA NATALIA VEGA GONZALEZ 0

Registro Profesional: 584



Nombre del Paciente: **ALBA ' CLAVIJO PINEDA**

Identificacion del Paciente: **CC - 40399465**

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

INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S.

Código del Prestador: **No. Identificación:** 901200839-9
Dirección: CALLE 15 N° 37L 10 ET 8 B. ESPERANZA
Teléfono: 6668018-3176678051
Web: integrarsalud.isismaweb.com
Email: gerencia@integrarips.com

Descripcion del Informe

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

Fecha de Impresión: **2023/02/02 12:28:55**
Impreso por: **SHIRLEY MORENO BUSTOS 0**

Datos del Paciente

Identificación:	**CC - 40399465**	Nro Historia:	**40399465**
Paciente:	**CLAVIJO PINEDA ALBA JANNETH**	Nro Ingreso:	**20230202020127**
Fecha Nac:	**1973/11/30**	Fecha Atención:	**2023-02-02 10:06:42.000**
Dirección:	**0**	Tipo Evaluación:	**Ingreso**
Edad:	**49 años**	Enfasis:	**Anexo Osteomuscular**
Sexo:	**Femenino**		
Teléfono:	**00**		
Nombre del Cargo:	**INSTRUCTOR**		

Audiometria - Antecedentes personales

Otologicos

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

Sintomaticos

	Presenta	Descripcion
Sintomas Oído	No	NO REFIERE
Sintomas Nariz	No	NO REFIERE
Sintomas Garganta	No	NO REFIERE

Extralaborales

	Presenta	Descripcion
Servicio Militar	No	NO REFIERE
Otros Extralaborales	NO REFIERE	

Patologicos

	Presenta	Descripcion
Parotiditis	No	NO REFIERE
Sarampión	No	NO REFIERE
Rubeola	No	NO REFIERE
Alteración de Tiroides	No	NO REFIERE
Otros Patologicos	NO REFIERE	

Traumaticos

	Presenta	Descripcion
Trauma Craneoencefálico	No	NO REFIERE
Trauma Directo	No	NO REFIERE
Trauma Acústico	No	NO REFIERE
Otros Traumaticos	NO REFIERE	

Quirurgicos

	Presenta	Descripcion
Cirugia de Oído	No	NO REFIERE
Cirugia de Garganta	No	NO REFIERE
Cirugia de Nariz	No	NO REFIERE
Cirugia de Cabeza y Cuello	Si	TIMPANOPLASTIA
Timpanoplastia	No	NO REFIERE
Otros Quirurgicos	NO REFIERE	

Toxicos y Farmacos

	Presenta	Descripcion
Medicamentos Ototoxicos	No	NO REFIERE
Fármacos	No	NO REFIERE
Tóxicos Industriales	No	NO REFIERE
Ultima Audiometria Realizada	De 0 a 6 meses	Normal
Observaciones	NO REFIERE	

Audiometria - Habitos

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

Audiometria - Examen Fisico

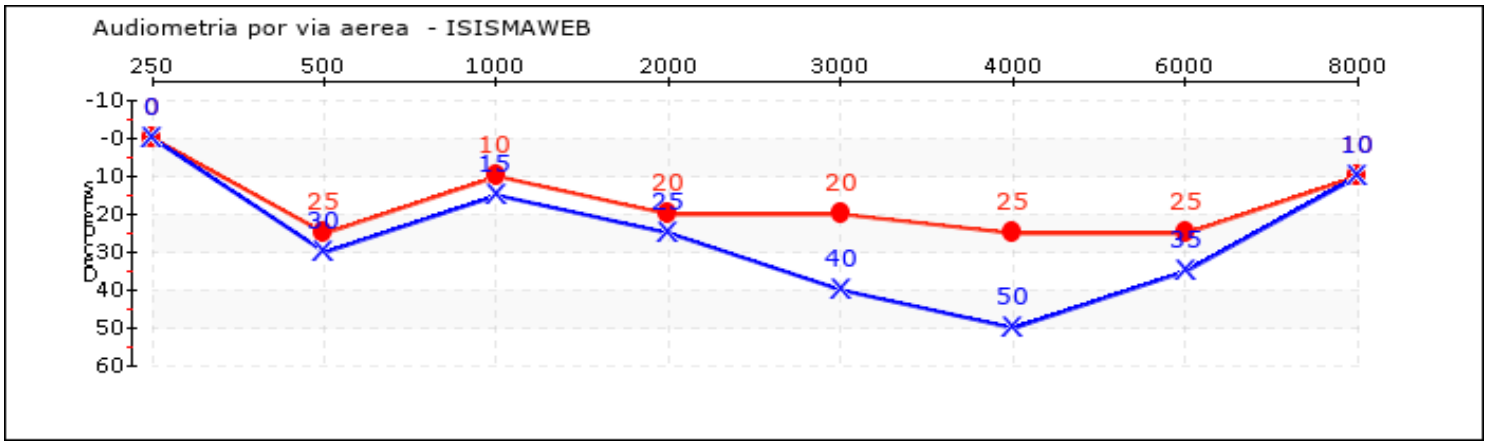
OIDO DERECHO

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

OIDO IZQUIERDO

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

Audiometria - Grafica



Audiometria - Audiograma Actual

Tipo de Examen: Via Aerea

PTA (5123)

OI 27.5 dB

OD 18.75 dB

Frecuencias

250	500	1.000	2.000	3.000	4.000	6.000	8.000	Oido
0	25	10	20	20	25	25	10	**Derecho**
0	30	15	25	40	50	35	10	**Izquierdo**

Audiometria - Audiograma Anterior

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

Audiometria - Audiograma Diferencia

Cambio Significativo: No

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

Observaciones

NO REFIERE

Audiometria - Recomendaciones

- [ ] Remision ORL
- [ ] Rotar Diadema Telefonica
- [ ] Uso de EPP Auditivo
- [ ] Pausa Auditiva
- [ ] Conducir con ventanas cerradas
- [ ] Lavado de Oido
- [ ] Pruebas Complementarias
- [ ] Limpieza OI
- [ ] Limpieza OD
- [ ] Elemento de proteccion

Audiometria - Controles

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

Audiometria - Impresion Diagnostica

Diagnostico Principal	HIPOACUSIA, NO ESPECIFICADA
Diagnostico Interno	DISMINUCION LEVE ODIO IZQUIERDO
Descripción del GATI-SST	OD: AUDICION NORMAL OI: DESCENSO LEVE EN FZ CONV DE 500HZ, Y EN AGUDAS 6KHZ, MODERADA PARA 3KHZ, 4KHZ
Diagnostico Rel 1	
Diagnostico Rel 2	
Diagnostico Rel 3	
Diagnostico Bilateral	HIPOACUSIA DE GRADO LEVE OI, AUDICION NORMAL OD
Diagnostico O.D	AUDICION NORMAL OD
Diagnostico O.I	AUDICION FUNCIONAL OI

Audiometria - Resultado

Resultado de Audiometría: No Interviene

* Descripcion del Resultado general

HIPOACUSIA DE GRADO LEVE OI, AUDICION NORMAL OD CONTROL ANUAL Y AUTOCUIDADO AUDITIVO

Consentimiento Informado del Trabajador

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





Nombre Profesional: DANIELA GUERRERO ALVAREZ

Registro Profesional: 1102883825

Nombre del Paciente: **ALBA JANNETH CLAVIJO PINEDA**

Identificacion del Paciente: **CC - 40399465**

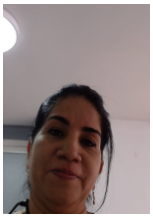
Todos los derechos reservados Innovasoft Colombia S.A.S.

INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S.

No. Identificación	901200839-9
Dirección:	CALLE 15 N° 37L 10 ET 8 B. ESPERANZA
Telefono:	6668018-3176678051
Email:	gerencia@integrarips.com

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en ANEXO OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	VILLAVICENCIO - 2023/02/02	Nro Ingreso:	20230202020127
Paciente:	ALBA JANNETH CLAVIJO PINEDA	CC:	40399465
Edad:	49 años	Nombre Cliente:	PARTICULAR
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	INSTRUCTOR	Convenio:	PARTICULAR
Orígen:	SENA	Destino:	SENA
Fecha Atención:	2023-02-02 10:06:42		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

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

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	CONTROL DE PESO EN SU EPS
ENFASIS - ANEXO OSTEOMUSCULAR:	Definicion de caso para el SVE desordenes Osteomusculares **CASO DESCARTADO**

Recomendaciones Generales

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

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

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

Recomendaciones Específicas

-PACIENTE NO TRAE GAFAS, REQUIERE USO DE CORRECCIÓN OPTICA PARA FIJACIÓN PROLONGADA -SE SUGIERE VALORACION POR NUTRICION PARA DISMINUIR DE PESO. -INICIAR HABITOS DE VIDA SALUDABLE, CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS CINCO VECES AL DIA, EVITAR CONSUMO DE ALIMENTOS RICOS EN GRASA, HARINAS Y AZUCARES, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA MINIMO TRES VECES POR SEMANA. -EN EL TRABAJO USO DE EPP

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





Profesional Ocupacional: AMIRA ROSA CASTRO OSPINA 0

Registro M.D: 474902001

Licencia S.O: 78592022

Firma del Paciente: ALBA JANNETH CLAVIJO PINEDA

Identificacion: CC. - 40399465

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

Certificación Bancaria

Lunes, 25 de septiembre de 2023

Señores:
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **ALBA JANNETH CLAVIJO PINEDA** identificado(a) con cc. **40399465** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
Cuenta de ahorro	844-510238-95	2009/06/23	Activa

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto país 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

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

Dorian Gutiérrez Correa
Gerente Corresponsales Bancarios y Autoservicios

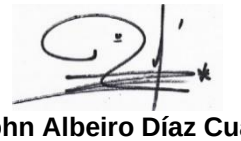
FORMATO
ACTA DE INICIO

CONTRATO No:	**CO1.PCCNTR. 5427317**
TIPO DE CONTRATO:	Prestación de Servicios
OBJETO:	Prestar servicios personales de carácter temporal para orientar acciones de formación en los programas regular ofertados por el Centro de Industria y Servicios del Meta, de acuerdo a los perfiles profesionales y diseño curricular en ejecución para la Oferta CISM 2023
VALOR:	9.311.820 COP
CONTRATISTA:	Alba Janneth Clavijo Pineda
NIT:	CC: 40.399.465 de Villavicencio - Meta
REPRESENTANTE LEGAL:	Stella Loboa Vásquez
SUPERVISOR DESIGNADO:	John Albeiro Díaz Cuadro
PLAZO:	75 días
LUGAR DE EJECUCIÓN:	**Villavicencio – Meta**

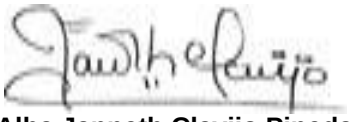
En la ciudad de Villavicencio a los tres (03) días del mes de octubre de 2023, entre los suscritos **Stella Loboa Vásquez** identificada con Cedula de Ciudadanía No. 40.378.782 de Villavicencio en calidad de Subdirectora (E) del Centro de Industria y Servicios del Meta, por el SENA, y por la otra parte **Alba Janneth Clavijo Pineda**, identificada con cédula de ciudadanía No. 40.399.465 de Villavicencio (Meta) en calidad de CONTRATISTA, hemos convenido suscribir el acta de inicio del contrato No. **CO1.PCCNTR. 5427317** de 2023, bajo los términos que anteceden y los siguientes:

Número y fecha del registro presupuestal: 85123 del 03 de Octubre del 2023
Fecha de aprobación de las garantías: 03 de Octubre del 2023
Fecha de inicio: 03 de Octubre del 2023
Fecha de Terminación: 15 de Diciembre del 2023

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



John Albeiro Díaz Cuadro
COORDINADOR JORNADA MIXTA



Alba Janneth Clavijo Pineda
EL CONTRATISTA

Elaboró: Edwin Allende Viáfara Barrera
Apoyo Supervisión
Coordinación Jornada Mixta

Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto Comprobante

Usuario Solicitante:	MHapadillb	ALEXANDER PADILLA BARRERA
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	36-02-00-050-953210	CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META
Fecha y Hora Sistema:	2023-10-03-11:49 a. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

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

Número:	85123	**Fecha Registro:**	2023-10-03	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**	36-02-00-050-953210 CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META		
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generado		**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:** 0,00
Valor Inicial:	9.311.820,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00		**Valor Actual:**	9.311.820,00	**Saldo x Obligar:** 9.311.820,00

TERCERO ORIGINAL

Identificacion: Cédula de Ciudadanía	40399465	**Razón Social:**	ALBA JANNETH CLAVIJO PINEDA	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Número:	84451023895	**Banco:**	BANCOLOMBIA S.A.	**Tipo:**	Ahorro	**Estado:**	Activa

ORDENADOR DEL GASTO

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

CAJA MENOR				VIÁTICOS				DOCUMENTO SOPORTE					
Identificación:		**Fecha de Registro:**		**Genera Viáticos:**	No	**Num. Solicitud de Comisión:**		**Número:**	CO1.PCCNTR.5427317	**Tipo:**	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS - PROFESIONALES	**Fecha:**	2023-10-03

ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACIÓN	VALOR INICIAL	VALOR OPERACIÓN	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
953245 CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION	C-3603-1300-14-0-3603025-02 ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL DEL SENA NACIONAL	Propios	27	CSF		9.311.820,00	0,00		
					Total:	9.311.820,00	0,00	9.311.820,00	9.311.820,00

Objeto:	CO1.PCCNTR.5427317; Prestar servicios personales de carácter temporal para orientar acciones de formación en los programas regulares ofertados

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		POSICION DEL CATALOGO DE PAC		FECHA	VALOR A PAGAR	SALDO POR OBLIGAR	LINEA DE PAGO
36-02-00-050-953210	CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META	9-1	INVERSION PROPIOS CSF	2023-10-31	3.649.227,00	3.649.227,00	NINGUNO
36-02-00-050-953210	CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META	9-1	INVERSION PROPIOS CSF	2023-11-30	3.775.062,00	3.775.062,00	NINGUNO
36-02-00-050-953210	CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META	9-1	INVERSION PROPIOS CSF	2023-12-20	1.887.531,00	1.887.531,00	NINGUNO

RAFAEL ANTONIO GALARZA MOJICA

COORDINADOR GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO

seguros mundial®
tu compañía siempre

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

Digitally signed by COMPANIA MUNDIAL DE SEGUROS S A
Date: 2023.10.03 15:46:46 -05:00

Código de Seguridad: 4OgaVRstVGEYvVEDnWkWuQ==

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

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO

ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082

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

No. PÓLIZA	CV-100036301	No. ANEXO	0	No. CERTIFICADO	24113326	No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO				FECHA DE EXPEDICIÓN	03/10/2023	SUC. EXPEDIDORA	AG.VILLAVICENCIO

VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	
00:00 Horas Del	02/10/2023	24:00 Horas Del	15/04/2024		N/A	N/A	N/A	N/A

TOMADOR	CLAVIJO PINEDA, ALBA JANNETH	No. DOC. IDENTIDAD	40.399.465
DIRECCIÓN	CALLE 30 NO 14A 23 CEDRIOS	TELÉFONO	3202473851
ASEGURADO	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	No. DOC. IDENTIDAD	899.999.034-1
DIRECCIÓN	CRA 48 #6-40	TELÉFONO	6825264
BENEFICIARIO	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	No. DOC. IDENTIDAD	899.999.034-1
DIRECCIÓN	CRA 48 #6-40	TELÉFONO	6825264

OBJETO DE CONTRATO

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO No.CO1.PCCNTR.5427317 , CUYO OBJETO ES

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

NOMBRE DEL AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA$	VALOR PRIMA$
CUMPLIMIENTO	00:00 Horas Del 02/10/2023	24:00 Horas Del 15/04/2024	943.765,50	20.000,00
		TOTAL ASEGURADO	$ 943.765,50	

INTERMEDIARIOS	TIPO	% PARTICIPACIÓN
SEGUROS FENIX LTDA	AGENCIAS	100,00

DISTRIBUCIÓN COASEGURO

COMPAÑÍA	TIPO COASEGURO	PÓLIZA LÍDER	CERTIF. LÍDER	% PARTICIPACIÓN

PRIMA BRUTA	$	20.000,00
DESCUENTOS	$	
EXTRA PRIMA		
PRIMA NETA	$	20.000,00
GASTOS EXP.	$	5.000,00
IVA	$	4.750,00
TOTAL A PAGAR	$	29.750,00

CONVENIO DE PAGO	DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 03/10/2023

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, SUMINISTRAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE Y REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR LO MENOS ANUALMENTE (CIRCULAR EXTERNA 026 DE 2008 SUPERFINANCIERA).

CONSULTA LA AUTENTICIDAD DE ESTA POLIZA INGRESANDO A PRODUCTOS.MUNDIALSEGUROS.COM.CO, DIGITA EL NÚMERO DEL CERTIFICADO QUE ENCUENTRAS EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTE DOCUMENTO Y VIVE LA EXPERIENCIA DE ESTAR ASEGURADO CON EL RESPALDO DE SEGUROS MUNDIAL. TAMBIEN PUEDES LLAMAR A LA LINEA NACIONAL 01 8000 111 935 O LÍNEA EN BOGOTÁ 327 47 12 / 13.

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, **LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.**
EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARATULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTICIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASI COMO LAS GARANTÍAS, EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMARLA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.
ANGELA MUNAR - VICEPRESIDENTE DE PRODUCTO
C.C. 52.646.070

TOMADOR

Lineas de Atención al Cliente:
- Nacional: **01 8000 111 935**
- Bogotá: **327 4712 - 327 4713**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

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

seguros mundial®

tu compañía siempre

GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES (DECRETO 1082 DE 2015)

1. RIESGOS AMPAROS

LA ASEGURADORA OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA HASTA EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARATULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA SERÁN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA NO PODRÁ RECLAMAR O TOMAR EL VALOR DE UN AMPARO PARA CUBRIR O INDEMNIZAR EL VALOR DE OTROS. ESTOS NO SON ACUMULABLES Y SON EXCLUYENTES ENTRE SI, SEGÚN LAS DEFINICIONES Y ALCANCE QUE A CONTINUACIÓN SE ESTIPULAN:

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA

LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUBRE LA SANCIÓN DERIVADA DEL INCUMPLIMIENTO DE LA OFERTA, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

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

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

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

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

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

ESTE AMPARO CUBRE LOS PERJUICIOS SUFRIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL CON OCASIÓN DE:
(I) LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO;
(II) EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO; Y
(III) LA APROPIACIÓN INDEBIDA DE LOS RECURSOS RECIBIDOS EN CALIDAD DE ANTICIPO.

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO

ESTE AMPARO CUBRE LOS PERJUICIOS SUFRIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL POR LA NO DEVOLUCIÓN TOTAL O PARCIAL DEL DINERO ENTREGADO AL CONTRATISTA A TÍTULO DE PAGO ANTICIPADO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR.

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

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO

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

1.5 AMPARO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES

ESTE AMPARO DEBE CUBRIR A LA ENTIDAD ESTATAL DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES DEL CONTRATISTA DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADO EN EL TERRITORIO NACIONAL PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO AMPARADO.

LA ENTIDAD ESTATAL NO DEBE EXIGIR UNA GARANTÍA PARA CUBRIR ESTE RIESGO EN LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL CON PERSONAL CONTRATADO BAJO UN RÉGIMEN JURÍDICO DISTINTO AL COLOMBIANO.

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE OBRA.

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS POR CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, IMPUTABLE AL CONTRATISTA, SUFRIDO POR LA OBRA ENTREGADA A SATISFACCIÓN.

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO.

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL POR LOS PERJUICIOS DERIVADOS DE LA DEFICIENTE CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO

1.8 AMPARO DE CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES

ESTE AMPARO CUBRE LA CALIDAD Y EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES QUE RECIBE LA ENTIDAD ESTATAL EN CUMPLIMIENTO DE UN CONTRATO.

1.9 RESPONSABILIDAD FISCAL

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

seguros mundial® tu compañía siempre

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

2. EXCLUSIONES

LOS AMPAROS PREVISTOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO OPERARAN EN LOS CASOS SIGUIENTES:

2.1 CAUSA EXTRAÑA, ESTO ES LA FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO, EL HECHO DE UN TERCERO O LA CULPA EXCLUSIVA DE LA VICTIMA).
2.2 DAÑOS CAUSADOS POR EL CONTRATISTA A LOS BIENES DE LA ENTIDAD NO DESTINADOS AL CONTRATO.
2.3 USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO AL QUE ESTE OBLIGADA LA ENTIDAD ESTATAL.
2.4 EL DETERIORO NORMAL QUE SUFRAN LOS BIENES ENTREGADOS CON OCASIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, COMO CONSECUENCIA DEL TRANSCURSO DEL TIEMPO.

3. SUMA ASEGURADA

LA SUMA ASEGURADA DETERMINADA PARA CADA AMPARO EN LA CARATULA DE ESTA PÓLIZA, DELIMITA LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO.

4. VIGENCIA

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA, SE HARÁ CONSTAR EN LA CARATULA O EN SUS ANEXOS. EN LOS CONTRATOS DE QUE TRATA EL ARTÍCULO 2.2.1.2.3.1.3 DEL DECRETO 1082 DE 2015, EL GARANTE TIENE LA FACULTAD LEGAL DE DECIDIR NO GARANTIZAR LA ETAPA SIGUIENTE, CASO EN EL CUAL DEBE INFORMAR SU DECISIÓN POR ESCRITO A LA ENTIDAD ESTATAL GARANTIZADA SEIS (6) MESES ANTES DEL VENCIMIENTO DEL PLAZO DE LA GARANTÍA. ESTE AVISO NO AFECTA LA GARANTÍA DE LA ETAPA CONTRACTUAL O PERÍODO CONTRACTUAL EN EJECUCIÓN. SI EL GARANTE NO DA EL AVISO CON LA ANTICIPACIÓN MENCIONADA Y EL CONTRATISTA NO OBTIENE UNA NUEVA GARANTÍA, QUEDA OBLIGADO A GARANTIZAR LA ETAPA DEL CONTRATO O EL PERÍODO CONTRACTUAL SUBSIGUIENTE.

seguros mundial® tu compañía siempre

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA

DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 1077 EN CONCORDANCIA CON EL ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DEBERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y ACREDITAR LA CUANTÍA DE LA PERDIDA PREVIO AGOTAMIENTO DEL DERECHO DE DEFENSA DEL CONTRATISTA Y DEL GARANTE, DE LA SIGUIENTE FORMA:

5.1 EN CASO DE CADUCIDAD, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011, POR MEDIO DEL ACTO ADMINISTRATIVO EN EL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL DECLARE LA CADUCIDAD DEL CONTRATO Y ORDENE EL PAGO AL CONTRATISTA Y AL GARANTE, BIEN SEA DE LA CLÁUSULA PENAL O DE LOS PERJUICIOS QUE HA CUANTIFICADO. EL ACTO ADMINISTRATIVO DE CADUCIDAD CONSTITUYE EL SINIESTRO.

5.2 EN CASO DE APLICACIÓN DE MULTAS, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011, POR MEDIO DEL ACTO ADMINISTRATIVO EN EL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL IMPONE MULTAS, DEBE ORDENAR EL PAGO AL CONTRATISTA Y AL GARANTE. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE CONSTITUYE EL SINIESTRO.

5.3 EN LOS DEMÁS CASOS DE INCUMPLIMIENTO, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011, POR MEDIO DEL ACTO ADMINISTRATIVO EN EL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL DECLARE EL INCUMPLIMIENTO, PUEDE HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL, SI ESTÁ PACTADA EN EL CONTRATO, Y ORDENAR SU PAGO AL CONTRATISTA Y AL GARANTE. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ES LA RECLAMACIÓN PARA LA COMPAÑÍA DE SEGUROS.

6. PROCEDIMIENTO PARA LA IMPOSICIÓN DE MULTAS, SANCIONES Y DECLARATORIAS DE INCUMPLIMIENTO.

LAS ENTIDADES SOMETIDAS AL ESTATUTO GENERAL DE CONTRATACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA PODRÁN DECLARAR EL INCUMPLIMIENTO, CUANTIFICANDO LOS PERJUICIOS DEL MISMO, IMPONER LAS MULTAS Y SANCIONES PACTADAS EN EL CONTRATO, Y HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL. PARA TAL EFECTO OBSERVARAN EL SIGUIENTE PROCEDIMIENTO:

A) EVIDENCIADO UN POSIBLE INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA, LA ENTIDAD PÚBLICA LO CITARA A AUDIENCIA PARA DEBATIR LO OCURRIDO. EN LA CITACIÓN, HARÁ MENCIÓN EXPRESA Y DETALLADA DE LOS HECHOS QUE LA SOPORTAN, ACOMPAÑANDO EL INFORME DE INTERVENTORÍA O DE SUPERVISIÓN EN EL QUE SE SUSTENTE LA ACTUACIÓN Y ENUNCIARA LAS NORMAS O CLAUSULAS POSIBLEMENTE VIOLADAS Y LAS CONSECUENCIAS QUE PODRÍAN DERIVARSE PARA EL CONTRATISTA EN DESARROLLO DE LA ACTUACIÓN. EN LA MISMA SE ESTABLECERÁ EL LUGAR, FECHA Y HORA PARA LA REALIZACIÓN DE LA AUDIENCIA, LA QUE PODRÁ TENER LUGAR A LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE, ATENDIDA LA NATURALEZA DEL CONTRATO Y LA PERIODICIDAD ESTABLECIDA PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES. EN EL EVENTO EN QUE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CONSISTA EN PÓLIZA DE SEGUROS, EL GARANTE SERÁ CITADO DE LA MISMA MANERA;

B) EN DESARROLLO DE LA AUDIENCIA, EL JEFE DE LA ENTIDAD O SU DELEGADO, PRESENTARÁ LAS CIRCUNSTANCIAS DE HECHO QUE MOTIVAN LA ACTUACIÓN, ENUNCIARÁ LAS POSIBLES NORMAS O CLÁUSULAS POSIBLEMENTE VIOLADAS Y LAS CONSECUENCIAS QUE PODRÍAN DERIVARSE PARA EL CONTRATISTA EN DESARROLLO DE LA ACTUACIÓN. ACTO SEGUIDO SE CONCEDERÁ EL USO DE LA PALABRA AL REPRESENTANTE LEGAL DEL CONTRATISTA O A QUIEN LO REPRESENTE, Y AL GARANTE, PARA QUE PRESENTEN SUS DESCARGOS, EN DESARROLLO DE LO CUAL PODRÁ RENDIR LAS EXPLICACIONES DEL CASO, APORTAR PRUEBAS Y CONTROVERTIR LAS PRESENTADAS POR LA ENTIDAD;

C) HECHO LO PRECEDENTE, MEDIANTE RESOLUCIÓN MOTIVADA EN LA QUE SE CONSIGNE LO OCURRIDO EN DESARROLLO DE LA AUDIENCIA Y LA CUAL SE ENTENDERÁ NOTIFICADA EN DICHO

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

ACTO PÚBLICO, LA ENTIDAD PROCEDERÁ A DECIDIR SOBRE LA IMPOSICIÓN O NO DE LA MULTA, SANCIÓN O DECLARATORIA DE INCUMPLIMIENTO. CONTRA LA DECISIÓN ASÍ PROFERIDA SÓLO PROCEDE EL RECURSO DE REPOSICIÓN QUE SE INTERPONDRÁ, SUSTENTARÁ Y DECIDIRÁ EN LA MISMA AUDIENCIA. LA DECISIÓN SOBRE EL RECURSO SE ENTENDERÁ NOTIFICADA EN LA MISMA AUDIENCIA;

D) EN CUALQUIER MOMENTO DEL DESARROLLO DE LA AUDIENCIA, EL JEFE DE LA ENTIDAD O SU DELEGADO, PODRÁ SUSPENDER LA AUDIENCIA CUANDO DE OFICIO O A PETICIÓN DE PARTE, ELLO RESULTE EN SU CRITERIO NECESARIO PARA ALLEGAR O PRACTICAR PRUEBAS QUE ESTIME CONDUCENTES Y PERTINENTES, O CUANDO POR CUALQUIER OTRA RAZÓN DEBIDAMENTE SUSTENTADA, ELLO RESULTE NECESARIO PARA EL CORRECTO DESARROLLO DE LA ACTUACIÓN ADMINISTRATIVA. EN TODO CASO, AL ADOPTAR LA DECISIÓN, SE SEÑALARÁ FECHA Y HORA PARA REANUDAR LA AUDIENCIA. LA ENTIDAD PODRÁ DAR POR TERMINADO EL PROCEDIMIENTO EN CUALQUIER MOMENTO, SI POR ALGÚN MEDIO TIENE CONOCIMIENTO DE LA CESACIÓN DE SITUACIÓN DE INCUMPLIMIENTO.

7. COMPENSACIÓN

SI LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA AL MOMENTO DE TENER CONOCIMIENTO DEL INCUMPLIMIENTO, O CON POSTERIORIDAD A ESTE O DEL RESULTADO DE LA LIQUIDACIÓN, FUERE DEUDORA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO POR CUALQUIER CONCEPTO, SE APLICARA LA COMPENSACIÓN Y LA INDEMNIZACIÓN SE DISMINUIRÁ EN EL MONTO DE LAS ACREENCIAS, SEGÚN LA LEY, DE CONFORMIDAD CON LO SEÑALADO EN LOS ARTÍCULOS 1417 Y SS. DEL CÓDIGO CIVIL. IGUALMENTE DISMINUIRÁ EL VALOR DE LA INDEMNIZACIÓN, EL CORRESPONDIENTE A LOS BIENES QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA HAYA OBTENIDO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO JUDICIAL O EXTRAJUDICIALMENTE, EN EJERCICIO DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO CUYO CUMPLIMIENTO SE GARANTIZA POR LA PRESENTE PÓLIZA.

8. PAGO DEL SINIESTRO.

LA ASEGURADORA PAGARA EL VALOR DEL SINIESTRO, ASÍ:

8.1 PARA EL CASO PREVISTO EN EL NUMERAL 5.1, DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE CON TAL FIN HAGA LA ENTIDAD CONTRATANTE PARA RECLAMAR EL PAGO, ACOMPAÑADA DE UNA COPIA AUTENTICA DEL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EJECUTORIADO Y DEL ACTA DE LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO O DE LA RESOLUCIÓN EJECUTORIADA QUE ACOJA LA LIQUIDACIÓN UNILATERAL.

8.2 PARA EL CASO DEL NUMERAL 5.2, DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE HAGA LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, ACOMPAÑADA DE LA COPIA AUTENTICA DEL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EJECUTORIADO, JUNTO CON LA CONSTANCIA DE LA ENTIDAD ESTATAL DE LA NO EXISTENCIA DE SALDOS A FAVOR DEL CONTRATISTA RESPECTO DE LOS CUALES SE PUEDA APLICAR LA COMPENSACIÓN DE QUE TRATA LA CONDICIÓN SEXTA DE ESTE CLAUSULADO, O EN LA QUE CONSTE LA DISMINUCIÓN EN EL VALOR A INDEMNIZAR EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN.

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

8.3 PARA EL CASO PRESENTADO EN EL NUMERAL 5.3, DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE CON TAL FIN HAGA LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, ACOMPAÑADA DE UNA COPIA AUTENTICA DEL ACTO ADMINISTRATIVO QUE CONSTITUYA LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO, JUNTO CON LA CONSTANCIA DE LA ENTIDAD ESTATAL DE LA NO EXISTENCIA DE SALDOS AL FAVOR DEL CONTRATISTA RESPECTO DE LOS CUALES SE PUEDA APLICAR LA COMPENSACIÓN DE QUE TRATA LA CONDICIÓN SEXTA DE ESTE CLAUSULADO O EN LA QUE CONSTE LA DISMINUCIÓN EN EL VALOR A INDEMNIZAR EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN.

PARÁGRAFO. – DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1110 DEL CÓDIGO DE COMERCIO LA ASEGURADORA PODRÁ OPTAR POR CUMPLIR SU PRESTACIÓN MEDIANTE EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, O CONTINUANDO CON LA EJECUCIÓN DE LA OBLIGACIÓN GARANTIZADA, PARA ESTE ÚLTIMO EVENTO SE REQUIERE LA ACEPTACIÓN DE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA.

LA DECLARATORIA DE CADUCIDAD NO IMPEDIRÁ QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA TOME POSESIÓN DE LA OBRA O CONTINÚE INMEDIATAMENTE LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRATADO, BIEN SEA A TRAVÉS DEL GARANTE O DE OTRO CONTRATISTA.

EN EL EVENTO QUE POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO LA ASEGURADORA RESOLVIERA CONTINUAR, COMO CESIONARIO O A FAVOR DE QUIEN DETERMINE ESTA, CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA ESTUVIESE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA GARANTIZADO ACEPTA DESDE AHORA LA CESIÓN DEL CONTRATO A FAVOR DE LA ASEGURADORA. EN TAL EVENTO LA ASEGURADORA PRESENTARÁ GARANTÍAS.

9. CERTIFICADOS DE MODIFICACIÓN

PARA LOS CASOS EN QUE LA SUMA ASEGURADA SEA AUMENTADA O DISMINUIDA Y PARA AQUELLOS EN LOS CUALES LAS ESTIPULACIONES DEL CONTRATO ORIGINAL SEAN MODIFICADAS, LA ASEGURADORA A SOLICITUD DEL CONTRATISTA GARANTIZADO EXPEDIRÁ UN CERTIFICADO O ANEXO DE MODIFICACIÓN DEL SEGURO, EN DONDE EXPRESE SU CONOCIMIENTO AL RESPECTO DE LAS MODIFICACIONES ACORDADAS ENTRE EL CONTRATISTA GARANTIZADO Y LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA.

10. SUBROGACIÓN

EN VIRTUD DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, DE ACUERDO CON EL ARTICULO 1096 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EN CONCORDANCIA CON EL ARTÍCULO 203 DEL DECRETO 663 DE 1993 ESTATUTO ORGÁNICO DEL SISTEMA FINANCIERO, LA ASEGURADORA SE SUBROGA HASTA CONCURRENCIA DE SU IMPORTE, EN TODOS LOS DERECHOS QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE TENGA CONTRA EL CONTRATISTA GARANTIZADO.

11. NO EXPIRACIÓN POR FALTA DE PAGO DE PRIMA E IRREVOCABILIDAD

LA PRESENTE PÓLIZA NO EXPIRARA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NI POR REVOCACIÓN UNILATERAL.

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

12. NATURALEZA DEL SEGURO

LA GARANTÍA OTORGADA POR ESTA PÓLIZA O SUS CERTIFICADOS DE MODIFICACIÓN, NO ES SOLIDARIA, NI INCONDICIONAL Y SU EXIGENCIA ESTÁ SUPEDITADA A LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y SU CUANTIFICACIÓN.

13. NOTIFICACIONES Y RECURSOS

LA ENTIDAD CONTRATANTE DEBERÁ NOTIFICAR A LA ASEGURADORA LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS ATINENTES A LA EFECTIVIDAD DE LA PÓLIZA, PREVIO AGOTAMIENTO DEL DERECHO DE DEFENSA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO Y EL GARANTE.

14. COEXISTENCIA DE SEGUROS

EN CASO DE EXISTIR, AL MOMENTO DE SINIESTRO, OTRO SEGURO DE CUMPLIMIENTO CON RELACIÓN AL MISMO CONTRATO, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN A QUE HAY LUGAR, SE DISTRIBUIRÁ ENTRO LOS ASEGURADORES EN PROPORCIÓN A LAS CUANTÍAS DE SUS RESPECTIVOS SEGUROS

15. COASEGURO

EN CASO DE EXISTIR COASEGURO AL QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 1095 DE CÓDIGO DE COMERCIO, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN A QUE HAYA LUGAR SE DISTRIBUIRÁ ENTRE LOS ASEGURADORES EN PROPORCIÓN DE LAS CUANTÍAS DE SUS RESPECTIVOS SEGUROS, SIN QUE EXISTA SOLIDARIDAD ENTRE LAS ASEGURADORAS PARTICIPANTES, Y SIN EXCEDER DE LA SUMA ASEGURADA BAJO EL CONTRATO DE SEGURO.

16. PRESCRIPCIÓN

LA PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL PRESENTE CONTRATO SE REGIRÁ POR LAS NORMAS DEL CÓDIGO DE COMERCIO SOBRE CONTRATO DE SEGURO.

17. DOMICILIO

SIN PERJUICIO DE LAS DISPOSICIONES PROCESALES, PARA LOS EFECTOS RELACIONADOS EN EL PRESENTE CONTRATO SE FIJA COMO DOMICILIO DE LAS PARTES LA CIUDAD DE BOGOTÁ EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA EN FE DE LO ANTERIOR, SE FIRMA A LOS 03 DÍAS DEL MES DE Octubre DE 20 23

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

EL TOMADOR/ASEGURADO

seguros mundial® tu compañía siempre

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

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

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

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

LA COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A

CERTIFICA:

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza **CV-100036301** y endoso, **0** cuyo afianzado es: **CLAVIJO PINEDA, ALBA JANNETH** Asegurado o Beneficiario: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA / SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA ,** expedida por la Compañía en **03/10/2023,** no expirará por falta de pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o por revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

AG.VILLAVICENCIO a los **03** días del mes **OCTUBRE** del año **2023.**

Firma Autorizada - Compañia Mundial de Seguros S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

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

seguros mundial®

Mundial de Seguros S.A.
860.037.013-6

Recibo de Pago

- CLIENTE-

Referencia de Pago No.	24113326

Fecha de Facturación	03/10/2023
POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082	
Póliza No.	CV–100036301
Periodo Facturado	02/10/2023 — 15/04/2024

Fecha Límite de Pago	02/11/2023
Prima (incluye gastos de expedición)	25.000,00
IVA	4.750,00
VALOR TOTAL A PAGAR $	29.750,00

EFECTIVO $

Datos del Cliente

Nombre / Razón Social	CLAVIJO PINEDA, ALBA JANNETH
CALLE 30 NO 14A 23 CEDRIOS	40399465
Intermediario	SEGUROS FENIX LTDA

Cheque

Banco	No Cuenta	No Cheque	Valor Cheque
TOTAL			

Apreciado Cliente:

1. No se aceptan pagos parciales.
2. Al realizar su pago de forma presencial (ante el cajero del banco) **UNICAMENTE** presente esta boleta de recaudo para garantizar la correcta referenciación del pago.
3. Si esta boleta no ha sido recaudada efectivamente el **02/11/2023** se aplicará la clausula de terminación automática especifiada en el condicionado de la póliza y en la carátula de esta (artículo1068 código de comercio)
4. Si realiza su pago en cheque o de forma mixta (efectivo y cheque), solamente gire cheque local a nombre de **PATRIMONIOS AUTÓNOMOS CREDICORP CAPITAL FIDUCIARIA Nit 900531292-7,** al respaldo endóselo correctame y diligencie los datos del girador (nombre, NIT, teléfono) y el número de referencia de esta boleta. En caso de devolución del cheque se cobrará sanción del 20% de acuerdo con lo establecido en el artículo 731 del código de comercio. **NO SE ACEPTAN CHEQUES DE OTRAS PLAZAS.**
5. Para realizar el pago a través del botón PSE, ingrese a nuestra página web **www.segurosmundial.com.co** en la imagen de PSE haga clic y continúe el proceso de pago.

ESPACIO PARA EL TIMBRE

VÁLIDO COMO RECIBO DE PAGO

- BANCO -

Referencia de Pago No.	24113326

Fecha de Facturación	03/10/2023
POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082	
Póliza No.	CV–100036301
Periodo Facturado	02/10/2023 — 15/04/2024

Fecha Límite de Pago	02/11/2023
Prima (incluye gastos de expedición)	25.000,00
IVA	4.750,00
VALOR TOTAL A PAGAR $	29.750,00

EFECTIVO $

Datos del Cliente

Nombre / Razón Social	CLAVIJO PINEDA, ALBA JANNETH
CALLE 30 NO 14A 23 CEDRIOS	40399465
Intermediario	SEGUROS FENIX LTDA

Cheque

Banco	No Cuenta	No Cheque	Valor Cheque
TOTAL			

Corresponsales OPCIÓN1

(415)7709998434219(8020)00000024113326(3900)000000029750(96)20231102

Bancos Corresponsales OPCIÓN 2

(415)7709998039933(8020)031594(8020)22990024113326(3900)000000029750(96)20231102

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

seguros mundial®

Recibo de Pago

Mundial de Seguros S.A.
860.037.013-6

INFORMACIÓN DE PAGO

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

OPCIÓN 1

CORRESPONSALES

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

OPCIÓN 2

BANCOS

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

CORRESPONSALES

puntored Te damos más

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Tu compañía siempre