

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL SANTANDER CENTRO INDUSTRIAL DEL DISEÑO Y LA MANUFACTURA-SANTANDER		Código Regional	68
			Código Centro	922510
			Fecha Elaboración	20 Noviembre de 2023
			Versión	ENERO 2023 - 1,23
			ID de Proceso	10849-863176
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		CARLOS ANDRES CORZO PEÑALOZA		C.C.
Correo electrónico contratista:		cacorzo2@misena.edu.co		1.098.678.542
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		IP/N° de contacto
Pertenece al régimen simple de tributación?		NO		3102771302
Es declarante de renta?		NO		
Es Pensionado?		NO		
Banco al cual consignar:		BANCO COLPATRIA		Inducción SST
Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000:		NO		SI
Tipo de cta		AHORROS		Presta Servicios Excluidos de IVA ?
N° Cuenta		4342012486		
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				
N° del contrato:	5527669/2023	N° Compromiso SIIF	366323	
Valor Total del Contrato	\$ 5.088.200	N° Pago	1	Periodo objeto de pago
Saldo Anterior del Contrato	\$ 5.088.200	Del	09/11/2023	Al
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 1.523.460	Legalización comisiones del periodo	\$ 0,00	30/11/2023
Valor Bruto Pago	\$ 3.564.740,00			
OBJETO CONTRACTUAL:		INSTRUCTOR: SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA ORIENTAR FORMACION TITULADA COMPLEMENTARIA Y VIRTUAL SEGUN LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS POR EL CIDM SENA REGIONAL SANTANDER PL 38 DIAS VR MES \$4.017.000		
(Descripción del servicio prestado)				
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 3.564.740	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 3.564.740	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.363.055	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Noviembre	Octubre		
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.425.896	\$ 0	Base retención en la fuente a título de RENTA 2.363.055,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 178.300	\$ 0	Base retención en la fuente a título de ICA 3.564.740,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 228.200	\$ 0	Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%	
ARL	\$ 7.500	\$ 0	Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ 8.835.833	\$ -	Menos Retención IVA 0,00 15%	
\$ 891.185	\$ -	\$ -	Reteica - 8299 21.388,00 0,600%	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ 13.430.466	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,000%	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ 13.430.466	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,000%	
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ 4.241.200	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,000%	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,000%	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,000%	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Descuentos de Libranza 0,00	
Dependientes hasta	\$ 1.357.184	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
Salud hasta	\$ 678.592	\$ -		
Renta Exenta 25%	\$ 2.792.123	\$ 787.685		
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -	VALOR A PAGAR \$3.543.352,00	
SON: TRES MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Imparti formación en bilingüismo para la ficha 2786260 HORAS: 12 Imparti formación en bilingüismo para la ficha 2721460 HORAS: 8 Imparti formación en bilingüismo para la ficha 2499511 HORAS: 8 Imparti formación en bilingüismo para la ficha 2710125 HORAS: 18 Imparti formación en bilingüismo para la ficha 2709032 HORAS: 18 Imparti formación en bilingüismo para la ficha 2499511 HORAS: 12 Imparti formación en bilingüismo para la ficha 2769991 HORAS: 8				
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.			 CARLOS ANDRES CORZO PEÑALOZA 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, ORLANDO COLMENARES ROJAS INSTRUCTOR	
Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago: EL ORDENADOR DEL PAGO JAVIER DIAZ DIAZ SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)				

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.



Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	Enlace Operativo
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2023-10-09, 09:03:58 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	octubre de 2023
Periodo de Cotización Para Salud	octubre de 2023
Empresa	CARLOS ANDRES CORZO PENALOZA
CEDULA CIUDADANIA	CC 1098678542
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	65397509
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	210647794
Banco	(1019) - SCOTIABANK COLPATRIA
Valor	\$ 466.400
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.suaporte.com.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	\$ 257.100	\$ 0
N800088702	EPS010	EPS SURA	1	\$ 200.900	\$ 0
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG	1	\$ 8.400	\$ 0
SubTotales:				\$ 466.400	\$ 0
Total a Pagar:					\$ 466.400





Nombre **CORZO PEÑALOZA CARLOS ANDRES**
 Identificación **CC 1098678542** Tel. **1**
 Edad **34 Años 0 Meses 0 Dias** Sexo **M**
 Médico **MEDICOS VARIOS**
 No. Ordenamiento **1559271**
 Fecha de nacimiento **19-ene.-1989**

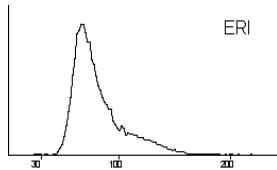
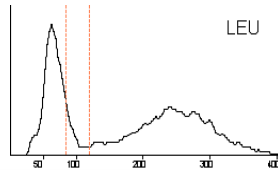
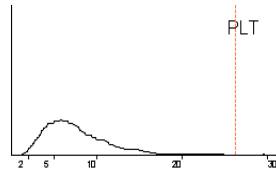
Fecha de recepción: **19/01/2023** **11905955**
 Fecha Muestra **19/01/2023**
 Fecha de impresion:
 Empresa **CENDIATRA - BUCARAMANGA**
 Sede **BUCARAMANGA REFERENCIA**

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

CUADRO HEMATICO
Método: Impedancia Electrica

ERITROCITOS	4.86	millones	4.50 a 6.10
HEMOGLOBINA	14.6	gr/dl	14.0 a 18.0
HEMATOCRITO	42.3	%	42.0 a 53.0
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (VMC)	87	fl	80 a 98
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (HCM)	30.0	pg	27.0 a 31.0
CONCENTRAC. CORPUSC. MEDIA DE Hb (CCMH)	34.5	gr/dl	32.0 a 35.0
ANCHO DE DISTRIB. DE LOS ERITROCITOS (IDE)	12.9	%	11.0 a 15.0
LEUCOCITOS	5.1	miles/mm3	4.5 a 10.0
FORMULA LEUCOCITARIA			
Segmentados	58.4	%	50.0 a 67.0
Linfocitos	36.2	%	27.0 a 40.0
Monocitos	5.4	%	3.0 a 12.0
Segmentados	3.10	10/mm3	2.00 a 7.50
Linfocitos	1.80	10/mm3	1.00 a 4.00
Monocitos	0.20	10/mm3	0.20 a 1.20
PLAQUETAS RECUENTO	298	miles/mm3	150 a 450
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	8.70	um3	7.5 a 8.5
PCT	0.260	%	
IDP	13.1	%	
ERITROSEDIMENTACION	10	mm/h	1 a 15




GERARDO ALEJANDRO BANAVIDES MONTAÑO
 CC 7710.386
 BACTERIOLOGO

19-ene.-2023 4:24:00p. m.



ALDO FERNEY ANAYA CARREÑO
 C.C.1.090.447.383
 BACTERIOLOGO

19-ene.-2023 6:36:00p. m.

SEDE
TELÉFONO

CENDIATRA BUCARAMANGA
697 37 34 - 6973735

DIRECCIÓN
EMAIL

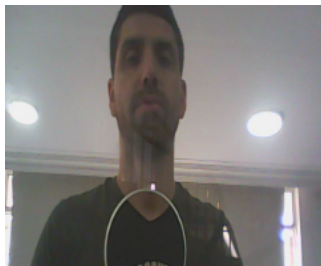
Calle 55 No 31 - 113, Barrio Antiguo
bucaramanga@cendiatra.com

FECHA DE EXAMEN

2023-01-19

TIPO DE EXAMEN

PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	CARLOS ANDRES CORZO PEÑALOZA	Identificación CC	Nro 1098678542
Fecha de Nacimiento	1989-11-20	Edad	33
Sexo	M		
Empresa	CLIENTE OCASIONAL		
Cargo	INSTRUCTOR		
Fecha Ingreso	2023-01-19 10:10:42	Fecha Salida	2023-01-19 10:10:51

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

DATOS EMPRESA

ANTECEDENTES OTOLÓGICOS

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

INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

OTOSCOPIA

OD	normal
OI	normal

AUDIOGRAMA

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

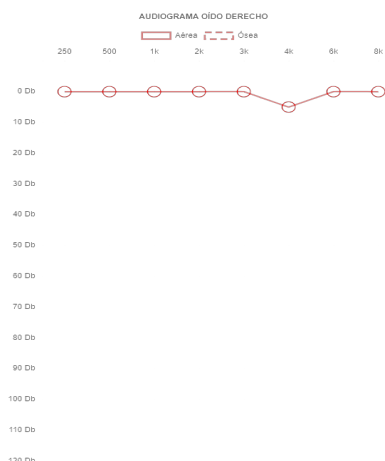
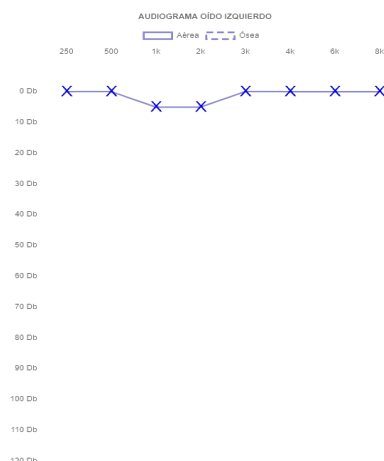
NORMAL 24 DB	BILATERAL
--------------	-----------

CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

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

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO
----------------	----



AUDIOGRAMA VIA AREA

	250	Enm	S.R.	500	Enm	S.R.	1K	Enm	S.R.	2K	Enm	S.R.	3K	Enm	S.R.	4K	Enm	S.R.	6K	Enm	S.R.	8K	Enm	S.R.
OD	0			0			0			0			0			5			0			0		
OI	0			0			5			5			0			0			0			0		

AUDIOGRAMA VIA OSEA

	250	Enm	S.R.	500	Enm	S.R.	1K	Enm	S.R.	2K	Enm	S.R.	3K	Enm	S.R.	4K	Enm	S.R.	6K	Enm	S.R.	8K	Enm	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 OTOLÓGICOS

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

INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

INTERPRETACION

PTA OD (1K, 2K, 3K y 4K)	1.25
PTA OI (1K, 2K, 3K y 4K)	2.5

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

NORMAL 24 DB

BILATERAL

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1

Z011: Examen de oídos y de la audición

CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

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

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. 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 informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.



Claudia Milena Blanco R.
Fonocardióloga Esp. S.S.T.
Reg. 02572

CLAUDIA MILENA BLANCO RODRIGUEZ

RM: 63508483

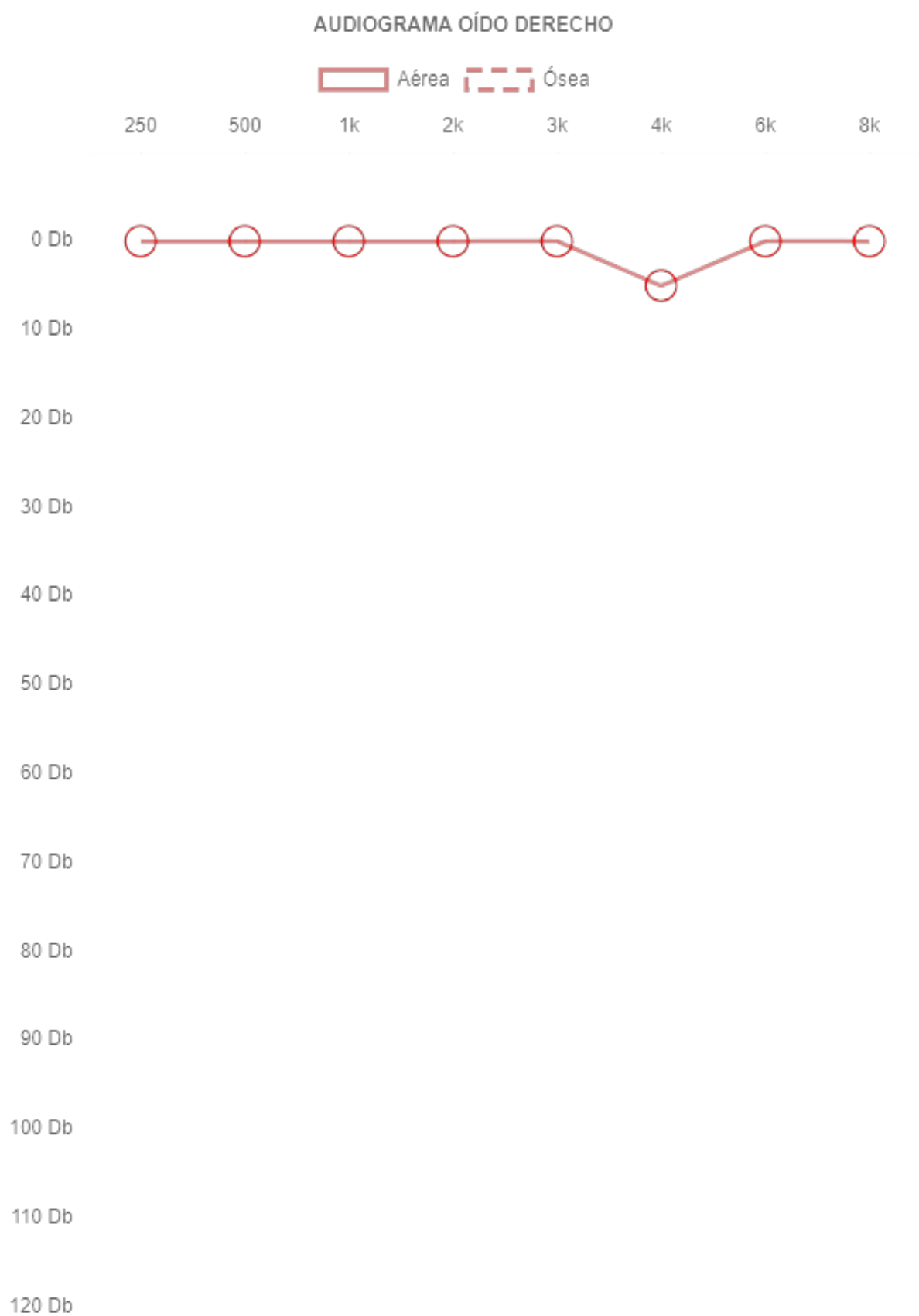
Firma y sello del médico evaluador

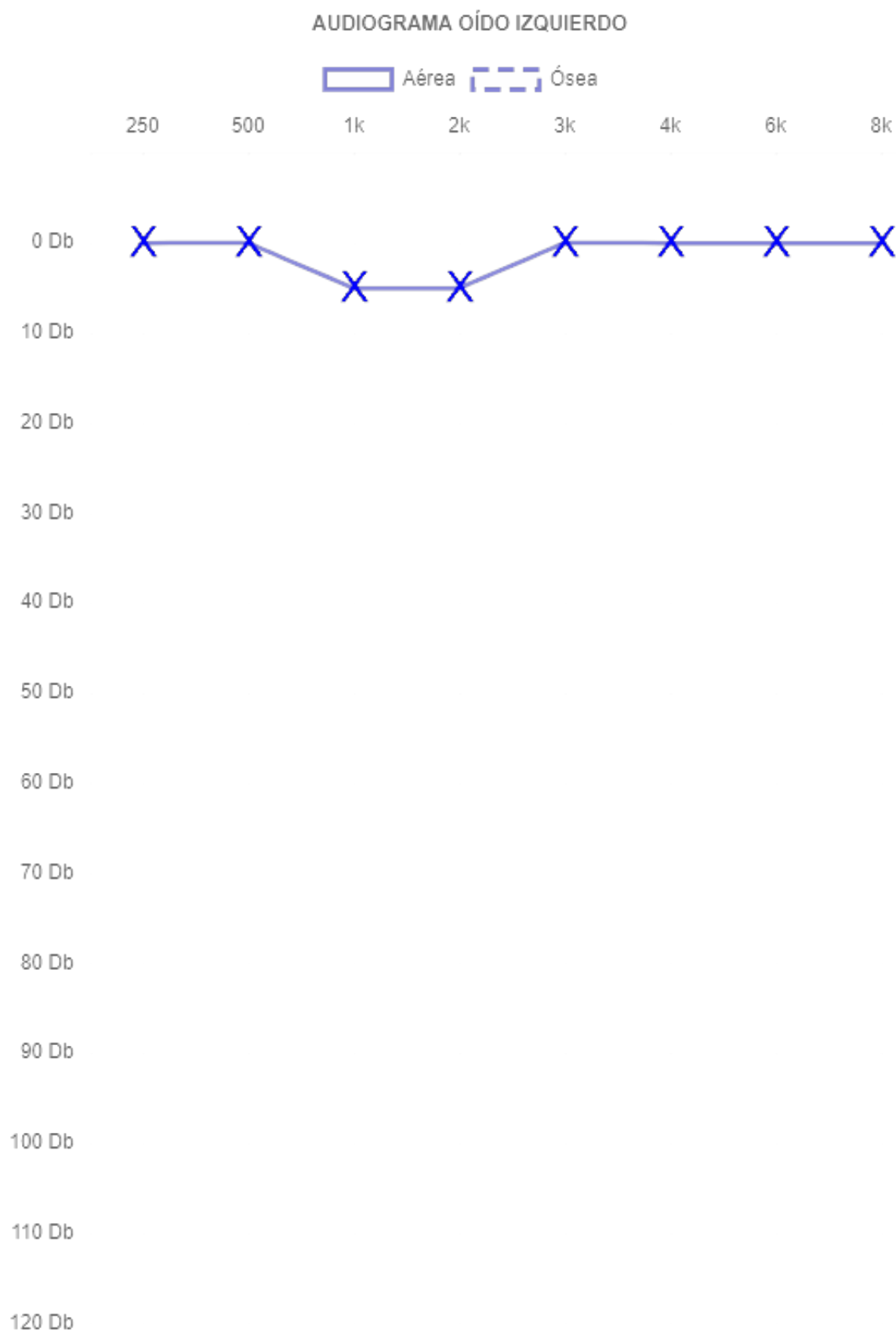


CARLOS ANDRES CORZO PEÑALOZA

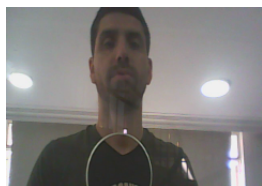
CC 1098678542

Firma del trabajador evaluado





IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos
Identificación
Fecha de Nacimiento
Genero
Estado civil
Estrato
Dirección
Acompañante
Empresa
Ciudad - Sede

CARLOS ANDRES CORZO PEÑALOZA
CC
1989-11-20
M
Soltero
4
direccion
CLIENTE OCASIONAL
Bucaramanga

Nro
Edad
RH
Escolaridad
Ciudad
Telefono
Tel_Acompañante
Cargo
Sede

1098678542
33
O +
Universitario
Bucaramanga
telefono
INSTRUCTOR
CENDIATRA
BUCARAMANGA

TIPO EXAMEN: PREINGRESO

DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL
ACTIVIDAD ECONOMICA
CARGO

ENFERMEDAD ACTUAL

ENFERMEDAD ACTUAL

NO REFIERE

ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES

ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES

NO REFIERE

CUESTIONARIO

TEXT01

TEXT02

1. ALGUNA VEZ HA SENTIDO DOLOR, INCOMODIDAD O PESADEZ EN SU PECHO?

NO

TEXT03

2. SIENDE DOLOR EN LA PARTE CENTRAL DEL PECHO O EN EL BRAZO IZQUIERDO?

NO APLICA

3. SIENDE ESE DOLOR CUANDO CAMINA EN EL PLANO O CUANDO LO HACE CUESTA ARRIBA O VA MUY RAPIDO?

NO APLICA

4. SE SIENDE EL DOLOR MIENTRAS CAMINA, DISMINUYE EL RITMO?
5. DESAPARECE EL DOLOR SI DEJA DE CAMINAR O SI SE PONE UNA PASTILLA DE MEDICAMENTO DEBAJO DE LA LENGUA?

NO APLICA

NO APLICA

6. DESAPARECE EL DOLOR EN MENOS DE 10 MINUTOS?

NO APLICA

7. ALGUNA VEZ HA TENIDO UN DOLOR EN EL CENTRO DEL PECHO QUE HAYA DURADO MEDIA HORA O MAS?

NO APLICA

TEXT04

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)

86

TALLA (CM)

186

IMC (M2)

24.86

CLASIFICACION

Peso Normal

FC (MIN)

74

TA (MMHG)

140/85

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

OBSERVACIONES

OBSERVACIONES

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:

Fecha Atención : 2023-01-19**Fecha impresión :**

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por el médico. 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.



Katherine Restrepo
Médico general
Especialidad Salud Ocupacional
RM 6543 L.O. 0458

KATHERINE VANESSA RESTREPO NIEBLES

RM: 55222281

Firma y sello del médico evaluador

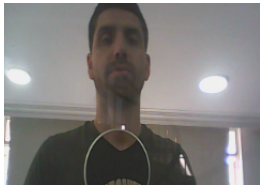


CARLOS ANDRES CORZO PEÑALOZA

Documento: CC 1098678542

Firma del trabajador

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	CARLOS ANDRES CORZO PEÑALOZA	Nro	1098678542
Identificación	CC	Edad	33
Fecha de Nacimiento	1989-11-20	RH	O +
Genero	M	Escolaridad	Universitario
Estado civil	Soltero	Ciudad	Bucaramanga
Estrato	4	Telefono	telefono
Direccion	direccion	Tel_Acompañante	
Acompañante		Cargo	INSTRUCTOR
Empresa	CLIENTE OCASIONAL	Sede	CENDIATRA
Ciudad - Sede	Bucaramanga		BUCARAMANGA

TIPO EXAMEN: PREINGRESO

TIPO EXAMEN	
NACIONALIDAD	
DIVISION	
OCUPACION	
LUGAR DE RESIDENCIA	
NOMBRE DEL RESPONSABLE	
TELEFONO DE RESPONSABLE	
PARENTESCO	
TIPO VINCULACION	
HIJOS	NO
RAZA	MEZ
DATOS EMPRESA	
RAZON SOCIAL	
ACTIVIDAD ECONOMICA	
CARGO	
FECHA BRIGADA	
AREA TRABAJO	
TURNO TRABAJO	DIURNO
INFORMACION OCUPACIONAL DEL CARGO	
TIEMPO EN EL CARGO - AÑOS	
TIEMPO EN EL CARGO - MESES	
MAQUINARIA, EQUIPOS UTILIZADOS Y HERRAMIENTAS	
DESCRIPCION DE FUNCIONES	PACIENTE REFIERE REALIZAR LABORES DE DOCENTE
MATERIA PRIMA UTILIZADA	
RIESGOS OCUPACIONALES EN EMPRESAS ANTERIORES	
ANTECEDENTES OCUPACIONALES	SI
	Observaciones:
	EMPRESA: INDEPENDIENTE CARGO: DOCENTE TIEMPO: 6 AÑOS
ENFERMEDAD PROFESIONAL	NO
ACCIDENTE LABORAL	NO
ANTECEDENTES OCUPACIONALES	
ESTADO DE SALUD ACTUAL	
ESTADO DE SALUD ACTUAL	BUEN ESTADO GENERAL, ALERTA ORIENTADO EN LAS 4 ESFERAS, COLABORADOR, LENGUAJE APROPIADO Y COHERENTE, SIN DEFICIT SENSITIVO NI MOTOR APARENTE. "EL EXAMEN FÍSICO SE REALIZA BAJO LAS ERICTAS MEDIDAS DE CON ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DOTADOS POR LA INSTITUCION" BIOSEGURIDAD
ANTECEDENTES PERSONALES	
QUIRURGICOS	NO
HERNIAS	NO
PATOLOGICOS	NO
TRAUMATICOS	NO
LUMBAGO	NO
TRASTORNOS VISUALES	SI
	Observaciones:
	MIOPIA CON LENTES
ALERGIAS	NO
TRASTORNOS AUDITIVOS	NO

HISTORIA CLINICA EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

Fecha Atención : 2023-01-19

Fecha impresión :
2023-01-20

EPILEPSIA	NO
LESION PIEL	NO
TRASTORNOS MENTALES	NO
SINDROME DEL TUNEL DEL CARPO	NO
HIPERTENSION	NO
DIABETES	NO
GASTRITIS	NO
VARICES	NO
ANTECEDENTES FAMILIARES	NO
DESCRIPCION	PACIENTE REFIERE NIEGA TENER ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES, NIEGA CONTROL MEDICO Y NIEGA MANEJO FARMACOLOGICO.
ESPECIFICO PARA TRABAJO EN ALTURAS	
ALTERACIONES NEUROLOGICAS	NO APLICA
HIPOGLICEMIA	NO APLICA
DISLIPIDEMAS	NO APLICA
MAREOS	NO APLICA
VERTIGO	NO APLICA
FOBIA A LAS ALTURAS	NO APLICA
DESMAYOS	NO APLICA
ANTECEDENTES GINECOBSTETRICOS	
PARTOS	
GESTACIONES	
ABORTOS	
FUM	
ULTIMO PARTO (AÑOS)	
ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS	
CONSUMO DE TABACO	NO
CONSUMO DE LICOR	NO
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	NO
MEDICAMENTOS CRONICOS	NO
OBSERVACIONES	
EXAMEN FISICO	
SIGNOS VITALES	
PESO (KG)	86
TALLA (CM)	186
IMC (M2)	24.86
CLASIFICACION	Peso Normal
FC (MIN)	74
TA (MMHG)	140/85
DESCRIPCION DE HALLAZGOS ENCONTRADOS	
ORGANO O SISTEMA	
CABEZA Y CUELLO	NORMAL
OJOS	NORMAL
VISION LEJANA OD	
VISION LEJANA OI	
VISION CERCANA OD	
VISION CERCANA OI	
NARIZ	NORMAL
OIDOS	NORMAL
OROFARINGE	NORMAL
TORAX	NORMAL
CARDIORESPIRATORIO	NORMAL
ABDOMEN	NORMAL
COLUMNA VERTEBRAL	NORMAL
	Observaciones: REGION LUMBAR: MODERADA ESCOLIOSIS, NO DOLOR A LA DIGITOPRESION. PACIENTE REFIERE EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA ASINTOMATICO. PACIENTE REFIERE DESCONOCE GRADO DE LA ESCOLIOSIS, NIEGA MANEJO Y CONTROL MEDICO, REFIERE USO DE PLANTILLA ORTOPEDICA POR DISMETRIA DE MIEMBROS INFERIORES.
DORSO	NORMAL
PIEL ANEXOS	NORMAL
SISTEMA NERVIOSO	NORMAL
EXTREMIDADES	NORMAL
VARICES	NORMAL
GENITOURINARIO	NORMAL

HISTORIA CLINICA EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

Fecha Atención : 2023-01-19

Fecha impresión :

Diestro

2023-01-20

DOMINANCIA

DESCRIPCION DE HALLAZGOS ENCONTRADOS

-TEST DE ADAMS NEGATIVO - TEST DE WELLS II -MARCHA PUNTA
TALON NO DOLOR LASEGUE NEGATIVO BILATERAL LASEGUE
CONTRALATERAL NEGATIVO BRAGARD NEGATIVO

TINNEL

TINNEL DERECHO

NEGATIVO

TINNEL IZQUIERDO

NEGATIVO

PHALEN

PHALEN DERECHO

NEGATIVO

PHALEN IZQUIERDO

NEGATIVO

EXAMENES PARACLINICOS PRACTICADOS

EXAMENES DE LABORATORIO

INTERPRETACION MEDICO

EXAMENES AUXILIARES

AUDIOMETRIA TAMIZ

TAMIZAJE AUDITIVO

OPTOMETRIA

VISIOMETRIA

ESPIROMETRIA

EVALUACION DE LA VOZ

OTROS

EXAMENES COMPLEMENTARIOS ARL SURA / GRUPO EXITO

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1

H527: Trastorno de la refracción, no especificado

DIAGNOSTICO 2

DIAGNOSTICO 3

DIAGNOSTICO 4

DIAGNOSTICO 5

DIAGNOSTICO 6

DIAGNOSTICO 7

DIAGNOSTICO 8

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

SOSPECHA ENFERMEDAD PROFESIONAL

NO

TIPO DE RESTRICCION O LIMITACIONES

NO

RECOMENDACIONES

EVITAR SOBRECARGAS MAYORES A 25 KG.

NO

ACUDIR A CONSULTA MEDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y

NO

CONTROL POR:

NUTRICIONALES – CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA

NO

VALORACION OPTOMETRICA

SI

Observaciones:

CONTROL ANUAL OPTOMETRIA, USO DE CORRECCION OPTICA

VALORACION EPS

NO

OTRAS:

NO PRESENTA

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

título

CONDICION VISUAL

NO

CONDICION AUDITIVA

NO

RIESGO BIOMECANICO

NO

DETERIORO POR TRAUMA ACUMULATIVO (D.T.A)

NO

CARDIOVASCULAR

NO

RIESGO QUIMICO

NO

PREVENCION DE ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES

NO

OTROS

NO PRESENTA

BIOLOGICOS

NO

PSICOSOCIAL

NO

RESTRICCIONES

TIPO

DURACION RESTRICCION

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:

HISTORIA CLINICA EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

Fecha Atención : 2023-01-19

Fecha impresión : 2023-01-20

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas para el ingreso. 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.



Katherine Restrepo
Médico general
Especialidad Salud Ocupacional
RM 6543 L.O. 0458

KATHERINE VANESSA RESTREPO NIEBLES

RM: 55222281

Firma y sello del médico evaluador



CARLOS ANDRES CORZO PEÑALOZA

Documento: CC 1098678542

Firma del trabajador

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	CARLOS ANDRES CORZO PEÑALOZA	No. Documento	1098678542
Identificación	CC	Edad	33 años 2 meses 0 días
Fecha de Nacimiento	1989-11-20	Empresa	CLIENTE OCASIONAL
Sexo	M	Sede	CENDIATRA BUCARAMANGA
Fecha toma	2023-01-19 09:40:00		

GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	80	Unidad de referencia: mg/dl	Referencia: Normal: 70-100 mg/dl, AGA: >100-125mg/dl, DM: >126
ANALISIS			

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	VER ANEXO	g/dl	12.0-17.4g/dl
HEMATOCRITO	VER ANEXO	%	36.0-52.0%
VCM	VER ANEXO	fl	76-96fl
HCM	VER ANEXO	pg	27.0-32.0pg
CHCM	VER ANEXO	g/dl	30.0-35.0g/dl
RDW	VER ANEXO	%	<15.0%
LEUCOCITOS	VER ANEXO	mm3	5.000-10.000mm3

RECUENTO_DIFERENCIAL

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

RECUENTO_DIFERENCIAL_MM3

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

RECUENTO_PLAQUETARIO

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

ADJUNTO

ADJUNTO

TITULO	RESULTADO
--------	-----------

COLESTEROL TOTAL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	178	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	154	mg/dl	Normal:<150mg/, Intermedio:150 - 199mg/dl, Alto:200 - 499mg/dl, Muy alto: Igual o >500mg/dl

UROANALISIS

TITULO	RESULTADO
--------	-----------

EXAMEN_FISICO

TITULO	RESULTADO
COLOR	AMARILLO
OLOR	S.G
ASPECTO	LIGERAMENTE TURBIO

EXAMEN_MICROSCOPICO

TITULO	RESULTADO
--------	-----------

UROANALISIS

LEUCOCITOS	0-2 XC
HEMATIES	0-2 XC
BACTERIAS	++
CELULAS EPITELIALES	5-7 XC
CRISTALES	-
MOCO	++

EXAMEN_QUIMICO

TITULO	RESULTADO
NITRITOS	NEGATIVO
UROBILINOGENO	NORMAL
PROTEINAS	NEGATIVO
DENSIDAD	1025
PH	5.0
SANGRE	NEGATIVO
CETONAS	NEGATIVO
BILIRRUBINAS	NEGATIVO
GLUCOSA	NEGATIVO
LEUCOCITOS	NEGATIVO

IMAGEN

TITULO	RESULTADO
--------	-----------

RESULTADO

TITULO	RESULTADO
RESULTADO	

COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	48	mg/dl	Normal:>40 mg/dl

COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	99.2	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


Adriana Rocio Peñaloza C.
 Bacterióloga & Lab. Clínico
 C.C. 37.275.895 Cúcuta
 Reg. 2673

ADRIANA ROCIO PEÑALOZA CASTELLANOS

37275895

Firma y sello del médico evaluador

Documentos adjuntos. Para consultarlos de clic en los siguientes enlaces:

[CARLOS ANDRES CORZO PEÑA'ALOZA.pdf](#)

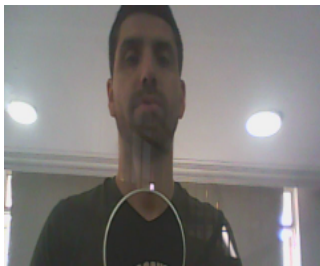
SEDE
TELÉFONOCENDIATRA BUCARAMANGA
697 37 34 - 6973735DIRECCIÓN
EMAILCalle 55 No 31 - 113, Barrio Antiguo
bucaramanga@cendiatra.com

FECHA DE EXAMEN

2023-01-19

TIPO DE EXAMEN

PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	CARLOS ANDRES CORZO PEÑALOZA	Identificación CC	Nro 1098678542
Fecha de Nacimiento	1989-11-20	Edad	33
Sexo	M		
Empresa	CLIENTE OCASIONAL		
Cargo	INSTRUCTOR		
Fecha Ingreso	2023-01-19 10:04:03	Fecha Salida	2023-01-19 10:04:41

DATOS EMPRESA

ANTECEDENTES PERSONALES

DIABETES	NO
CIRUGIA OCULAR	NO
GLAUCOMA	NO
HIPERTENSION ARTERIAL	NO
ALERGIAS	NO
OTROS	PACIENTE REFIERE USO DE CORRECCIÓN POR MIOPIA Y ASTIGMATISMO
PRESENTA CORRECCION OPTICA DURANTE EL EXAMEN?	SI
	PACIENTE REFIERE TRAE LENTES DE CONTACTO PUESTOS

MOTIVO DE CONSULTA

VISION BORROSA	NO
ARDOR	NO
LAGRIMEO	NO
ENROJECIMIENTO	NO
PRURITO	NO
CEFALEA	NO
ASTENOPIA	NO
SALTO DE RENGLON	NO
FOTOFOBIA	NO
SECRECION	NO
DOLOR OCULAR	NO
VISION DOBLE	NO
INVERSION DE NUMEROS O LETRAS	NO
MAREO	NO
VERTIGO	NO
MIODESOPSIAS	NO

AGUDEZA VISUAL

VISION LEJANA	
CON CORRECCION OD	20/30
CON CORRECCION OI	20/30
CON CORRECCION AO	20/30
VISION PROXIMA	
CON CORRECCION OD	20/30
CON CORRECCION OI	20/40
CON CORRECCION AO	20/30
ESTENOPEICO	

EXAMEN EXTERNO Y MOTOR

COVER TEST**QUERATOMETRIA****OFTALMOSCOPIA****REFRACCION****OJO DERECHO**
OJO IZQUIERDO**TEST ADICIONALES**

VISION CROMATICA	NORMAL
ESTERIOPSIS	NORMAL
TITMUS	NO
RX EN USO	

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	H527: Trastorno de la refracción, no especificado
OBSERVACIONES	CONTROL ANUAL

RECOMENDACIONES

REQUIERE FORMULA	NO
CONTROL ANUAL	NO
VALORACION OFTALMOLOGICA	NO
VALORACION OPTOMETRICA	NO

FORMULA OPTOMETRIA

GENERAR FORMULA	NO
-----------------	----

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO
----------------	----

FORMULA OPTOMETRIA**OD**
OI
ADICION

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. 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.



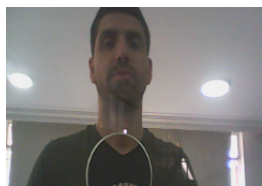
E.C. B

RM: 1

CARLOS ANDRES CORZO PEÑALOZA

CC 1098678542

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos
Identificación
Fecha de Nacimiento
Genero
Estado civil
Estrato
Dirección
Acompañante
Empresa
Ciudad - Sede

CARLOS ANDRES CORZO PEÑALOZA
CC
1989-11-20
M
Soltero
4
direccion
CLIENTE OCASIONAL
Bucaramanga

Nro
Edad
RH
Escolaridad
Ciudad
Telefono
Tel_Acompañante
Cargo
Sede

1098678542
33
O +
Universitario
Bucaramanga
telefono
INSTRUCTOR
CENDIATRA
BUCARAMANGA

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	NO
USO DE VIDEOJUEGOS	NO
USO DE INSTRUMENTOS	NO
PRACTICAR DEPORTE	NO
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	SI
Observaciones: ESCOLIOSIS LUMBAR	
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	ANORMAL
Observaciones: REGION LUMBAR: MODERADA ESCOLIOSIS, NO DOLOR A LA	

HISTORIA CLINICA ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Fecha Atención : 2023-01-19

Fecha impresión : 2023-01-20

DIGITOPRESION. PACIENTE REFIERE EN EL TO SE
ENCUENTRA ASINTOMATICO. PACIENTE REFIERE DESCONOCE
GRADO DE LA ESCOLIOSIS, NIEGA MANEJO Y CONTROL MEDICO,
REFIERE USO DE PLANTILLA ORTOPEDICA POR DISMETRIA DE
MIEMBROS INFERIORES.

COLUMNA MARCHA PUNTA TALONES

OBSERVACIONES

-TEST DE ADAMS NEGATIVO - TEST DE WELLS II -MARCHA PUNTA
TALON NO DOLOR LASEGUE NEGATIVO BILATERAL LASEGUE
CONTRALATERAL NEGATIVO BRAGARD NEGATIVO

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	NORMAL
FUERZA	NORMAL
OBSERVACIONES	

PRUEBAS ESPECIFICAS

PRUEBA DERECHA

DOMINANCIA	DERECHA
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	M419: Escoliosis, no especificada
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.


Katherine Restrepo
Médico general
Especialidad Salud Ocupacional
RM 6543 L.O. 0458



KATHERINE VANESSA RESTREPO NIEBLES
RM: 55222281
Firma y sello del médico evaluador

HISTORIA CLINICA ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Fecha Atención : 2023-01-19

Fecha impresión :
2023-01-20

CARLOS ANDRES CORZO PEÑALOZA
Documento: CC 1098678542
Firma del trabajador

VALORACIÓN PSICOLÓGICA OCUPACIONAL

EMPRESA: PARTICULAR/BUCARAMANGA

FECHA: 19/01/2023 NOMBRE COMPLETO: CARLOS ANDRES CORZO PEÑALOZA

CÉDULA: 1098678542 EDAD: 33 AÑOS CARGO: DOCENTE

EVALUACIÓN: Preingreso: X Periódico: Egreso laboral:

CONCEPTO PSICOLOGICO	
Con aparente alteración en la escala de salud mental	☐
Sin aparente alteración en la escala de salud mental	☒
VALORACIÓN CONDUCTUAL	
<p>Área Cognitiva: Paciente colaborador y atento durante la entrevista. Pensamiento lógico y coherente. Orientado espacio temporal y situacional. adecuada memoria y funciones intelectuales.</p> <p>Área Socioafectiva: Estado emocional predominantemente tranquilo, con buenas relaciones a nivel familiar y social. Al explorar hábitos de vida, le gusta hacer ejercicio como ir al GYM y ver TV. En la actualidad niega consumo de sustancias psicoactivas, cigarrillo. Consumo de alcohol de forma ocasional/social/exporadicamente.</p> <p>Nivel de Estrés (bajo): Reporta un nivel bajo de estrés en la actualidad, sin afectación directa a su salud. En el momento de la consulta no reporta dificultad en la higiene del sueño.</p> <p>Valoración del factor psicosocial: No detecta ningún riesgo psicosocial asociado a su trabajo sin embargo, se entiende que en toda actividad laboral, el trabajo físico y mental coexisten, en proporción variable dependiendo de la tarea. No requiriendo medidas de análisis especializadas. No obstante, es importante supervisar a corto, mediano y largo plazo los factores de riesgo psicosocial que el trabajador pueda llegar a obtener dentro de su jornada de trabajo.</p>	
RECOMENDACIONES	
<p>* De acuerdo con las pruebas realizadas a la fecha, no se evidencia ninguna alteración relevante en las escalas evaluadas.</p> <p>* Se recomienda hacer ejercicio físico y realizar ejercicio de cálculos mentales con el fin de ejercitar la mente.</p>	

FIRMA DEL EVALUADOR:



Maria Angélica Rosales
PSICÓLOGA - T.P 168773
Especialista S.S.T
Resolución 10099



Hace constar:

Que el Sr(a) CARLOS ANDRES CORZO PEÑALOZA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1098678542 realizó el día 21/11/2023 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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

Compromiso SST:

Yo CARLOS ANDRES CORZO PEÑALOZA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1098678542 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 -



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 **CARLOS ANDRES CORZO PEÑALOZA** con CC No. **1098678542**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
Contratante: N 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	Fecha de última cobertura: 01/02/2023 Estado Afiliación: INACTIVO Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Fecha de inicio de Contrato: 01/08/2023 Fecha fin de Contrato: 31/10/2023 Clase de Riesgo: 5 Cargo : PROFESIONALES DE LA EDUCACION, NO CLASIFICADOS BAJO OTROS EPIGRAFES Fecha fin de Retiro: 31/10/2023

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): 202301021232859.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 14 días del mes de noviembre de 2023.

Cordialmente

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

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CARLOS ANDRES CORZO PEÑALOZA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1098678542**, se encuentra afiliado/a desde **15/04/2009** 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 21 de noviembre de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **CARLOS ANDRES CORZO PEÑALOZA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1098678542** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1098678542
NOMBRES Y APELLIDOS	CARLOS ANDRES CORZO PEÑALOZA
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	19/01/2015
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	317
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	41

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: 21/11/2023

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

EPS SURAMERICANA S.A

Medellín, Antioquia, Colombia. Líneas de atención: Barranquilla: 605 319 7901, **Cali:** 602 380 8941,

Medellín: 604 448 61 15, **Bogotá:** 601 448 7941

Línea Nacional: 01 8000 519 519

epssura.com

SCOTIABANK COLPATRIA S.A.
NIT. 860.034.594-1

CERTIFICA QUE:

La cuenta de ahorros No. 4342012486 , con fecha de apertura 25 de Enero de 2017 , de la cual es titular:

El (la) señor(a): CARLOS ANDRES CORZO PEÑALOZA
Identificado(a) con tipo de documento C No. 1.098.678.542

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 21 días del mes de Noviembre de 2023 .

Cordialmente,



Nury Luis Montaña
Gerencia Relación con Clientes



NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4008229546

PÓLIZA No: 400 - 47 - 994000096263 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: CABECERA	COD. AGENCIA: 400	RAMO: 47						
TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION	TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION	<table border="1"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td>09</td> <td>11</td> <td>2023</td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO	09	11	2023
DIA	MES	AÑO						
09	11	2023						
		<table border="1"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td>09</td> <td>11</td> <td>2023</td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO	09	11	2023
DIA	MES	AÑO						
09	11	2023						
		FECHA DE EXPEDICIÓN						

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE: CARLOS ANDRES CORZO PEÑALOZA	IDENTIFICACIÓN: CC 1098.678.542
DIRECCIÓN: CL 65 25 9 BR VICTORIA	CIUDAD: BUCARAMANGA, SANTANDER
	TELÉFONO: 6076432365

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA	IDENTIFICACIÓN: NIT 899.999.034-1
BENEFICIARIO: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA	IDENTIFICACIÓN: NIT 899.999.034-1

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS			
DESCRIPCION AMPAROS CONTRATO	VIGENCIA DESDE 09/11/2023	VIGENCIA HASTA 16/04/2024	SUMA ASEGURADA 508,820.00
CUMPLIMIENTO BENEFICIARIOS NIT 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA			
POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS: ***OBJETO DE LA GARANTIA*** EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DEL CONTRATO NO. C01.PCCNTR.5527669. CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON CONTRATAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ORIENTAR FORMACIÓN TITULADA COMPLEMENTARIA Y VIRTUAL SEGÚN LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS POR EL CIDM SENA, REGIONAL SANTANDER.			

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *****508,820.00	VALOR PRIMA: \$ *****25,000	GASTOS EXPEDICION: \$ ****11,000.00	IVA: \$ *****6,840	TOTAL A PAGAR: \$ *****42,840
---	---------------------------------------	---	------------------------------	---

NOMBRE INTERMEDIARIO EDDY SOLANGE ACUÑA VARGAS	CLAVE 9619	%PART 100.00	NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO
--	----------------------	------------------------	----------------------------------	-------	-----------------

MEDIANTE LA SOLICITUD Y CONTRATACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO, USTED EN CALIDAD DE TITULAR(ES) DE LA INFORMACIÓN; DE MANERA LIBRE, EXPRESA, VOLUNTARIA E INFORMADA, AUTORIZA A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA O A LA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A QUIÉN ESTE ENCARGUE, A RECOLECTAR, ALMACENAR, UTILIZAR, CIRCULAR, SUPRIMIR Y EN GENERAL, A REALIZAR CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO A LOS DATOS PERSONALES POR USTED SUMINISTRADOS, PARA TODOS AQUELLOS ASPECTOS INHERENTES A LAS ACTIVIDADES COMERCIALES Y PROMOCIONALES, Y CUALQUIER OTRO RELACIONADO CON EL DESARROLLO DEL OBJETO SOCIAL PRINCIPAL DEL REFERIDA SOCIEDAD, LO QUE IMPLICA EL USO DE LOS DATOS EN ACTIVIDADES DE MERCADEO, PROMOCIÓN Y DE SER EL CASO, CUANDO LA ACTIVIDAD COMERCIAL LO REQUIERA, LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN DE LOS MISMOS A UN TERCERO (INCLUYENDO TERCEROS PAÍSES), BAJO LOS PARÁMETROS DE LA LEY 1581 DE 2012, DECRETO 1074 DE 2015 Y DEMÁS NORMATIVIDAD VIGENTE QUE REGULE LA MATERIA. EN TODO CASO, ASEGURADORA SOLIDARIA GARANTIZA LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD, PRIVACIDAD Y DEMÁS PRINCIPIOS QUE IMPLIQUEN EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ACORDE CON LA LEGISLACIÓN APLICABLE. ESTA AUTORIZACIÓN SE MANTENDRÁ POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DEL VÍNCULO O LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA SOCIEDAD RESPONSABLE, CONFORME LO ESTABLECIDO EN SUS MANUALES Y POLÍTICAS. IGUALMENTE DECLARO QUE HE CONOCIDO LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DISPONIBLE EN [HTTPS://ASEGURADORASOLIDARIA.COM.CO/ENLACES-DE-INTERES/POLITICA-DE-PRIVACIDAD.ASPX](https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/politica-de-privacidad.aspx)

Las condiciones generales de su póliza se pueden descargar de nuestra Página Web www.solidaria.com.co en la opción SEGUROS – TU RESPALDO – SEGUROS PATRIMONIALES. Aseguradora Solidaria pensando en su tranquilidad, lo invita a verificar la validez de esta póliza ingresando a nuestra Página Web www.solidaria.com.co en la opción SERVICIOS – CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)00000000007000400822954

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá
CAD820700D0DF57B5B

CLIENTE



COMPROBANTE DE PAGO INDIVIDUAL

NUMERO ELECTRONICO
PARA PAGOS

4008229546

SEÑOR USUARIO: ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO ÚNICAMENTE CON EL TIMBRE DE LA CAJA DEL BANCO O SUPERMERCADO.
NO ES UN RECIBO OFICIAL DE CAJA.

Agencia Exp: CABECERA	VALOR CARTERA A LA FECHA DE IMPRESIÓN:	DIA 09	MES 11	AÑO 2023
AG. RAM. POL.: 400 _ 47 _ 994000096263	\$ 42,840.00	FECHA DE IMPRESIÓN		
NOMBRE::	CORZO PEÑALOZA CARLOS ANDRES	IDENTIFICACIÓN: CC	1098.678.542	

FORMA DE PAGO

CHEQUE ☐

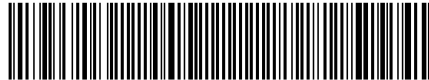
EFFECTIVO ☐

COD.
BANCO

No.
CHEQUE

VALOR PAGADO

\$



(415)7701861000019(8020)00000000007000400822954

PUNTOS DE PAGO		MEDIOS DE PAGO
INTERNET (PSE-TC)	www.solidaria.com.co	Cuenta de Ahorros / Corriente - TC
TELÉFONO FIJO BOGOTÁ	(601) 3849444	Tarjeta de Crédito
BANCOS	Banco de Bogotá Banco de Occidente	Efectivo ó Cheque

* CORRESPONSALES DE RECAUDO (SOLO PAGO EN EFECTIVO)		MONTO MÁXIMO
1) GRUPO ÉXITO	Carulla, Surtimax y Almacenes Exito	\$9.999.999
2) SUPERGIROS	Convenio No. 6792 y número electrónico	\$5.000.000
3) PUNTO DE PAGO	Convenio No. 6792 y número electrónico	\$4.000.000
4) FULLCARGA	Convenio No. 6792 y número electrónico	\$3.000.000
5) PUNTORED	Convenio No. 6792 y número electrónico	\$ 800.000
6) EFECTY	Convenio No. 6792 y número electrónico	\$ 500.000
7) COOPENESSA	ÚNICO CONVENIO PARA PAGOS PÓLIZAS ESTUDIANTILES EXCLUSIVO SANTANDER DEL SUR	\$ 500.000

IMPORTANTE

- Este comprobante es indispensable para pagos en bancos y corresponsales de recaudo.
- Para pagos por medio de línea telefónica o por Internet (PSE-TC), se requiere del número electrónico para pagos.
- Para el pago de su póliza, tenga en cuenta las recomendaciones de seguridad de los canales dispuestos que pueden ser consultados en la página:

www.aseguradorasolidaria.com.co/servicios-en-linea/multipago.aspx

LÍNEA DE SERVICIO AL CLIENTE

Whatsapp business Cami a través de www.aseguradorasolidaria.com.co
Línea Solidaria a través del #789
desde tu móvil Claro, Tigo, Movistar y Avantel
01 8000 512021 gratis desde cualquier lugar del país
Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano
Carrera 13A #28-38 oficina 221 Bogotá - Teléfono (601) 7919180
Fax: (601) 7919180 - Celular 3123426229
Correo electrónico defensoriasolidaria@gmail.com
Horario de lunes a viernes de 8 a.m. a 12 m y de 2 p.m. a 6 p.m.

* LOS CORRESPONSALES DE RECAUDO RECIBEN PAGOS PARCIALES.

- Cliente -

COMPROBANTE DE PAGO INDIVIDUAL

NUMERO ELECTRONICO
PARA PAGOS

4008229546

NOMBRE::	CORZO PEÑALOZA CARLOS ANDRES	IDENTIFICACIÓN: CC	1098.678.542	DIA 09	MES 11	AÑO 2023
				FECHA DE IMPRESIÓN		

FORMA DE PAGO

CHEQUE ☐

EFFECTIVO ☐

COD.
BANCO

No.
CHEQUE

VALOR PAGADO

\$



(415)7701861000019(8020)00000000007000400822954

- Banco -

CAPITULO 1 AMPAROS Y EXCLUSIONES

1. AMPAROS

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, A TRAVÉS DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO SIN EXCEDER EL VALOR ASEGURADO, COBERTURA PARA LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARATULA DE LA PRESENTE PÓLIZA, DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 1088 DEL CÓDIGO DE COMERCIO SEGÚN EL CUAL EL CONTRATO DE SEGURO ES DE MERA INDEMNIZACIÓN Y JAMAS PODRÁ SER FUENTE DE ENRIQUECIMIENTO. ESTA PÓLIZA CUBRE LOS PERJUICIOS DIRECTOS CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES DE LA PRESENTE PÓLIZA, EN SU ALCANCE Y CONTENIDO, SEGÚN LAS DEFINICIONES QUE EN ADELANTE SE ESTIPULAN:

LA COBERTURA DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO O SUS ANEXOS NO CONSTITUYE UNA FIANZA, NI ES SOLIDARIA, NI INCONDICIONAL, SU EXIGIBILIDAD ESTÁ CONDICIONADA A LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y LA DEMOSTRACIÓN DE LA CUANTÍA. EL AMPARO ESTA CIRCUNSCRITO A LOS PERJUICIOS CAUSADOS POR EL INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA SIEMPRE QUE EL MISMO SE AJUSTE AL VALOR ASEGURADO, VIGENCIA DE LAS COBERTURAS Y EXCLUSIONES, Y LA RECLAMACIÓN SE EFECTÚE DENTRO DE LOS TÉRMINOS SEÑALADOS EN EL ART. 1081 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA

LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUBRIRÁ A LA ENTIDAD ESTATAL POR LA IMPOSICIÓN DE SANCIONES AL PROPONENTE DERIVADAS DEL INCUMPLIMIENTO DE LA OFERTA, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

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

1.1.2 LA NO AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE OFERTA CUANDO EL TÉRMINO PREVISTO EN LOS PLIEGOS PARA LA ADJUDICACIÓN O PARA LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO SE PRORROGUE, SIEMPRE Y CUANDO ESAS PRÓRROGAS NO EXCEDAN EL TÉRMINO DE TRES (3) MESES.

1.1.3 LA FALTA DE OTORGAMIENTO POR PARTE DEL PROPONENTE SELECCIONADO, DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO EXIGIDA POR LA ENTIDAD PARA AMPARAR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATO.

1.1.4 EL RETIRO DE LA OFERTA DESPUÉS DE VENCIDO EL TÉRMINO FIJADO PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS PROPUESTAS.

1.2 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO

EL AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE DE LOS PERJUICIOS DIRECTOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DE LAS OBLIGACIONES NACIDAS DEL CONTRATO, ASÍ COMO DE SU CUMPLIMIENTO TARDÍO O DE SU CUMPLIMIENTO DEFECTUOSO, CUANDO ELLOS SON IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO, LOS DAÑOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA POR ENTREGAS PARCIALES DE LA OBRA, CUANDO EL CONTRATO NO PREVÉ ENTREGAS PARCIALES, ADEMÁS DE ESOS RIESGOS, ESTE AMPARO COMPRENDERÁ EL PAGO DEL VALOR DE LAS MULTAS Y DE LA CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA QUE SE HAYAN PACTADO EN EL CONTRATO GARANTIZADO.

1.3 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN AL ANTICIPO

EL AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, DE LOS PERJUICIOS SUFRIDOS CON OCASIÓN DE (I) LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO, (II) EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO Y (III) LA APROPIACIÓN INDEBIDA QUE EL CONTRATISTA GARANTIZADO HAGA DE LOS DINEROS O BIENES QUE SE LE HAYAN ENTREGADO EN CALIDAD DE ANTICIPO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO. CUANDO SE TRATE DE BIENES ENTREGADOS COMO ANTICIPO, ÉSTOS DEBERÁN TASARSE EN DINERO EN EL CONTRATO.

LA GARANTIA DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO DEBE ESTAR VIGENTE HASTA LA LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO O HASTA LA AMORTIZACIÓN DEL ANTICIPO, DE ACUERDO CON LO QUE DETERMINE LA ENTIDAD ESTATAL. EL VALOR DE LA GARANTIA COMPRENDERÁ EL 100% DE LA SUMA ESTABLECIDA COMO ANTICIPO, YA SEA EN DINERO O EN ESPECIE.

1.4 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGOS ANTICIPADOS

EL AMPARO DE DEVOLUCIÓN DEL PAGO ANTICIPADO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE DE LOS PERJUICIOS SUFRIDOS POR LA NO DEVOLUCIÓN TOTAL O PARCIAL, POR PARTE DEL CONTRATISTA, DE LOS DINEROS QUE LE FUERON ENTREGADOS A TÍTULO DE PAGO ANTICIPADO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR. LA GARANTIA DE

PAGO ANTICIPADO DEBE ESTAR VIGENTE HASTA LA LIQUIDACION DEL CONTRATO O HASTA QUE LA ENTIDAD ESTATAL VERIFIQUE EL CUMPLIMIENTO DE TODAS LAS ACTIVIDADES O LA ENTREGA DE TODOS LOS BIENES O SERVICIOS ASOCIADOS AL PAGO ANTICIPADO, DE ACUERDO CON LO QUE DETERMINE LA ENTIDAD ESTATAL. EL VALOR DE LA GARANTIA COMPRENDERA EL 100% DEL MONTO PAGADO DE FORMA ANTICIPADA, YA SEA ESTE EN DINERO O EN ESPECIE.

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

EL AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES, CUBRIRÁ A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE OCASIONEN COMO CONSECUENCIA DEL INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES LABORALES A QUE ESTE OBLIGADO EL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADAS DE LA CONTRATACION DEL PERSONAL UTILIZADO PARA LA EJECUCION DEL CONTRATO AMPARADO EN EL TERRITORIO NACIONAL.

ESTA GARANTIA NO SE APLICARA PARA LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL POR PERSONAL CONTRATADO BAJO UN REGIMEN JURIDICO DIFERENTE AL COLOMBIANO.

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA

EL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA, CUBRIRÁ A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS POR CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, IMPUTABLE AL CONTRATISTA, SUFRIDO POR LA OBRA ENTREGADA A SATISFACCIÓN.

PARAGRAFO: LA COBERTURA DEL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA INICIA SU VIGENCIA A PARTIR DEL RECIBO A SATISFACCION DE LA OBRA POR PARTE DE LA ENTIDAD CONTRATANTE.

1.7 CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADOS

EL AMPARO DE CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADOS CUBRIRÁ A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE DE LOS PERJUICIOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO, (I) DERIVADOS DE LA MALA CALIDAD O DEFICIENCIAS TÉCNICAS DE LOS BIENES O EQUIPOS POR EL SUMINISTRADOS, DE ACUERDO CON LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO O (II) POR EL INCUMPLIMIENTO DE LOS PARÁMETROS O NORMAS TÉCNICAS ESTABLECIDAS PARA EL RESPECTIVO BIEN O EQUIPO, UNA VEZ SEAN RECIBIDOS POR LA ENTIDAD.

1.8 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

EL AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE DE LOS PERJUICIOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO QUE SE DERIVEN DE (I) LA MALA CALIDAD O INSUFICIENCIA DE LOS PRODUCTOS ENTREGADOS CON OCASIÓN DE UN CONTRATO DE CONSULTORÍA, O (II) DE LA MALA CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO, TENIENDO EN CUENTA LAS CONDICIONES PACTADAS EN EL CONTRATO.

PARAGRAFO PRIMERO.

EN VIRTUD DE LO SEÑALADO EN 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 O DE LA RESPONSABILIDAD IMPUTABLE A LOS PARTICULARES, DERIVADOS DE UN PROCESO DE RESPONSABILIDAD FISCAL.

PARÁGRAFO SEGUNDO.

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 SÍ.

PARÁGRAFO TERCERO.

ANTES DEL INICIO DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, SERA RESPONSABILIDAD DE LA ENTIDAD CONTRATANTE APROBAR LA GARANTIA. LA APROBACION COMPRENDERA LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA POLIZA.

2. EXCLUSIONES

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

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 EL USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A QUE ESTÉ OBLIGADA LA ENTIDAD CONTRATANTE.

2.4 EL DEMÉRITO O DETERIORO NORMAL QUE SUFRAN LOS BIENES ENTREGADOS CON OCASIÓN DEL CONTRATO

GARANTIZADO, COMO CONSECUENCIA DEL MERO TRANSCURSO DEL TIEMPO.

CAPITULO II - DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Para efectos de este contrato de seguro las expresiones o vocablos relacionados a continuación, tendrán el siguiente significado.

2.1 Tomador

Es la persona natural o jurídica que contrata el seguro y se hace responsable del pago de la prima y quien ha celebrado un contrato con la entidad estatal contratante, cuyas obligaciones se encuentran garantizadas con la presente póliza.

2.2 Asegurado

Es la entidad estatal contratante que por tener interés asegurable figura como tal en la carátula de la póliza.

2.3 Beneficiario

Es la entidad estatal contratante que ha sufrido un perjuicio amparado, o en el amparo de salarios el trabajador vinculado al contratista mediante contrato de trabajo.

2.4 Siniestro

Es la realización del riesgo asegurado por un hecho imputable al contratista, ocurrido durante la vigencia consignada en la carátula de la póliza, que ha causado un perjuicio indemnizable a la entidad estatal contratante.

2.5 Acto Administrativo

Es el medio a través del cual la entidad estatal en uso de su función administrativa manifiesta su voluntad encaminada a producir ciertos efectos jurídicos de carácter particular.

2.6 Acto Administrativo Ejecutoriado

Es la manifestación de la entidad estatal contratante que puede producir los efectos previstos en el acto, por haber cumplido con los requisitos establecidos del artículo 62 del código contencioso administrativo, y Aseguradora Solidaria de Colombia en calidad de garante ha ejercido su derecho a la defensa.

CAPITULO III - CONDICIONES APLICABLES A TODO EL CONTRATO

1. SUMA ASEGURADA

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

2. VIGENCIA

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA SE HARÁ CONSTAR EN LA CARÁTULA DE LA POLIZA Y/O EN SUS ANEXOS Y/O CERTIFICADOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA.

3. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA

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

3.1 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 LA ENTIDAD ESTATAL PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL, ADEMÁS DE LA DECLARATORIA DE CADUCIDAD, PROCEDERÁ A HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL O A CUANTIFICAR EL MONTO DEL PERJUICIO Y A ORDENAR SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO AL GARANTE. EL ACTO ADMINISTRATIVO DE CADUCIDAD CONSTITUYE SINIESTRO.

3.2 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 LA ENTIDAD ESTATAL, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL IMPONDRÁ LA MULTA Y ORDENARÁ SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO AL GARANTE. EL ACTO ADMINISTRATIVO CONSTITUYE SINIESTRO.

3.3 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 PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL DECLARARÁ EL INCUMPLIMIENTO Y CUANTIFICARÁ EL MONTO DE LA PÉRDIDA Y/O HARA EFECTIVA LA CLÁUSULA

PENAL, SI ELLA ESTÁ PACTADA Y ORDENARA SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO AL GARANTE.

4. REDUCCIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN

SI EL ASEGURADO O BENEFICIARIO, AL MOMENTO DE TENER CONOCIMIENTO DEL INCUMPLIMIENTO O CON POSTERIORIDAD A ÉSTE Y ANTERIOR AL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, FUERE DEUDOR DEL CONTRATISTA POR CUALQUIER CONCEPTO, SE APLICARÁ LA COMPENSACIÓN Y LA INDEMNIZACIÓN SE DISMINUIRÁ EN EL MONTO DE LAS ACREENCIAS, SEGÚN LA LEY, DE CONFORMIDAD CON LO SEÑALADO EN LOS ARTÍCULOS 1714 Y SUBSIGUIENTES DEL CÓDIGO CIVIL.

IGUALMENTE SE DISMINUIRÁ DEL VALOR DE LA INDEMNIZACIÓN EN EL DE LOS BIENES QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HAYA OBTENIDO DEL CONTRATISTA, JUDICIAL O EXTRAJUDICIALMENTE, EN EJERCICIO DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO CUYO CUMPLIMIENTO SE GARANTIZA CON LA PRESENTE PÓLIZA.

5. PAGO DEL SINIESTRO

LA ASEGURADORA PAGARÁ EL VALOR DEL SINIESTRO, ASÍ:

5.1. PARA EL CASO PREVISTO EN EL NUMERAL 3.1., DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE CON TAL FIN HAGA LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE PARA RECLAMAR EL PAGO, ACOMPAÑADA DEL ACTO ADMINISTRATIVO DEBIDAMENTE EJECUTORIADO Y DEL ACTA DE LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO O DE LA RESOLUCIÓN EJECUTORIADA QUE ACOJA LA LIQUIDACIÓN UNILATERAL.

5.2 PARA EL CASO DEL NUMERAL 3.2, DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE HAGA LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, ACOMPAÑADA DEL ACTO ADMINISTRATIVO DEBIDAMENTE 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 CUARTA DE ESTE CLAUSULADO O EN LA QUE CONSTE LA DISMINUCIÓN EN EL VALOR A INDEMNIZAR EN VIRTUD DE TAL COMPENSACIÓN.

PARAGRAFO.

LA ASEGURADORA PODRÁ OPTAR POR CUMPLIR SU PRESTACIÓN MEDIANTE EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN O CONTINUANDO LA EJECUCIÓN DE LA OBLIGACIÓN GARANTIZADA, DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1102 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

6. VIGILANCIA SOBRE EL CONTRATISTA EN LA EJECUCION DEL CONTRATO

LA ASEGURADORA TIENE DERECHO A EJERCER LA VIGILANCIA SOBRE EL CONTRATISTA EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, PARA LO CUAL LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE LE PRESTARÁ LA COLABORACIÓN NECESARIA.

7. SUBROGACION

EN VIRTUD DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN LA ASEGURADORA SE SUBROGA HASTA CONCURRENCIA DE SU IMPORTE, EN TODOS LOS DERECHOS QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE TENGA CONTRA EL CONTRATISTA.

LA ENTIDAD ESTATAL NO PUEDE RENUNCIAR EN NINGÚN MOMENTO A SUS DERECHOS CONTRA EL CONTRATISTA Y SI LO HICIERE PERDERÁ EL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN.

EL CONTRATISTA SE OBLIGA A REEMBOLSAR INMEDIATAMENTE A LA ASEGURADORA, LA SUMA QUE ÉSTA LLEGARE A PAGAR A LA ENTIDAD ESTATAL, CON OCASIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, INCREMENTADA CON LOS INTERÉSES MÁXIMOS LEGALES VIGENTES AL MOMENTO DEL REEMBOLSO, CALCULADOS DESDE QUE LA ASEGURADORA EFECTÚE EL PAGO RESPECTIVO, SIN NECESIDAD DE REQUERIMIENTOS PREVIOS.

8. CESION DEL CONTRATO

EN EL EVENTO QUE POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA EL ASEGURADOR RESOLVIERA CONTINUAR, COMO CESIONARIO, CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ESTUVIESE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA ACEPTA DESDE AHORA LA CESIÓN DEL CONTRATO A FAVOR DEL ASEGURADOR.

EN TAL EVENTO LAS PARTES SUSCRIBIRÁN EL CONTRATO CORRESPONDIENTE, Y ASEGURADORA SOLIDARIA PRESENTARÁ GARANTÍAS EN LOS TÉRMINOS EXIGIDOS POR LA LICITACIÓN O CONTRATO.

9. NO EXPIRACION POR FALTA DE PAGO DE PRIMA E IRREVOCABILIDAD

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

10. NOTIFICACIONES Y RECURSOS

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

11. PROHIBICION DE LA TRANSFERENCIA

NO SE PERMITE HACER CESIÓN O TRANSFERENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA SIN EL CONSENTIMIENTO ESCRITO DE LA ASEGURADORA. EN CASO DE INCUMPLIMIENTO DE ESTA DISPOSICIÓN, EL AMPARO TERMINA AUTOMÁTICAMENTE Y LA ASEGURADORA SOLO SERÁ RESPONSABLE POR LOS ACTOS DE INCUMPLIMIENTO QUE HAYAN OCURRIDO CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE LA CESIÓN O TRANSFERENCIA.

12. COEXISTENCIA DE SEGUROS

EN CASO DE EXISTIR, AL MOMENTO DEL SINIESTRO, OTRO SEGURO DE CUMPLIMIENTO CON RELACIÓN AL MISMO CONTRATO, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN A QUE HAYA LUGAR, SE DISTRIBUIRÁ ENTRE LOS ASEGURADORES EN PROPORCIÓN A 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.

13. LLAMAMIENTO EN GARANTIA

CUANDO SE AMPAREN CONTRATOS EN LOS CUALES SE HA SUSCRITO CLAUSULA COMPROMISORIA, DE CONFORMIDAD CON O PREVISTO EN EL ARTÍCULO 37 DE LA LEY 1563 DE 2012, LA ASEGURADORA QUEDARA VINCULADA A LOS EFECTOS DEL MISMO.

14. PROCESOS CONCURSALES LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA SE OBLIGA A HACER VALER SUS DERECHOS DENTRO DE CUALQUIER PROCESO CONCURSAL O PRECONCURSAL O LOS PREVISTOS EN LA LEY 550 DE 1999, LEY 1116 Y SUS NORMAS COMPLEMENTARIAS, EN EL QUE LLEGARE A SER ADMITIDO EL CONTRATISTA GARANTIZADO, EN LA FORMA EN QUE DEBERÍA HACERLO SI CARECIESE DE LA GARANTÍA OTORGADA POR LA PRESENTE PÓLIZA, SUS CERTIFICADOS DE APLICACIÓN Y SUS AMPAROS, DANDO AVISO A LA ASEGURADORA DE TAL CONDUCTA.

15. PRESCRIPCIÓN LAS ACCIONES DERIVADAS DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, SE SUJETAN A LOS TÉRMINOS DE PRESCRIPCIÓN DISPUESTOS EN EL ARTÍCULO 1081 DEL CÓDIGO DE COMERCIO Y DEMÁS NORMAS QUE LO ADICIONEN Y/O MODIFIQUEN.

16. DOMICILIO SIN PERJUICIO DE LAS DISPOSICIONES PROCESALES, PARA LOS EFECTOS RELACIONADOS CON EL PRESENTE CONTRATO SE FIJA EL DOMICILIO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA.



TOMADOR

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA



Verificados los resultados del participante en el curso virtual
Función Pública certifica que:

carlos andres corzo peñaloza

C.C 1.098.678.542

Participó y completó el curso virtual:

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 14 de junio 2023

Aura Isabel Mora

Código: 76908847000

Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

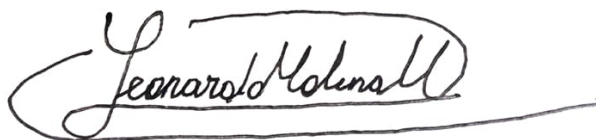
carlos andres corzo peñaloza

C.C 1.098.678.542

Participó y completó con éxito los 8 módulos del curso virtual del
Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 14 de junio 2023



Leonardo Molina Henao

Director de Gestión y Desempeño Institucional



Fundamentos
Generales



Talento
Humano



Direccionamiento
estratégico



Gestión con valores
para resultados



Evaluación de
resultados



Información y
comunicación



Gestión del
conocimiento



Control
interno

Código 7638494000

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos REDAM, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1098678542 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 21/11/2023 05:01 AM



Código Verificación: **ZM2QS4DBJP**

Válida hasta: **19/02/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC