SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CAQUETÁ
CENTRO TECNOLÓGICO DE LA AMAZONÍA-CAQUETÁ

Código Regional	**18**
Código Centro	**951610**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2024**
Versión	**ENERO 2024 - 1,24**
ID de Proceso	**96880-044077**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: MARIA ARGENIS MALLORCA PERDOMO
Correo electrónico contratista: mariaargenismay123@gmail.com
C.C. 26.606.535 **IP/Nº de contacto** 82982

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** NO **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** 46647835147

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: 5901120/2024 **Nº Compromiso SIIF** 17024

Valor Total del Contrato	$ 37.975.490	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 37.975.490	**1**	**Del**	**14/02/2024**	**Al**	**29/02/2024**	**$ 2.025.359,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 35.950.131		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

Prestar los servicios personales de carácter temporal como instructor para impartir acciones de Formación Profesional integral en el área de Decoración de prendas, bajo el enfoque por competencias laborales en los programas de formación complementarios asignados que ofrece el Centro Tecnológico de la Amazonia en los diferentes municipios del departamento del Caquetá, en el marco

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.025.359		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 2.025.359**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.230.944**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**4541699485**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.300.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 162.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 208.000	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 13.600	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 $ 506.339	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 14.903.916	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 14.903.916	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.706.500	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.506.080	$ -	
Salud hasta $ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25% $ 3.098.445	$ 410.315	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.230.944,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	1.654.859,00	
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	9.929,00	0,600%
-	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)	368.400,00	
VALOR A PAGAR	**$1.647.030,00**	

SON: UN MILLÓN SEISCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL TREINTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ejecute la FPI en las fichas N° 2917292 Y 2920144
En cada una de las fichas cree ruta de aprendizaje y asocie a los aprendices.
Emiti los juicios evaluativos en las fichas N° 2917292 terminadas en el mes de febrero de 2024
Presente las capacitaciones en inducción SST, modulo SST 1, modulo SST 2, protocolos de bioseguridad y manual de discapacidad
Participe en la reunión de instructores del mes de feb.2024
RECURSOS: NACION
Mis actividades las ejecute en el municipio de Florencia y anexo informe del mes de febrero de 2024

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

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

MARIA ARGENIS MALLORCA PERDOMO
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,

OLGA MARCELA SOTO GUTIERREZ
INSTRUCTOR G16

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

HELMAN CASTAÑEDA CASTAÑEDA

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

CERTIFICA QUE:

El (La) Señor (MARIA ARGENIS MALLORCA PERDOMO) (a) con CC 26606535 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° Cotizante

Fecha de Activación de Servicios 15-03-2023
Estado de la: ACTIVO

IPS: SALUD VITAL DEL HUILA I.P.S S.A.S - SEDE FLORENCIA

La presente certificación 02 días del mes de Febrero del año 2024.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14892648541

(415)7707212489984(8020) 000001489264854 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
2 6 6 0 6 5 3 5	5	Impuestos y Aduanas de Florencia 2 8	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	2 6 6 0 6 5 3 5	1 9 8 0 1 1 0 6

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Huila 4 1	Yaguará 8 8 5

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MALLORCA	PERDOMO	MARIA	ARGENIS

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caquetá 1 8	Florencia 0 0 1

41. Dirección principal: CL 35 B 11 A 03 BRR VILLA NATALIA

42. Correo electrónico: mariaargenismay123@gmail.com

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 02 - 01 / 14 : 24: 03

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MALLORCA PERDOMO MARIA ARGENIS

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14892648541

(415)7707212489984(8020) **000001489264854 1**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
2 6 6 0 6 5 3 5	5	Impuestos y Aduanas de Florencia	2 8	

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Confección de prendas de vestir, excepto prendas de piel 1 4 1 0	

162. Nombre del establecimiento: MAYORCA PERDOMO MARIA ARGENIS

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Caquetá 1 8	Florencia 0 0 1	

165. Dirección: CL 35 B 11 A 03 BRR VILLA NATALIA

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

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	26606535
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARIA ARGENIS MAYORCA PERDOMO
CIUDAD/MUNICIPIO:	FLORENCIA	DEPARTAMENTO:	CAQUETA
DIRECCIÓN:	CRA 10 NO 6 54	TELÉFONO:	4345931
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:		**4541699485**		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero	AÑO 2024
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/03/01		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9997836899	

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 208.000
SUBTOTALES:										**$ 208.000**	**$ 0**	**$ 208.000**

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
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500
SUBTOTALES:													**$ 162.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 162.500**

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	$ 6.800	$ 6.800	$ 0	$ 0	$ 6.800
SUBTOTALES:									**$ 6.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 6.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES											
																												PENSIÓN									SALUD							ARP																							
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	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS 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	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 26606535	MALLORCA PERDOMO MARIA ARGENIS	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO																		25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	26606535	$ 6.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 377.300**

VALORACIÓN PSICOLÓGICA

Nombre: MARIA ARGENIS MALLORCA PERDOMO

Edad: 62 AÑOS

30 DE ENERO 2024

El área espiritual (Valor NO VIOLENCIA) es la más importante para MARIA ARGENIS MALLORCA PERDOMO. El área menos importante es la física (Valor RECTITUD).
El valor verdad está dentro de la norma de la población. La parte intelectual de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como veracidad, raciocinio, curiosidad y honestidad intelectual.

El valor rectitud recibe una calificación dentro de lo esperado. La parte física de sus valores se muestra equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como compromiso, confiabilidad, deber, cumplir metas, respeto, responsabilidad y sacrificio.

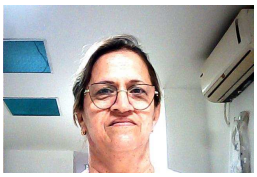
La valoración de la paz está dentro de la norma de la población. La parte emocional de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como calma, concentración, paciencia, reflexión, satisfacción, y silencio interior.

El valor amor le impacta dentro de la norma del grupo. La parte intuitiva de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como amabilidad, amistad, ayuda, apoyo, compartir, compasión, cuidado, perdón, simpatía y tolerancia.

El valor no violencia está dentro de lo normal. La parte espiritual de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como amor universal, aprecio por las demás culturas y creencias, hermandad, justicia social y unidad humana.

Fernanda Prieto M.

FERNANDA PRIETO MONTEALEGRE
Psicóloga
T.P 199882



CLIPSALUD IPS S.A.S

Nit: 900304743-4

.4A-56 FLORENCIA CAQUETA PBX: 4355072- 4347315 CEL: 3175176395
BARRIO PORVENIR - www.clipsalud.com

Nombre Paciente:	Maria Argenis Mallorca Perdomo	Identificacion	Codigo Unico Paciente:
		26606535	704
Empresa:	PARTICULAR/SENA	Fecha Nacimiento:	21/04/1962
Direccion:	VILLA NATALIA		

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:		Estado Civil:	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Consulta
65791	Femenino	61	Años	Casado	10 - 11 (Media Tecnica)	FLORENCIA	30/01/2024 08:18:36

Objetivo:	Ingreso	E.P.S.:	ASMED SALUD	A.R.L.:	POSITIVA	Cargo:	INSTRUCTORA
Contrato:		Clasificacion del Riesgo:		CLASE I		Estrato:	[1] - Bajo Bajo

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Los Resultados de Paraclinicos y Valoracion del Paciente fueron consignados en una Historia Clinica Ocupacional que reposa en los archivos de Salud Ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente result

CONCEPTO INGRESO:

☑	APTO para el Cargo
☐	No APTO para el Cargo
☐	Aplazado

TRABAJOS ESPECIALES:

Alturas	
Espacios Confinados	
Manipulacion de Alimentos	

CONCEPTO EGRESO:

☐	Satisfactoria
☐	No Satisfactoria

Valoracion por: E.P.S. ☐ A.R.L. ☐

☐ **PERIODICO, CAMBIO DE OCUPACION O POST-INCAPACIDAD** ☐ Reubicar Trabajador ☐ Continua en el Cargo

PREVENCION EN RIESGO LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

☐ Auditivo ☐ Visual ☐ CardioVascular ☐ Respiratorio ☐ Ergonomico ☐ Dermatologia ☐ Otros

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS

Se Realizaron los siguientes examenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, VISIOMETRIA, AUDIOMETRIA OCUPACIONAL, GLICEMIA EN SANGRE, PERFIL LIPIDICO COMPLETO, PRUEBA PSICOLOGICA .

DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Apto para el cargo..

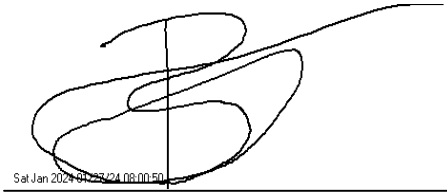
RESTRICCIONES

Ninguna para el Cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

Debe asistir a control periodico por FONOAUDIOLOGIA Y OPTOMETRIA en su EPS, El ejercicio regular al menos 5 veces a la semana en sesiones media hora, mejora el estado general, por lo que recomendamos mantener la práctica de actividades deportiva, acorde con su interés, estado físico y condición de salud. Esta recomendación no está relacionada con implicaciones para su trabajo habitual. Higiene de postura, Pausas activas cada 2 horas 5 minutos. Uso EPP. Uso adecuado de tapabocas, distanciamiento social, lavado de manos constante.

Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(as) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará CLIPSALUD IPS S.A.S. Para proteger la confidencialidad de mis resultados.Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. Autorizo a CLIPSALUD IPS S.A.S. para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. De igual manera soy consciente y doy fe, de que me fue socializado mi estado de salud y el resultado de cada uno de mis valoraciones realizadas. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

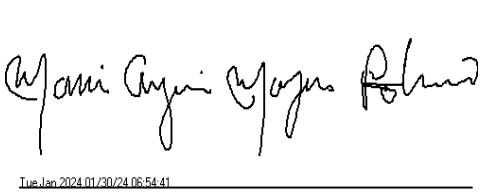


Sat Jan 2024 01/27/24 08:00:50

Ronald Miguel Sotelo Marimon - C.C. 8853142 / RM: Registro Mèdico 18822
Especialista Salud ocupacional Reg. 0326

31/01/2024 10:16:53

Generado por SGMI - TERRASOFT, NIT. 74814574-9. www.terrasoft.co



Tue Jan 2024 01/30/24 06:54:41

Firma y Huella del Paciente o Responsable



Indice Derecho

Importante: Valide su certificado de aptitud en www.clipsalud.com Opción RESULTADOS EN LINEA FLORENCIA

CLIPSALUD IPS S.A.S

EXAMEN DE AUDIOMETRIA OCUPACIONAL

Nit: 900304743-4

Nombre: Maria Argenis Mallorca Perdomo **Fecha:** 30/01/2024 **SID-AUDIO : 29153**

No. Identificacion: 26606535 **Empresa:** PARTICULAR/SENA Particular

Edad: 61 Años **Sexo:** Femenino **Cargo / Tipo:** INSTRUCTORA Ingreso

I. Antecedentes de Exposicion Laboral al Ruido

Cargo Actual: INSTRUCTORA
Ruido Laboral:
Cargo Anterior: INSTRUCTORA
Empresa: SENA

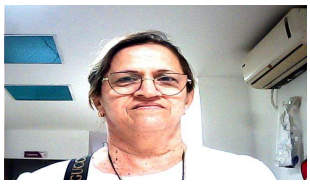
Tiempo de Servicio: 8 AÑOS APROX
Proteccion Auditiva: Ninguna
Tiempo Servicio: 8 AÑOS
Ruido Laboral: Ninguno

Proteccion Auditiva Utilizada: Ninguna
Ultimo Examen de Audiometria: 3 AÑOS
Reporte Ultimo Examen: NORMAL

II. Actividades Extralaborales con Exposicion al Ruido

Servicio Militar:	Si ○ No ●	Tiro al Blanco:	Si ○ No ●
Moto:	Si ○ No ●	Tejo:	Si ○ No ●
Carro:	Si ○ No ●	Walkman / Ipad / Auriculares mp3:	Si ○ No ●
Avion / Helicoptero:	Si ○ No ●	Discoteca:	Si ○ No ●
Natacion:	Si ○ No ●	Otros:	Si ○ No ●

Otros Cual: No refiere



III. Antecedentes Personales

TC - TCE:	Si ○ No ●	Diabetes:	Si ○ No ●
Paperas:	Si ○ No ●	Sarampion:	Si ○ No ●
HTA:	Si ○ No ●	Paralisis Facil:	Si ○ No ●
Meningitis:	Si ○ No ●	Cefaleas:	Si ○ No ●
Rubeola:	Si ○ No ●	Otros:	Si ○ No ●

Otros Cual?: No refiere

IV - Antecedentes Otologicos

Otalgia:	Si ○ No ●	Otitis:	Si ○ No ●
Otorrea:	Si ○ No ●	Cirugias de Oido:	Si ○ No ●
Acufenos / Tinnitus	Si ○ No ●	Hipoacusia:	Si ○ No ●
Vertigo:	Si ○ No ●	Rinitis:	Si ○ No ●
Sensacion de Oidos Tapado	Si ○ No ●	Sinusitis:	Si ○ No ●
Infecciones:	Si ○ No ●	Alteraciones Vias Respiratorias:	Si ○ No ●
Tapon de Cerumen:	Si ○ No ●	Otros:	Si ○ No ○

Otros: No refiere

V. Audicion

Considera que Oye Bien?: ● Si ○ No Hace Cuanto Tiempo:

Igual por los dos Oidos: ● Si ○ No

Al Conversar solicita repetir con frecuencia: Si ○ No ●

Debe Aumentar el Volumen del TV / Radio: Si ○ No ●

Otras: No refiere

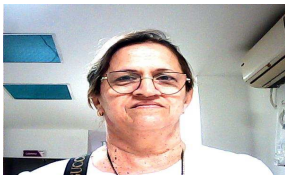
Morbilidad al Ruido:

El Ruido le Molesta:	Si ○ No ●
Le causa Dolor de Cabeza:	Si ○ No ●
Le produce mal Genio:	Si ○ No ●
Le produce Desmotivacion:	Si ○ No ●
Interfiere su concentracion:	Si ○ No ●

OTOSCOPIA

PARAMETROS	OIDO DERECHO	OIDO IZQUIERDO
Conducto Auditivo Externo:	Normal	Normal
Membrana Timpanica:	Normal	Normal
Pabellon Auricular:	Normal	Normal
Sintomas Visuales - Sensoriales y Auditivos:		
Observaciones:	Ninguno	

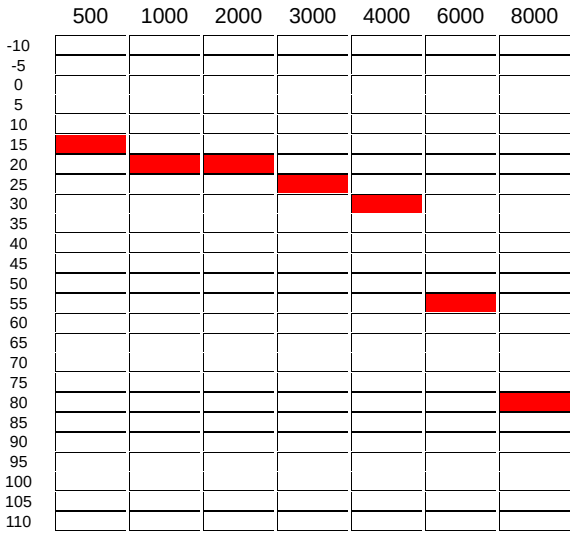
Reposo Auditivo: Si ● No ○ Horas Reposo: 6 HORAS APROX



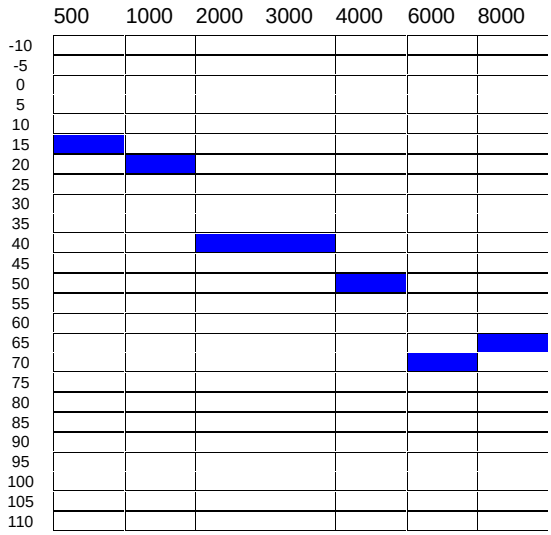
Descripcion: _____ Audiocups: ☑

Equipo: MAICO MA 42 Fecha Calibracion: 7/03/2023 Cabina: ☑

OIDO DERECHO VIA AEREA



OIDO IZQUIERDO VIA AEREA



UMBRALES AUDITIVOS VIA AEREA

dB	Hz									
	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	PROMEDIO TONOS PUROS (dB	
Oido Derecho	20	15	20	20	25	30	55	80	20	dB
Oido Izquierdo	20	15	20	40	40	50	70	65	30	dB

UMBRALES AUDITIVOS VIA OSEA

dB	Hz								
	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	PROMEDIO TONOS PUROS (dB)	
Oido Derecho	0	0	0	0	0	0	0	0	dB
Oido Izquierdo	0	0	0	0	0	0	0	0	dB

Impresion Fonoaudiologica: OI: DISMINUCION DE LA SENSIBILIDAD AUDITIVA GRADO LEVE. OD: SENSIBILIDAD AUDITIVA FUNCIONAL CON DESCENSO EN FRECUENCIAS 3Hz, 4Hz 6HZ Y 8Hz PTA NORMAL.

Grado de Audición: Leve

Impresion Diagnostica: [CIE1O-H932]:OTRAS PERCEPCIONES AUDITIVAS ANORMALES

Clasificacion Ocupacional: Larsen Grado I

Recomendaciones: _____

Conducta: Valoriacion por O.R.L. ☑ Audiometria Clinica: ☑

Limpieza Otica Bilateral: ☐ O.I.: ☐ O.D.: ☐

E.P.P. Auditiva:

Copa: ☐ Insercion: ☐ Doble Proteccion.: ☐ Conducir con Ventanilla Cerrada: ☐

Control: En 1 Año: ☐ En 6 Meses: ☐ En 3 Meses: ☐

Thu Jan 2024 01/25/24 07:23:21

Evaluador: JANIER ALEXIS MORALES ESQUIVEL / TP 1115949488

Tue Jan 2024 01/30/24 06:54:41

FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE



Indice Derecho

CLIPSALUD IPS S.A.S

Nit: 900304743-4

HOJA DE TRABAJO
SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL

PACIENTE: MARIA ARGENIS MALLORCA PERDOMO CC 26606535

Fecha: 30/01/2024 06:58:12

SID: **30394** Orden Nro. 73978

Empresa: PARTICULAR/SENA

Hora	Profesional / Empresa	Actividad	Notas
Fecha Cita:	**30/01/2024**		
INMEDIATO	LABORATORIO CLINICO	Laboratorio	2 PISO
06:21 am	GLORIA LEONOR ESPINOSA GONZ	Optometria/Visiometria	
06:37 am	RONALD MIGUEL SOTELO MARIM(	Medicina Ocupacional	
07:11 am	JANIER ALEXIS MORALES ESQUIV	Audiometria	
07:30 am	FERNANDA PRIETO MONTEALEGF	Psicologia	

CONCEPTOS

Concepto	Cantidad:
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSC	1
VISIOMETRIA	1
AUDIOMETRIA OCUPACIONAL	1
GLICEMIA EN SANGRE	1
PERFIL LIPIDICO COMPLETO	1
PRUEBA PSICOLOGICA	1
	6

Nuestro saludo de bienvenida e interes por que su visita a Visionamos Salud cubra con sus expectativas

Por Favor Tenga en Cuenta las siguientes recomendaciones:

*Llegue 10 minutos antes de la hora asignada

*Ubiquese en cada sala de espera segun corresponda. Alli sera llamado por cada Profesional.

*Evite Tocar la Puerta.

*Si tiene examen de laboratorio, por favor asista en ayunas

*En caso de alguna duda, comuniquela inmediatamente a recepcion.

*En caso de queja, comuniquela al número celular 313 282 03 09

Su oponion es muy importante para nosotros.

El usuario tienen DERECHO a:

*Presentar quejas, reclamos y solicitudes sobre la prestacion del servicio y la resolucion de las mismas.

El usuario tiene el DEBER de:

*Seguir las instrucciones necesarias para obtener una adecuada prestacion del servicio.

.

HISTORIA CLINICA
OCUPACIONAL

CLIPSALUD IPS S.A.S
Nit: 900304743-4
CALLE 18 Nº 5A-48 FLORENCIA CAQUETA PBX: 8745789- CEL: 3162523
BARRIO PORVENIR - www.clipsalud.com

		Identificacion	Codigo Unico Paciente:
Nombre Paciente:	Maria Argenis Mallorca Perdomo	26606535	704
Empresa:	PARTICULAR/SENA	**Fecha Nacimiento:**	21/04/1962
Direccion:	VILLA NATALIA		

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:	Estado Civil:	Nro. Hijos	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Ingreso:
65791	Femenino	61 a	Casado	2	10 - 11 (Media Tecnica)	FLORENCIA	30/01/2024 08:18:36

Objetivo:	Ingreso	**E.P.S.:**	ASMED SALUD	**A.R.L.:**	POSITIVA	**Cargo:**	INSTRUCTORA
Contrato:		**Clasificacion del Riesgo:**		CLASE I		**Estrato:**	[1] - Bajo Bajo

I. INFORMACION OCUPACIONAL Y EXPOSICION A FACTORES DE RIESGO

NOMBRE DE LA EMPRESA	CARGO	TIEMPO	FACTOR DE RIESGO							ORGANOS COMPROMETIDOS					
			Fisicos	Quimicos	Ergonomicos	Biologicos	Psicosocial	Seguridad	Otros	Oido	Ojos	Piel	Pulm	Ost.	Otros
SENA	INSTRUCTORA		☐	☐	☑	☐	☑	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Observaciones Antecedentes:

* Ampliacion de ITEMS señalados con "Si"

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

Gafas: ☐ Casco: ☐ Tapabocas: ☐ Overol: ☐ Botas: ☐ Protector Auditivo: ☐ Respirador: ☐ Guantes: ☐

A. - ACCIDENTES DE TRABAJO: NO
No Refiere Accidentes de Trabajo o Enfermedad(es) Profesional(es)

B. - ENFERMEDAD PROFESIONAL: NO

C.- ANTECEDENTES FAMILIARES:

Composición Familiar: Nuclear

PATOLOGIA		PARENTESCO	PATOLOGIA		PARENTESCO
ASMA:	☐		A. CEREBRO-VASCULAR:	☐	
CANCER:	☐		HIPERTENSION ARTERIAL:	☐	
DIABETES:	☐		COLAGENOSIS:	☐	
ENFERMEDAD CORONARIA:	☐		PAT. TIROIDEAS:	☐	

OTROS ANTECEDENTES: No Refiere Antecedentes

D. - ANTECEDENTES PERSONALES:

Patologicos:	☐	No Refiere	Psiquiatricos:	☐	No Refiere	Estimulantes:	☐	No Refiere
Hospitalarios:	☐	No Refiere	Transfuncionales:	☐	No Refiere	Practica Algun Deporte:	☐	No Refiere
Quirurgicos:	☑		Inmunizaciones:	☐	No Refiere	Medicamentosos:	☐	No Refiere
Alergicos:	☐	No Refiere	Gineco - Obstetricos:	☐	No Refiere	Toxicos:	☐	No Refiere
Traumaticos:	☐	No Refiere	Tabaquismo:	☐	No Refiere	Otros:	☐	No Refiere
Venereos:	☐	No Refiere	Alcohol:	☐	No Refiere			

CX QUISTES MATRIZ, HISTERECTOMIA

E. - ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:

** Ampliacion Sobre los item señalados con "Si" en antecedentes personales*

CICLO MENSTRUAL: No Aplica	G: 2 P: 0 A: 0 V: 2 C: 2 M: 0 E: 0
FECHA ULTIMA REGLA: No Aplica	PLANIFICACION FAMILIAR:
FECHA ULTIMA CITOLOGIA: No Aplica	☐ METODO: No Aplica

F. - INMUNIZACIONES:

VACUNA	DOSIS UNICA	VACUNA	1 DOSIS	2 DOSIS	3 DOSIS	REFUERZO
FIEBRE AMARILLA:	No Refiere	TETANO:	No Refiere	No Refiere	No Refiere	No Refiere
PAPERAS Y RUBEOLA:	No Refiere	HEPATITIS:	No Refiere	No Refiere	No Refiere	No Refiere
INFLUENZA:	No Refiere	OTRAS:	No Refiere	No Refiere	No Refiere	No Refiere
Resultado Inmunizaciones:	No Refiere					

G. - HABITOS:

FUMA	○ Si ● No		
CANTIDAD DE CIGARRILLOS POR DIA:	0		
FUMABA:	○ Si ● No	CIGARRILLOS DIA:	0
HASTA CUANDO:			

ALCOHOL:	○ Si	● No
FRECUENCIA:		TIPO:
ACTIVIDAD CULTURAL:	○ Si	● No
ACTIVIDAD DEPORTIVA:	○ Si	● No
SEDENTARIO PURO:	● Si	○ No
SEDENTARIO:	● Si	○ No

Habitos Riesgosos

Tejo ☐ S. Militar: ☐ Tiempo: _____ Moto: ☒

Otros: _____

Especifique:

NO REFIERE

II. - REVISION POR SISTEMAS Y EXAMEN FISICO:

CARDIOVASCULAR:	N	OCULAR:	N
DARMATOLOGICO:	N	RESPIRATORIO:	N
GENITU - URINARIO:	N	DIGESTIVO:	N
NEUROLOGICO:	N	O.R.L.:	N
OSTEO - MUSCULAR:	N	OTROS:	N

PERIMETRO ABDOMINAL:	70 Cms		
PESO:	TALLA:	I.M.C.:	F.C.:
74 Kgs	155 Cms	30,8 k/m2	79 x Minuto
F.R.:	T.A.:	BIOTIPO:	ESTADO GENERAL:
18 x minuto	127/74 mmHg	Mediano	Bueno

LATERALIDAD: DIESTRO: ☑ ZURDO: ☐ AMBIDIESTRO: ☐

AGUDEZA VISUAL: O.D. | O.I. | A.O.

1. CABEZA	N	13. OIDOS:	N	25. T. INGUINALES:	X
2. OJOS	N	14. C. AUDITIVO EXT.:	N	26. GENITALES EXT:	X
3. PARPADOS	N	15. TIMPANOS:	N	27. T. VAGINAL:	X
4. CONJUNTIVAS	N	16. CUELLO:	N	28. T. RECTAL:	X
5. FONDO DE OJO	N	17. TIROIDES:	N	29. : MIEMBROS	N
6. NARIZ	N	18. TORAX:	N	30. MANOS:	N
7. TABIQUE	N	19 . Rs Cs:	N	31. PIES:	N
8. BOCA	N	20. Rs Rs:	N	32. PIEL:	N
9. DENTADURA	N	21. SENOS:	N	33. COLUMNA:	N
10. FARINGE	N	22. ABDOMEN:	N	34. EX. NEUROLOGICO:	N
11. AMIGDALAS	N	23. PERCUSION:	N	35. EX. MENTAL:	N
12. ENCIAS	N	24. MASAS:	N	36. REFLEJOS:	N

* Normal = N Anormal = A X= No Examinada AMPLIE SOLAMENTE HALLAZGOS ANORMALES(A)

III. -EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

CUADRO HEMATICO:	No Solicitado	No Solicitado	GRAVINDEX:	No Solicitado	No Solicitado
PARCIAL DE ORINA:	No Solicitado	No Solicitado	OPTOMETRIA:	No Solicitado	No Solicitado
SEROLOGIA:	No Solicitado	No Solicitada	VISIOMETRIA:	Normal	Amétrope Corregido
HEMOCLASIFICACION:	No Solicitado	No Solicitado	ESPIROMETRIA:	No Solicitado	No Solicitado
GLICEMIA:	No Solicitado	No Solicitado	AUDIOMETRIA:	Anormal	Descenso Auditivo Leve
COLESTEROL:	No Solicitado	Total: No Solicitado	TRIGLICERIDOS:	No Solicitado	No Solicitado
			KOH:	No Solicitado	No Solicitado

IV. - DIAGNOSTICO DE INTERES CLINICO:

1	
2	

V. - PREVENCION EN RIESGOS LABORALES:

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	Auditivo ☐	Visual ☐	Respiratorio ☐	Ergonomico ☐	
	Dermatologico ☐	Cardiovascular ☐	Otros ☐		
	ESPECIFIQUE:				

TIPO DE PROTECCION	CASCO ☐	BOTAS ☐	GUANTES ☐	P. AUDITIVO ☐	P. RESPIRATORIA ☐	P. VISUAL ☐
	OTROS:					

VI. - DIAGNOSTICO DE INTERES OCUPACIONAL:

1	[CIE1O No.Z100]:EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL
2	PRESBICIA
3	
4	
5	
6	

EXÁMENES REALIZADOS:Se Realizaron los siguientes examenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, VISIOMETRIA, AUDIOMETRIA OCUPACIONAL, GLICEMIA EN SANGRE, PERFIL LIPIDICO COMPLETO, PRUEBA PSICOLOGICA .

DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL: Apto para el cargo..

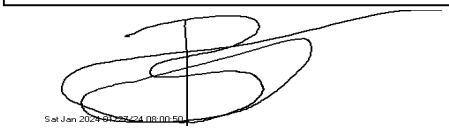
RESTRICCIONES: Ninguna para el Cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES: Debe asistir a control periodico por FONOAUDIOLOGIA Y OPTOMETRIA en su EPS, El ejercicio regular al menos 5 veces a la semana en sesiones media hora, mejora el estado general, por lo que recomendamos mantener la práctica de actividades deportiva, acorde con su interés, estado físico y condición de salud. Esta recomendación no está relacionada con implicaciones para su trabajo habitual. Higiene de postura, Pausas activas cada 2 horas 5 minutos. Uso EPP. Uso adecuado de tapabocas, distanciamiento social, lavado de manos constante.

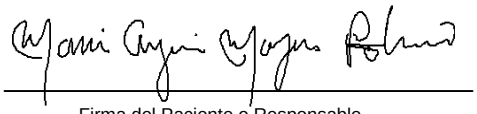
VII. - CLASIFICACION DE APTITUD:

OBJETIVO VALORACION: **Ingreso**

CONCEPTO INGRESO:	APTO para el Cargo: ☑	No APTO para el Cargo: ☐	Aplazado: ☐		
TRABAJOS ESPECIALES:	Altura: ☐	Espacios Confinados: ☐	Manipulacion de Alimentos: ☐		
CONCEPTO EGRESO:	Satisfactoria: ☐	No Satisfactoria: ☐	Valoracion por E.P.S.: ☐		
Periodico o Cambio de Ocupacion: ☐		Reubicar Trabajador ☐	Continua en el Cargo ☐		



Ronald Miguel Sotelo Marimon - C.C. 8853142 / RM: Registro Mèdico 18822



Firma del Paciente o Responsable

Tue Jan 2024 01/30/24 06:54:41

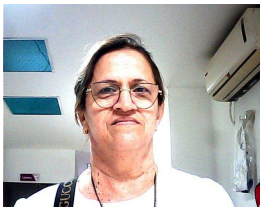


Indice Derecho

ESTA HISTORIA CLINICA NO REQUIERE FIRMA DEL PROFESIONAL O MEDICO QUE ATENDIO, DE ACUERDO AL ARTICULO 18 DE LA RESOLUCION 1995 DE 1999 DEL MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Impreso por: Generado por SGMI - TERRASOFT, NIT. 74814574-9

ClíPSalud

Nos movemos para que su empresa no se detenga



Nombre: MARIA ARGENIS MALLORCA PERDOM **SID : 30394**

No. Identificacion: 26606535

Edad: 61 Años **Sexo:** Femenino

Nro. Ordenamiento: 73978 Página 1 de 1

Fecha de Recepcion: 30/01/2024 06:58:17

Fecha de Impresion: 31/01/2024 10:37:49 am

Entidad: PARTICULAR/SENA

Solicitante: A QUIEN CORRESPONDA

Examen	Resultado	Unidad Medida	Valor Biologico de Referencia
1. GLICEMIA **Metodo: Espectrofotometria**	**171.00**	mg/dl	Niños: 60 - 100 mg/dl - Adultos: 70- 110 mg/dl
2. PERFIL LIPIDICO			
COLESTEROL TOTAL	**272.00**	mg/dl	0-199 mg/dl
COLESTEROL HDL	41.00	mg/dl	Alto riesgo de enfermedad coronaria: Menor de 40 mg/dl - Negativo para riesgo de enfermedad coronaria: Mayor de 60 mg/dl
TRIGLICERIDOS	**240.00**	mg/dl	0 - 150 mg/dl
COLESTEROL VLDL	**48**	mg/dl	0 - 40 mg/dl
COLESTEROL LDL	**183**	mg/dl	0 - 129 mg/dl
FACTOR DE RIESGO CORONARIO	**6.6**		0 - 5.7

ANDREA CRUZ

Validado:ANDREA DEL PILAR CRUZ

Thu Jan 2024 01/25/24 07:05:03

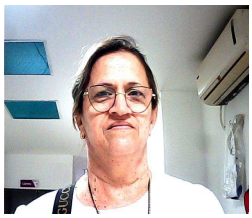
BACTERIOLOGA - Bacteriologa Univ.

CLIPSALUD IPS S.A.S
EXAMEN DE VISIOMETRIA
Nit: 900304743-4

Nombre: Maria Argenis Mallorca Perdomo **Fecha:** 30/01/2024 12:00:00 AM **SID-VISIO : 35714**

No. Identificacion: 26606535 **Empresa:** PARTICULAR/SENA Particular

Edad: 61 Años **Sexo:** Femenino **Cargo / Tipo:** INSTRUCTORA Ingreso



Cargo: INSTRUCTORA Area: No Refiere Antiguedad: INGRESO

A. Personales Visuales: No Refiere

A. Familiares Visuales: No Refiere

A. Ocupacionales Visuales: No refiere

Exposicion Laboral Visual: No refiere Antecedentes de Exposicion Laboral

Usa Anteojos: ● Si ○ No Bifocal: ○ Si ● No LDC: ○ Si ● No

Tipo de Uso : Permanente Trae Rx: ● Si ○ No

Ultimo Examen: 1 MES Ultimo Diagnostico: PRESBICIA

II. ANAMNESIS

Sintomatologia: VISION BORROSA DE LEJOS Y CERCA

Agudeza Visual	Con Correcion			Sin Correcion			PH	
Snellen Numeros		V. LEJANA	V. PROXIMA		V. LEJANA	V. PROXIMA		
	O.D.:	20/20	0.5M	O.D.:	20/40	2M	O.D.:	
	O.I:	20/20	0.5M	O.I:	20/40	2M	O.I:	
	A.O:	20/20	0.5M	A.O:	20/40	2M	A.O:	

III. EXAMEN EXTERNO

OD: SANO **OI:** SANO

Reflejos: Normales

COVER TEST: VL: ORTO VP: EXO

Motilidad Ocular: Normal PPC: Normal

OFTAMOSCOPIA: OD: SANO OI: SANO

VISION COLOR: OD: Normal OI: NORMAL

ESTEREOPSIS: Normal: X Anormal:

Clasificación **Amétrope Corregido**

Diagnostico HIPERMETROPIA EN OJO IZQUIERDO Y OJO DERECHO, PRESBICIA EN OJO IZQUIERDO Y OJO DERECHO.

Conducta: PROBLEMA DE REFRACCION ADECUADAMENTE CORREGIDO EN OJO IZQUIERDO Y OJO DER

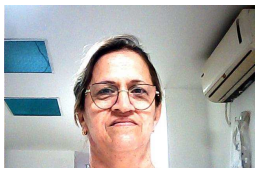
Observaciones: PAUSAS ACTIVAS, USO CORRECCION OPTICA PERMANENTE, CONTROL EN UN AÑO.

Evaluador: Gloria Leonor Espinosa Gonzales / 0372-Especialista en SST- . Res. No. 0052
Mon Jan 2024 01/29/2

FIRMA DEL PACIENTE
Tue Jan 2024 01/30/24 06:54:41



Indice Derecho



CLIPSALUD IPS S.A.S

Nit: 900304743-4

.4A-56 FLORENCIA CAQUETA PBX: 4355072- 4347315 CEL: 3175176395
BARRIO PORVENIR - www.clipsalud.com

Nombre Paciente:	Maria Argenis Mallorca Perdomo	**Identificacion** 26606535	**Codigo Unico Paciente:** 704
Empresa:	PARTICULAR/SENA	**Fecha Nacimiento:**	21/04/1962
Direccion:	VILLA NATALIA		

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:		Estado Civil:	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Consulta
65791	Femenino	61	Años	Casado	10 - 11 (Media Tecnica)	FLORENCIA	30/01/2024 08:18:36

Objetivo:	Ingreso	**E.P.S.:**	ASMED SALUD	**A.R.L.:**	POSITIVA	**Cargo:**	INSTRUCTORA
Contrato:		**Clasificacion del Riesgo:**		CLASE I		**Estrato:**	[1] - Bajo Bajo

EXAMEN OSTEOMUSCULAR

N = Normal AN = Anormal | PO = Positivo NEG = Negativo

1. CONSTITUCION	PLEOMORFICO: ☐	ENDOMORFICO: ☑	ECTOMORFICO: ☐			
2. POSTURA	NORMAL: ☑	ASIMETRICA: ☐				
3. CURVATURA COLUMNA	NORMAL: ☑	NO: ☐				
4. MARCHA	NATURAL: ☑	RIGIDEZ: ☐	COJERA: ☐			
5. PROPIOCEPCION Y COORDINACION L5-S:		NORMAL: ☑	ANORMAL: ☐			
6. PALPACION						
a. APOFISIS ESPINOSAS:		NORMAL: ☑	ANORMAL: ☐			
b. LIGAMENTO SUPRAESPINOSO:		NORMAL: ☑	ANORMAL: ☐			
b. LIGAMENTO INTERESPINOSO:		NORMAL: ☑	ANORMAL: ☐			
d. MUSCULOS PARAESPINALES:		NORMAL: ☑	ANORMAL: ☐			
7. PERCUSION						
EXAMEN FUNCIONAL						
FLEXION						
GRADO I: ☐	GRADO II: ☐	GRADO III: ☑	GRADO IV: ☐			
PRUEBA DE SCHOBER		MAYOR DE 5 CMS (N): ☑	MENOS DE 5 CMS: ☐			
EXTENSION						
INCLINACION LATERAL						
ROTACION Y FLEXION		NORMAL: ☑	ANORMAL: ☐			
PRUEBA DEL ARCO DE FORESTIER		RELAJACION PV: ☑	CONTRACTURA PV: ☐			
CUNCLILLAS						
ARTICULACION CADERAS, RODILLAS Y PIES:		NORMAL: ☑	ANORMAL: ☐			
ESCOLIOSIS:		SI: ☐	NO: ☑			
MUSCULOS ABDOMINALES SUPERIORES:		TONO NORMAL: ☑	DEBILIDAD: ☐			
MUSCULOS ABDOMINALES INFERIORES:		TONO NORMAL: ☑	DEBILIDAD: ☐			

LONGUITUD APARENTE:

LONGUITUD REAL MIEMBROS INFERIORES: _____ _____

PIERNA:

PERIMETRO EXTREMIDAD INFERIOR MUSLO: _____ _____

PRUEBA LASEGUE: POSITIVA: ☐ NEGATIVA: ☑

SENSIBILIDAD

DERMATOMA L1:	● N	○ AN
DERMATOMA L4:	● N	○ AN
DERMATOMA L5:	● N	○ AN
DERMATOMA S1:	● N	○ AN
DERMATOMA S2:	● N	○ AN
DERMATOMA S3:	● N	○ AN

FUERZA MUSCULAR (O - V)

PSOAS ILIACO:	● N	○ AN
CUADRICEPS:	● N	○ AN
TIBIAL ANTERIOR:	● N	○ AN
EXTENSOR PPIO DEL PULGAR:	● N	○ AN
ADUCTORES DE CADERA:	● N	○ AN
GLUTEO MEDIANO:	● N	○ AN
GLUTEO MAYOR:	● N	○ AN

REFLEJOS

REFLEJO ROTULIANO:	● N	○ AN
REFLEJO AQUILIANO:	● N	○ AN

ARTICULACION SACROILIACA	
FABERE:	○ POS ● NEG
MANGO DE BOMBA:	○ POS ● NEG

OBSERVACIONES:

Sat Jan 2024 01/27/24 08:00:50

Ronald Miguel Sotelo Marimon - C.C. 8853142 / RM:
Registro Mèdico 18822

Tue Jan 2024 01/30/24 06:54:41

Firma del Paciente o Responsable



Indice Derecho

ESTA HISTORIA CLINICA NO REQUIERE FIRMA DEL PROFESIONAL O MEDICO QUE ATENDIO, DE ACUERDO AL ARTICULO 18 DE LA RESOLUCION 1995 DE 1999 DEL MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Impreso por: Generado por SGMI - TERRASOFT, NIT. 74814574-9

MINISTERIO DEL TRABAJO

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CIRCULAR NO 3-2023-0000014

Certifico que el Señor(a) contratista: MARIA ARGENIS MAYORCA; Identificado con cédula de ciudadanía N° 26606535 cumple con los documentos del perfil solicitados en lacircular 3-2023-0000014; “Exámenes pre ocupacionales para contratos de prestación de servicios personales emitido por la Secretaria General”.

Cedula	Nombres y Apellidos	Tipo de Contratación	Exámenes Preempleo	CUMPLE
26606535	MARIA ARGENIS MAYORCA	**Contratista**	**SI**	**SI**

Se diligencia a los 31 días del mes de enero de 2024.
Validez hasta el 30/01/2027

Cordialmente.

Jhonathan Barrera A.
Médico General - R.M. 1049622905
Médico Ocupacional
Lic. 00341

BARRERA ARCINIEGAS JHONATHAN
MEDICINA PREVENTIVA
REGIONAL CAQUETA - SENA

Hace constar:

Que el Sr(a) MARIA ARGENIS MALLORCA PERDOMO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 26606535 realizó el día 29/02/2024 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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

Compromiso SST:

Yo MARIA ARGENIS MALLORCA PERDOMO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 26606535 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 -

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARIA ARGENIS MALLORCA PERDOMO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **26606535,** se encuentra afiliado/a desde **03/09/2015** 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 31 de enero de 2024.



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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Bancario

Jueves, 1 de febrero de 2024

Señor(a)
MARIA ARGENIS MALLORCA PERDOMO

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que MARIA ARGENIS MALLORCA PERDOMO identificado(a) con CC 26606535, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	46647835147	2023/01/31	CXC PENDIENTES

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

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

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

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

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

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN:	SUCURSAL:	COD. SUC:	NO. PÓLIZA:	ANEXO:
NEIVA	AGENCIA MANDATARIA - NEIVA	61	61-46-101025684	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
07	02	2024	14	02	2024	00:00	14	04	2025	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		IDENTIFICACIÓN:	
MAYORGA PERDOMO MARIA ARGENIS			C.C. :26,606,535
DIRECCIÓN:	CIUDAD:		TELÉFONO:
CL 35 B 11 A 03 BRR VILLA NATALIA	FLORENCIA - CAQUETA		3208857242

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN:	
SENA REGIONAL CAQUETA			NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN:	CIUDAD:		TELÉFONO:
CARRERA 06 NO. 7-11 Y CARRERA 7 NO 07-08 BARRIO LA ESTRELLA	FLORENCIA - CAQUETA		6084374788
ADICIONAL:			

OBJETO DEL SEGURO

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

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.5901120 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR ACCIONES DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN EL ÁREA DE DECORACIÓN DE PRENDAS, BAJO EL ENFOQUE POR COMPETENCIAS LABORALES EN LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN COMPLEMENTARIA ASIGNADOS QUE OFERTE EL CENTRO TECNOLÓGICO DE LA AMAZONIA EN LOS DIFERENTES MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL CAQUETÁ, EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN VULNERABLE VÍCTIMA DE LA VIOLENCIA.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	14/02/2024	14/04/2025	$ 3,797,549.00

ACLARACIONES:

VALOR PRIMA NETA:	GASTOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00	$ 3,797,549.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
BIBIANA GONZALEZ ESPAÑA	194558	100,00			

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

PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CRA. 4 NO. 11 - 29 LOCAL 101 - TELÉFONO: 8721717 - NEIVA

61-46-101025684

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

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

Hacemos constar, que la póliza No. 61-46-101025684, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

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

Dado en NEIVA, a los 7 días del mes de Febrero de 2024



FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que:

RECIBO DE PAGO N°: 61461010256840

FECHA	
CONTADO	

RECIBIMOS DE:	MAYORGA PERDOMO MARIA ARGENIS	C.C. C.C. :26,606,535
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE	
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 61-46-101025684	

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
AGENCIA MANDATARIA - NEIVA - CU. ESTATAL - 101025684 - 0 - 0	$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00

FORMA DE PAGO

	EFECTIVO:	$ 33,320.00
	CHEQUE:	$ 0.00
	TARJETA:	$ 0.00
	BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO: BIBIANA GONZALEZ ESPAÑA - 194558	OTROS:	$ 0.00
	TOTAL:	$ 33,320.00
	CAJERO: RAPIESTADO	

ORIGINAL

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que:

RECIBO DE PAGO N°: 61461010256840

FECHA
CONTADO

RECIBIMOS DE: MAYORGA PERDOMO MARIA ARGENIS C.C. C.C. :26,606,535

LA SUMA DE: TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 61-46-101025684

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
AGENCIA MANDATARIA - NEIVA - CU. ESTATAL - 101025684 - 0 - 0	$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00

FORMA DE PAGO

EFECTIVO: $ 33,320.00
CHEQUE: $ 0.00
TARJETA: $ 0.00
BD: $ 0.00
INTERMEDIARIO: BIBIANA GONZALEZ ESPAÑA - 194558 OTROS: $ 0.00
TOTAL: $ 33,320.00
CAJERO: RAPIESTADO

COPIA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.61-46-101025684

1. AMPAROS.

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

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

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

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

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

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

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

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

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

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

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

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

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

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

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

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

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

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

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

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

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

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

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

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

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

2. EXCLUSIONES.

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

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

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

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

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

3. SUMA ASEGURADA.

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

4. VIGENCIA.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. COMPENSACIÓN.

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

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

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

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

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

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

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

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

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

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

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

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

13. COASEGURO

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

77099980211670053652 82

Nit: 860009578-6

SEGUROS DEL ESTADO GENERALES

RECIBO DE PAGO Nº: 10000053652821

CERTIFICAMOS QUE:

FECHA
07/02/2024 02:25p.m.

RECIBIMOS DE: MARIA ARGENIS MAYORGA PERDOMO — CC. 26.606.535

LA SUMA DE: Treinta y tres mil trescientos veinte pesos .**********

POR CONCEPTO DE: PAGO POLIZA NRO.: 101025684

SUC - RAMO - POLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTO	IVA	VALOR
AGENCIA MANDATARIA - NEIVA-46-101025684-0-1	$28,000.00		$5,320.00	$33,320.00

FORMA DE PAGO

Pse - $ 33,320.00

EFECTIVO:
CHEQUE:
TARJETA:
BD: 33,320.00
OTROS:

TRANSACCION: 0005365282

TOTAL: $33,320.00

CAJERO: PAGUESTADO

2/7/2024 2:29:04PM

172.16.10.23