

SENA

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL CAQUETÁ

CENTRO TECNOLÓGICO DE LA AMAZONÍA-CAQUETÁ

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional

Código Centro

Fecha Elaboración

Versión

ID de Proceso

18

951610

Abril de 2024

MARZO 2024 - 2,24

15547-835763

DATOS DEL CONTRATISTA

|                      |                         |                                                 |             |
|----------------------|-------------------------|-------------------------------------------------|-------------|
| Nombres y apellidos: | OMAR DAVID MURCIA PLAZA | Banco a consignar:                              | BANCOLOMBIA |
| Cédula de Ciudadanía | 1.117.522.207           | Tipo de cuenta:                                 | AHORROS     |
| Correo electrónico:  | odmurcia@sena.edu.co    | Número de Cuenta:                               | 47382239268 |
| IP/N° de contacto:   | 3144549413              | Presta Servicios Excluidos de IVA:              | NO          |
| Inducción SST:       | SI                      | Pertenece al régimen simple de tributación:     | NO          |
| Régimen del IVA:     | NO RESPONSABLE          | Es declarante de renta por el año gravable 2023 | SI          |

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión? NO  
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a \$59.377.000 NO  
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a \$188.260.000 (debe registrarse como responsable del IVA) NO  
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente? NO  
Concepto del pago corresponde a: Ninguno  
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T. 0,00%

DATOS DEL CONTRATO

|                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                    |       |                                                  |   |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------|--------------------------------------------------|---|
| Nº del contrato:                                           | 6119758/2024                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Nº Compromiso SIIF | 40224 | Número de pagos durante la vigencia del contrato | 4 |
| OBJETO CONTRACTUAL:<br>(Descripción del servicio prestado) | Prestar temporalmente los servicios personales, en la Evaluación y Certificación de Competencias Laborales del SENA, y construcción y revisión de instrumentos de evaluación, en el área clave de Procesamiento de Alimentos, definida para los Proyectos Regulares para el cumplimiento de las metas establecidas en este proceso. |                    |       |                                                  |   |

DATOS PERIODO DEL PAGO

|                   |                 |    |            |                              |               |
|-------------------|-----------------|----|------------|------------------------------|---------------|
| Del               | 21/03/2024      | Al | 31/03/2024 | Saldo Anterior del Contrato: | \$ 14.100.000 |
| Número de pago    | 1               |    |            | Valor Total del Contrato:    | \$ 14.100.000 |
| Valor Bruto Pago: | \$ 2.350.000,00 |    |            | Nuevo Saldo del Contrato:    | \$ 11.750.000 |

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

|                                            |              |                                    |       |
|--------------------------------------------|--------------|------------------------------------|-------|
| Ingresos por honorarios                    | \$ 2.350.000 | Ninguno                            | 0,00% |
| Ingresos por comisiones                    | \$ 0         | Retencion en la Fuente del Periodo | \$ 0  |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | \$ 0         |                                    |       |
| TOTAL INGRESOS DEL PERIODO                 | \$ 2.350.000 | Menos, ReteFuente Otros Ingresos   | \$ 0  |
| BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE           | \$ 1.479.700 | TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO     | \$ 0  |

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

|                                                                                |              |            |                                               |                |        |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------|-----------------------------------------------|----------------|--------|
|                                                                                | Marzo        | Febrero    | Base retención en la fuente a título de RENTA | 1.479.700,00   | TARIFA |
| Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS                                    | -----        | 4544924463 | Base retención en la fuente a título de ICA   | 1.979.500,00   |        |
| Ingreso Base de Cotización - IBC                                               | \$ 1.300.000 | \$ 0       | Valor base IVA                                | 0,00           |        |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud                                    | \$ 162.500   | \$ 0       | IVA (Si es RESPONSABLE)                       | 0,00           | 19%    |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión                                  | \$ 208.000   | \$ 0       | Menos Retención en la Fuente                  | 0,00           | 0,00%  |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional                            | \$ -         | \$ 0       | Menos Retencion IVA                           | 0,00           | 15%    |
| ARL I                                                                          | \$ 6.800     | \$ 0       | Reteica - 8299 - FLORENCIA                    | 11.877,00      | 0,600% |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes                  | \$ -         | -          |                                               | 0,00           | 0%     |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes                    | \$ -         | -          |                                               | 0,00           | 0%     |
| Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes                      | \$ -         | -          |                                               | 0,00           | 0%     |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias                          | \$ -         | -          |                                               | 0,00           | 0%     |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC                                        | \$ -         | -          | Otras Retenciones                             | 0,00           | 0,000% |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias                            | \$ -         | -          | Otras Retenciones                             | 0,00           | 0,000% |
| Intereses Prestamo de Vivienda                                                 | \$ -         | -          | Otras Retenciones                             | 0,00           | 0,000% |
| Dependientes hasta                                                             | \$ -         | -          | Otras Retenciones                             | 0,00           | 0,000% |
| Salud hasta                                                                    | \$ 753.040   | \$ -       | Otras Retenciones                             | 0,00           | 0,000% |
| Renta Exenta 25%                                                               | \$12.393.783 | \$ 493.000 |                                               | 0,00           |        |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | \$ 0         |            |                                               |                |        |
| Retención en la Fuente Contingente                                             | \$           |            | Descuentos de embargo (Si tiene)              | 0,00           |        |
|                                                                                |              |            | VALOR A PAGAR                                 | \$2.338.123,00 |        |

SON: DOS MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL CIENTO VEINTITRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

|                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Concerté con los aspirantes la entrega de la documentación requerida para el procesos                                                                         |
| 2. Participé en la transferencia de conocimientos de los lineamientos para la ECCL, estipulados en los documentos GCC-R-001 V.05, GCC-I-003 V.06 y GCC-I-005V.07 |
| 3. Apoyé a los candidatos para creación de usuario y contraseña en el aplicativo DFNT.SENA.EDU.CO                                                                |
| 4. Realicé pagos de Póliza y planilla del contrato no.6119758                                                                                                    |
| 5. Realicé capacitación de SG-SST y manual de discapacidad y su política en el sena                                                                              |

RECURSO NACIÓN

Ver informe anexo GTH-F-062 V10 del mes de Marzo del 2024

Florencia, Caquetá

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 | <div></div> <div>OMAR DAVID MURCIA PLAZA<br/>EL CONTRATISTA</div> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:                                                                                                                                                                                                                | Autorizo el presente pago.<br>El Supervisor,                            |
| 1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;                                                                                                                                                                                                                                        | <div></div> <div>MARIO DANIEL CARDOSO CORDOBA<br/>PROFESIONAL G02</div> |
| 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. |                                                                         |

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(a) OMAR DAVID MURCIA PLAZA identificado(a) con CC 1117522207 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

|                                 |                                |
|---------------------------------|--------------------------------|
| <b>Fecha de Activación de</b>   | <b>01/11/2017</b>              |
| <b>Estado de la Afiliación:</b> | <b>ACTIVO</b>                  |
| <b>IPS:</b>                     | <b>MULTISALUD SAS NUTIVARA</b> |
| <b>Categoría:</b>               | <b>A</b>                       |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 15 días del mes de ABRIL 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 VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones  
Nueva EPS S.A

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS  
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del  
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.144.331-3

**CERTIFICA QUE:**

**OMAR DAVID MURCIA PLAZA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.117.522.207**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 16 de Abril del 2024.

Cordialmente,



---

Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES  
SOPORTE DE PAGO GENERAL

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |  |                      |                           |  | DATOS GENERALES DE LA PLANILLA                    |  |  |  |  |                          |  |            |  |            |                   |                           |                  |            |  |           |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------|--|----------------------|---------------------------|--|---------------------------------------------------|--|--|--|--|--------------------------|--|------------|--|------------|-------------------|---------------------------|------------------|------------|--|-----------|--|--|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      |  | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: |  | 1117522207                                        |  |  |  |  | NÚMERO PLANILLA:         |  | 4544924463 |  |            | TIPO DE PLANILLA: |                           | I-INDEPENDIENTES |            |  |           |  |  |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:                                                    |  |                      | OMAR DAVID MURCIA PLAZA   |  |                                                   |  |  |  |  | PERIODO COTIZACIÓN OTROS |  | MES        |  | marzo AÑO  |                   | 2024                      |                  | 2024       |  |           |  |  |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         |  | FLORENCIA            | DEPARTAMENTO:             |  | CAQUETA                                           |  |  |  |  | DÍAS DE MORA:            |  |            |  | 6          |                   | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: |                  | MES        |  | marzo AÑO |  |  |
| DIRECCIÓN:                                                                |  | CENTRO               | TELÉFONO:                 |  | 7777777                                           |  |  |  |  | FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): |  |            |  | 2024/04/08 |                   | NÚMERO AUTORIZACIÓN:      |                  | 9998275856 |  |           |  |  |
| TIPO APORTANTE:                                                           |  | 02-INDEPENDIENTE     | CLASE APORTANTE:          |  | I-INDEPENDIENTE                                   |  |  |  |  |                          |  |            |  |            |                   |                           |                  |            |  |           |  |  |
| TIPO EMPRESA:                                                             |  | PRIVADA              | ACTIVIDAD ECONOMICA:      |  | Comercio al por mayor de computadores, equipo per |  |  |  |  |                          |  |            |  |            |                   |                           |                  |            |  |           |  |  |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    |  | ÚNICO                |                           |  |                                                   |  |  |  |  |                          |  |            |  |            |                   |                           |                  |            |  |           |  |  |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |  | NO                   |                           |  |                                                   |  |  |  |  |                          |  |            |  |            |                   |                           |                  |            |  |           |  |  |

| 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 |
| 230301                  | 230301-PORVENIR | 1              | \$ 160.500 | \$ 0                | \$ 0      | \$ 0        | \$ 0         | \$ 900     | \$ 0 | \$ 160.500 | \$ 900 | \$ 161.400   |
| SUBTOTALES:             |                 |                |            |                     |           |             |              |            |      | \$ 160.500 | \$ 900 | \$ 161.400   |

| 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  | \$ 125.400  |             | \$ 0       | \$ 700      |         | \$ 0 | \$ 125.400 | \$ 700       | \$ 0 | \$ 126.100 |
| SUBTOTALES:           |                  |                |                            |       |                     |       |               |       |             |             |            |             |         |      | \$ 125.400 | \$ 700       | \$ 0 | \$ 126.100 |

| 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  | \$ 5.300    | \$ 5.300 | \$ 100 | \$ 0      | \$ 5.400     |
| SUBTOTALES:                           |                                         |                |                     |       |                      |               |       |             | \$ 5.300 | \$ 100 | \$ 0      | \$ 5.400     |

| LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES |                |                         |                                                |                   |                |                 |            |            |                    |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                  |     |     |     |     |     |     |                 |          |           |              |                  |             |           |          |                           |              |                  |          |           |            |             |            |                                         |       |           |                |                   |      |      |      |        |              |          |
|-------------------------------|----------------|-------------------------|------------------------------------------------|-------------------|----------------|-----------------|------------|------------|--------------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------------|----------|-----------|--------------|------------------|-------------|-----------|----------|---------------------------|--------------|------------------|----------|-----------|------------|-------------|------------|-----------------------------------------|-------|-----------|----------------|-------------------|------|------|------|--------|--------------|----------|
| DATOS DEL COTIZANTE           |                |                         |                                                |                   |                |                 |            |            |                    | NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     | SEGURIDAD SOCIAL |     |     |     |     |     |     |                 |          |           | PARAFISCALES |                  |             |           |          |                           |              |                  |          |           |            |             |            |                                         |       |           |                |                   |      |      |      |        |              |          |
| 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 | PENSIÓN         |          |           |              | SEGURIDAD SOCIAL |             |           |          | SALUD                     |              |                  |          | ARP       |            |             | IBC        | CCF                                     |       |           |                |                   | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU |              |          |
|                               |                |                         |                                                |                   |                |                 |            |            |                    |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                  |     |     |     |     |     |     | ADMIN           | DÍAS COT | IBC       | COTIZACIÓN   | SUBSISTENCIA     | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN            | DÍAS COT | IBC       | COTIZACIÓN | VALOR ADRES |            | TOTAL APORTE                            | ADMIN | DÍAS COT  | IBC            | CENTRO DE TRABAJO |      |      |      |        | TOTAL APORTE | DÍAS COT |
| 1                             | CC 1117522207  | MURCIA PLAZA OMAR DAVID | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS |                   | \$ 1.880.000   |                 |            | NO         | 15                 |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                  |     |     |     |     |     |     | 230301-PORVENIR | 16       | 1.002.667 | \$ 160.500   | \$ 0             | \$ 0        | \$ 0      | \$ 0     | Normal                    | \$ 160.500   | EPS037-NUEVA EPS | 16       | 1.002.667 | \$ 125.400 | \$ 0        | \$ 125.400 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 16    | 1.002.667 | \$ 111.752.220 | \$ 5.300          | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0   | \$ 0         | \$ 0     |

TOTAL \$ 292.900



**Nombre:** OMAR DAVID MURCIA PLAZA

**Edad:** 32 AÑOS

**13 DE MARZO 2024**

El área espiritual (Valor NO VIOLENCIA) es la más importante para OMAR DAVID MURCIA PLAZA. El área menos importante es la intelectual (Valor VERDAD). 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.

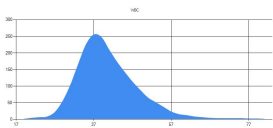
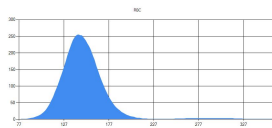
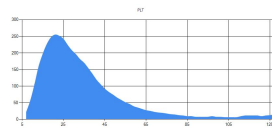
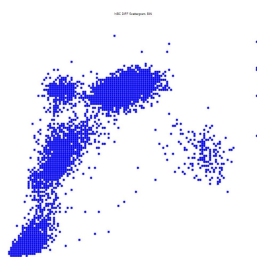
El valor amor le impacta dentro de la norma del grupo. La parte intuitiva de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como amabilidad, amistad, ayuda, apoyo, compartir, compasión, cuidado, perdón, simpatía y tolerancia.

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 MONTEALEGRE**  
**Psicóloga**  
**T.P 199882**

|                        |                         |                         |                                 |
|------------------------|-------------------------|-------------------------|---------------------------------|
| <b>Order No.:</b>      | 10081531                | <b>Fecha Ingreso:</b>   | 2024-03-13 09:46:53             |
| <b>Paciente:</b>       | OMAR DAVID MURCIA PLAZA | <b>Fecha Impresión:</b> | 2024-03-13 15:37:35.            |
| <b>Identificación:</b> | CC 1117522207           | <b>Edad/Sexo:</b>       | 32 / M                          |
| <b>Convenio:</b>       | CLIPSALUD SAS           | <b>Teléfono:</b>        | 3144549413                      |
| <b>Médico:</b>         | MEDICOS VARIOS          | <b>Sede:</b>            | LABORATORIO CLINICO FAMI - SEDE |

| ANALITO                           | RESULTADO | UNIDADES   | VALORES DE REFERENCIA |                |
|-----------------------------------|-----------|------------|-----------------------|----------------|
| HEMATOLOGIA                       |           |            |                       |                |
| HEMOGRAMA                         |           |            |                       |                |
| Recuento de Leucocitos            | 9.22      | x10^3mm^3  | 4.0 -                 | 10.0           |
| % Neutrofilos                     | 66.1      | %          | 55.0 -                | 65.0 %         |
| % Linfocitos                      | 25.5      | %          | 25.0 -                | 38.0 %         |
| % Monocitos                       | 5.2       | %          | 3.0 -                 | 6.0 %          |
| % Eosinofilos                     | 2.9       | %          | 2.0 -                 | 4.0 %          |
| % Basofilos                       | 0.3       | %          | 0.0 -                 | 1.0 %          |
| # Neutrofilos                     | 6.09      | x10^3mm^3  | 2.0 -                 | 7.50           |
| # Linfocitos                      | 2.35      | x10^3mm^3  | 1.0 -                 | 4.00           |
| # Monocitos                       | 0.48      | x10^3mm^3  | 0.20 -                | 1.00           |
| # Eosinofilos                     | 0.27      | x10^3mm^3  | 0.0 -                 | 0.50           |
| # Basofilos                       | 0.03      | x10^3mm^3  | 0.0 -                 | 0.20           |
| Recuento de Eritrocitos           | 5.30      | x10^6/mm^3 | 3.80 -                | 5.80           |
| Hemoglobina                       | 15.5      | g/dl       | H.14.0-17.0           | Muj. 11.8-15.0 |
| Hematocrito                       | 46.3      | %          | H.42.0-48.0           | Muj. 38.0-44.0 |
| Volumen Corpuscular Medio         | 87.3      | um^3       | 80 -                  | 90 um^3        |
| HB Corpuscular Media              | 29.2      | pg         | 26.0 -                | 30.0 pg        |
| Concentración HB Corpucular Media | 33.5      | g/dl       | 31.0 -                | 34.0 g/dl      |
| Ancho Distribución Eritrocitaria  | 12.3      | %          | 12.0 -                | 16.0 %         |
| Recuento de Plaquetas             | 251       | x10^3/mm^3 | 150 -                 | 450            |
| Volumen Plaquetario Medio         | 10.7      | um^3       | 6.0 -                 | 15.0 um^3      |
| Ancho de Distribución Plaquetas   | 16.2      | %          | 11.0 -                | 18.0 %         |
| Plaquetocrito                     | 0.268     | %          | .150 -                | .500 %         |



*Jenifer Paola Alcazar*

JENIFER PAOLA ALCAZAR  
 BACTERIOLOGA  
 T.P. 00071

Validación 13/03/2024 11.48

---COPIA---



CLIPSALUD IPS S.A.S

Nit: 900304743-4

4A-56 FLORENCIA CAQUETA PBX: 4355072- 4347315 CEL: 3175176395

BARRIO PORVENIR - www.clipsalud.com



Nombre Paciente: Omar David Murcia Plaza

Identificacion

1117522207

Codigo Unico Paciente:

35140

Empresa:

PARTICULAR/SENA

Fecha Nacimiento:

02/01/1992

Direccion:

CRA 14A# 2A-10 B/ 17 DE ENERO

Página 1 de 1

| Ingreso Nro. | Sexo:     | Edad: |         | Estado Civil:             | Nivel Educativo:          |           | Ciudad:  | Fecha Consulta      |
|--------------|-----------|-------|---------|---------------------------|---------------------------|-----------|----------|---------------------|
| 67567        | Masculino | 32    | Años    | Soltero                   | Profesional Universitario | FLORENCIA |          | 13/03/2024 08:16:22 |
| Objetivo:    | Ingreso   |       | E.P.S.: | NUEVA EPS                 | A.R.L.:                   | POSITIVA  | Cargo:   | EVALUADOR           |
| Contrato:    |           |       |         | Clasificacion del Riesgo: | CLASE I                   |           | Estrato: | [1] - Bajo Bajo     |

### CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

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

#### CONCEPTO INGRESO:

|                                     |                       |
|-------------------------------------|-----------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | APTO para el Cargo    |
| <input type="checkbox"/>            | No APTO para el Cargo |
| <input type="checkbox"/>            | Aplazado              |

#### TRABAJOS ESPECIALES:

|                           |  |
|---------------------------|--|
| Alturas                   |  |
| Espacios Confinados       |  |
| Manipulacion de Alimentos |  |

#### CONCEPTO EGRESO:

|                          |                                                                 |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Satisfactoria                                                   |
| <input type="checkbox"/> | No Satisfactoria                                                |
| Valoracion por:          | E.P.S. <input type="checkbox"/> A.R.L. <input type="checkbox"/> |

|                          |                                                   |                                              |                                               |
|--------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | PERIODICO, CAMBIO DE OCUPACION O POST-INCAPACIDAD | <input type="checkbox"/> Reubicar Trabajador | <input type="checkbox"/> 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 exámenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, ENFASIS CARDIOVASCULAR, PRUEBA PSICOLOGICA, OPTOMETRIA, GLICEMIA EN SANGRE, PERFIL LIPIDICO COMPLETO, CUADRO HEMATICO.

#### DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Apto para el cargo..

#### RESTRICCIONES

Ninguna para el Cargo

#### RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA Y USO DE FORMULA OPTICA. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS EN SITIO DE TRABAJO AL MENOS CADA 1 HORA POR 5 MINUTOS, CON ESTIRAMIENTO DE EXTREMIDADES Y TRONCO, RELAJACION E HIDRATACION. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL INDICADOS POR LA EMPRESA. CUMPLIR ACTIVIDADES DE SST DE LA EMPRESA. AJUSTES EN ESTILOS DE VIDA SALUDBLE: DIETA BAJA EN GRASA Y CARBOHIDRATOS, EJERCICIO AEROBICO AL MENOS 3 VECE SPOR SEMANA.

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(s) 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.

Mon Mar 2024 03/04/24 07:23:24

Wed Mar 2024 03/13/24 08:09:26



Jhonathan Orlando Barrera Arciniegas - C.C. 1049622905 / RM:  
Licencia 000341 de 2019  
Medico Especialista SST

13/03/2024 15:51:23

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

Firma y Huella del Paciente o Responsable

Indice Derecho

Importante: Valide su certificado de aptitud en [www.clipsalud.com](http://www.clipsalud.com) Opción RESULTADOS EN LINEA FLORENCIA



**CLIPSALUD IPS S.A.S**

**Nit: 900304743-4**

**HOJA DE TRABAJO  
SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL**

PACIENTE: OMAR DAVID MURCIA PLAZA CC 1117522207

Fecha: 13/03/2024 08:13:57

**SID: 31191**

Orden Nro. 75977

Empresa: PARTICULAR/SENA

| Hora | Profesional / Empresa | Actividad | Notas |
|------|-----------------------|-----------|-------|
|------|-----------------------|-----------|-------|

**Fecha Cita: 13/03/2024**

|           |                             |                        |        |
|-----------|-----------------------------|------------------------|--------|
|           | ALIX JOHANA ROJAS RUIZ      | Otros Servicios        |        |
| INMEDIATO | LABORATORIO CLINICO         | Laboratorio            | 2 PISO |
| 06:00 am  | GLORIA LEONOR ESPINOSA GONZ | Optometria/Visiometria |        |
| 07:30 am  | FERNANDA PRIETO MONTEALEGF  | Psicologia             |        |
| 10:24 am  | JHONATHAN ORLANDO BARRERA   | Medicina Ocupacional   |        |

**CONCEPTOS**

| Concepto                                                   | Cantidad: |
|------------------------------------------------------------|-----------|
| EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSC | 1         |
| ENFASIS CARDIOVASCULAR                                     | 1         |
| PRUEBA PSICOLOGICA                                         | 1         |
| OPTOMETRIA                                                 | 1         |
| GLICEMIA EN SANGRE                                         | 1         |
| PERFIL LIPIDICO COMPLETO                                   | 1         |
| CUADRO HEMATICO                                            | 1         |
|                                                            | 7         |

**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 opinion 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 N° 5A-48 FLORENCIA CAQUETA PBX: 8745789- CEL: 3162523

BARRIO PORVENIR - www.clipsalud.com

**Nombre Paciente:** Omar David Murcia Plaza**Empresa:**

PARTICULAR/SENA

**Direccion:**

CRA 14A# 2A-10 B/ 17 DE ENERO

**Identificacion**

1117522207

**Codigo Unico Paciente:**

35140

**Fecha Nacimiento:**

02/01/1992

| Ingreso Nro. | Sexo:     | Edad:                     | Estado Civil: | Nro. Hijos | Nivel Educativo:          | Ciudad:   | Fecha Ingreso:      |
|--------------|-----------|---------------------------|---------------|------------|---------------------------|-----------|---------------------|
| 67567        | Masculino | 32 a                      | Soltero       | 0          | Profesional Universitario | FLORENCIA | 13/03/2024 08:16:22 |
| Objetivo:    | Ingreso   | E.P.S.:                   | NUEVA EPS     | A.R.L.:    | POSITIVA                  | Cargo:    | EVALUADOR           |
| 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                    |
| INDEPENDIENTE        | EVALUADOR |        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                      |           |        | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                      |           |        | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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**B. - ENFERMEDAD PROFESIONAL:** NO

No Refiere Accidentes de Trabajo o Enfermedad(es) Profesional(es)

## C.- ANTECEDENTES FAMILIARES:

Composición Familiar: Nuclear

| PATOLOGIA             | PARENTESCO                                 | PATOLOGIA              | PARENTESCO               |
|-----------------------|--------------------------------------------|------------------------|--------------------------|
| ASMA:                 | <input type="checkbox"/>                   | A. CEREBRO-VASCULAR:   | <input type="checkbox"/> |
| CANCER:               | <input checked="" type="checkbox"/> Abuelo | HIPERTENSION ARTERIAL: | <input type="checkbox"/> |
| DIABETES:             | <input checked="" type="checkbox"/> Abuelo | COLAGENOSIS:           | <input type="checkbox"/> |
| ENFERMEDAD CORONARIA: | <input type="checkbox"/>                   | PAT. TIROIDEAS:        | <input type="checkbox"/> |
| OTROS ANTECEDENTES    | No Refiere Antecedentes                    |                        |                          |

## D. - ANTECEDENTES PERSONALES:

|                |                                     |                       |                                     |                         |                                     |
|----------------|-------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------|
| Patologicos:   | <input type="checkbox"/> No Refiere | Psiquiatricos:        | <input type="checkbox"/> No Refiere | Estimulantes:           | <input type="checkbox"/> No Refiere |
| Hospitalarios: | <input type="checkbox"/> No Refiere | Transfuncionales:     | <input type="checkbox"/> No Refiere | Practica Algun Deporte: | <input type="checkbox"/> No Refiere |
| Quirurgicos:   | <input checked="" type="checkbox"/> | Inmunizaciones:       | <input type="checkbox"/> No Refiere | Medicamentosos:         | <input type="checkbox"/> No Refiere |
| Alergicos:     | <input type="checkbox"/> No Refiere | Gineco - Obstetricos: | <input type="checkbox"/> No Refiere | Toxicos:                | <input type="checkbox"/> No Refiere |
| Traumaticos:   | <input type="checkbox"/> No Refiere | Tabaquismo:           | <input type="checkbox"/> No Refiere | Otros:                  | <input type="checkbox"/> No Refiere |
| Venereos:      | <input type="checkbox"/> No Refiere | Alcohol:              | <input type="checkbox"/> No Refiere |                         |                                     |

RINOPLASTIA, CIRUGIA DE CALCULOS EN LOS RIÑONES, APENDICECTOMIA.

## E. - ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:

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

|                         |           |                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CICLO MENSTRUAL:        | No Aplica | G: <input type="checkbox"/> P: <input type="checkbox"/> A: <input type="checkbox"/> V: <input type="checkbox"/> C: <input type="checkbox"/> M: <input type="checkbox"/> E: <input type="checkbox"/> |
| FECHA ULTIMA REGLA:     | No Aplica | PLANIFICACION FAMILIAR:<br><input type="checkbox"/> METODO: No Aplica                                                                                                                               |
| FECHA ULTIMA CITOLOGIA: | 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                             | <input type="radio"/> Si | <input checked="" type="radio"/> No |
| CANTIDAD DE CIGARRILLOS POR DIA: | 0                        |                                     |
| FUMABA:                          | <input type="radio"/> Si | <input checked="" type="radio"/> No |
| CIGARRILLOS DIA:                 | 0                        |                                     |
| HASTA CUANDO:                    |                          |                                     |

Habitos Riesgosos

Tejo ☐ S. Militar: ☐ Tiempo: \_\_\_\_\_ Moto: ☒

Otros: \_\_\_\_\_

|                      |                                     |                                     |
|----------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| ALCOHOL:             | <input type="radio"/> Si            | <input checked="" type="radio"/> No |
| FRECUENCIA:          |                                     | TIPO:                               |
| ACTIVIDAD CULTURAL:  | <input type="radio"/> Si            | <input checked="" type="radio"/> No |
| ACTIVIDAD DEPORTIVA: | <input checked="" type="radio"/> Si | <input type="radio"/> No            |
| SEDENTARIO PURO:     | <input type="radio"/> Si            | <input checked="" type="radio"/> No |
| SEDENTARIO:          | <input type="radio"/> Si            | <input checked="" type="radio"/> No |

Especifique:

GYM PESAS

**II. - REVISION POR SISTEMAS Y EXAMEN FISICO:**

|                    |                            |               |                            |
|--------------------|----------------------------|---------------|----------------------------|
| CARDIOVASCULAR:    | <input type="checkbox"/> N | OCULAR:       | <input type="checkbox"/> N |
| DERMATOLOGICO:     | <input type="checkbox"/> N | RESPIRATORIO: | <input type="checkbox"/> N |
| GENITU - URINARIO: | <input type="checkbox"/> N | DIGESTIVO:    | <input type="checkbox"/> N |
| NEUROLOGICO:       | <input type="checkbox"/> N | O.R.L.:       | <input type="checkbox"/> N |
| OSTEO - MUSCULAR:  | <input type="checkbox"/> N | OTROS:        | <input type="checkbox"/> N |

|                             |             |           |                |
|-----------------------------|-------------|-----------|----------------|
| PERIMETRO ABDOMINAL: 80 Cms |             |           |                |
| PESO:                       | TALLA:      | I.M.C.:   | F.C.:          |
| 90 Kgs                      | 186 Cms     | 26,0 k/m2 | 78 x Minuto    |
| F.R.:                       | T.A.:       | BIOTIPO:  | ESTADO GENERAL |
| 22 x minuto                 | 128/72 mmHg | Grande    | Bueno          |

LATERALIDAD: DIESTRO: ☒ ZURDO: ☐ AMBIDIESTRO: ☐AGUDEZA VISUAL: O.D. ☐ O.I. ☐ A.O. ☐

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

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

**III. - EXAMENES COMPLEMENTARIOS:**

|                    |               |                     |
|--------------------|---------------|---------------------|
| CUADRO HEMATICO:   | No Solicitado | No Solicitado       |
| PARCIAL DE ORINA:  | No Solicitado | No Solicitado       |
| SEROLOGIA:         | No Solicitado | No Solicitada       |
| HEMOCLASIFICACION: | No Solicitado | No Solicitado       |
| GLICEMIA:          | Normal        | 78.09 mg/dl         |
| COLESTEROL:        | Normal        | Total: 152.66 mg/dl |

|                |               |                    |
|----------------|---------------|--------------------|
| GRAVINDEX:     | No Solicitado | No Solicitado      |
| OPTOMETRIA:    | Normal        | Amétrope Corregido |
| VISIOMETRIA:   | No Solicitado | No Solicitado      |
| ESPIROMETRIA:  | No Solicitado | No Solicitado      |
| AUDIOMETRIA:   | No Solicitado | No Solicitado      |
| TRIGLICERIDOS: | Normal        | 154.45 mg/dl       |
| KOH:           | No Solicitado | No Solicitado      |

PRUEBA PSICOLOGICA APTO. CUADRO HEMATICO NORMAL

**IV. - DIAGNOSTICO DE INTERES CLINICO:**

|   |  |
|---|--|
| 1 |  |
| 2 |  |

**V. - PREVENCIÓN EN RIESGOS LABORALES:**

|                           |                                        |                                         |                                       |                                     |
|---------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA | Auditivo <input type="checkbox"/>      | Visual <input type="checkbox"/>         | Respiratorio <input type="checkbox"/> | Ergonomico <input type="checkbox"/> |
|                           | Dermatologico <input type="checkbox"/> | Cardiovascular <input type="checkbox"/> | Otros <input type="checkbox"/>        |                                     |
|                           | ESPECIFIQUE: _____                     |                                         |                                       |                                     |

|                    |                                |                                |                                  |                                      |                                          |                                    |
|--------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------|
| TIPO DE PROTECCION | CASCO <input type="checkbox"/> | BOTAS <input type="checkbox"/> | GUANTES <input type="checkbox"/> | P. AUDITIVO <input type="checkbox"/> | P. RESPIRATORIA <input type="checkbox"/> | P. VISUAL <input type="checkbox"/> |
|                    | OTROS: _____                   |                                |                                  |                                      |                                          |                                    |

**VI. - DIAGNOSTICO DE INTERES OCUPACIONAL:**

|   |                                             |
|---|---------------------------------------------|
| 1 | [CIE10 No.Z100]:EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL |
| 2 | MIOPIA                                      |
| 3 |                                             |
| 4 |                                             |
| 5 |                                             |
| 6 |                                             |

EXÁMENES REALIZADOS: Se Realizaron los siguientes exámenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, ENFASIS CARDIOVASCULAR, PRUEBA PSICOLOGICA , OPTOMETRIA, GLICEMIA EN SANGRE, PERFIL LIPIDICO COMPLETO, CUADRO HEMATICO.

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

RESTRICCIONES: Ninguna para el Cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES: CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA Y USO DE FORMULA OPTICA. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS EN SITIO DE TRABAJO AL MENOS CADA 1 HORA POR 5 MINUTOS, CON ESTIRAMIENTO DE EXTREMIDADES Y TRONCO, RELAJACION E HIDRATACION. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL INDICADOS POR LA EMPRESA. CUMPLIR ACTIVIDADES DE SST DE LA EMPRESA. AJUSTES EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE: DIETA BAJA EN GRASA Y CARBOHIDRATOS, EJERCICIO AEROBICO AL MENOS 3 VECE SPOR SEMANA.

**VII. - CLASIFICACION DE APTITUD:****OBJETIVO VALORACION:** Ingreso

|                                                                  |                                                         |                                                 |                                                     |
|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <b>CONCEPTO INGRESO:</b>                                         | APTO para el Cargo: <input checked="" type="checkbox"/> | No APTO para el Cargo: <input type="checkbox"/> | Aplazado: <input type="checkbox"/>                  |
| <b>TRABAJOS ESPECIALES:</b>                                      | Altura: <input type="checkbox"/>                        | Espacios Confinados: <input type="checkbox"/>   | Manipulacion de Alimentos: <input type="checkbox"/> |
| <b>CONCEPTO EGRESO:</b>                                          | Satisfactoria: <input type="checkbox"/>                 | No Satisfactoria: <input type="checkbox"/>      | Valoracion por E.P.S.: <input type="checkbox"/>     |
| <b>Periodico o Cambio de Ocupacion:</b> <input type="checkbox"/> | Reubicar Trabajador <input type="checkbox"/>            | Continua en el Cargo <input type="checkbox"/>   |                                                     |

Mon Mar 2024 03/04/24 07:23:24

Jhonathan Orlando Barrera Arciniegas - C.C.  
1049622905 / RM: Licencia 000341 de 2019

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



Nombre: OMAR DAVID MURCIA PLAZA SID : 31191  
No. Identificacion: 1117522207  
Edad: 32 Años Sexo: Masculino  
Nro. Ordenamiento: 75977 Página 1 de 1

Fecha de Recepcion: 13/03/2024 08:14:01

Fecha de Impresion: 13/03/2024 04:05:37 pm

Entidad: PARTICULAR/SENA

Solicitante: A QUIEN CORRESPONDA

| Examen                                    | Resultado     | Unidad Medida | Valor Biologico de Referencia                                                                                            |
|-------------------------------------------|---------------|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. GLICEMIA<br>Metodo: Espectrofotometria | 78.09         | mg/dl         | Niños: 60 - 100 mg/dl - Adultos: 70- 110 mg/dl                                                                           |
| 2. PERFIL LIPIDICO                        |               |               |                                                                                                                          |
| COLESTEROL TOTAL                          | 152.66        | mg/dl         | 0-199 mg/dl                                                                                                              |
| COLESTEROL HDL                            | <u>33.44</u>  | mg/dl         | Alto riesgo de enfermedad coronaria: Menor de 40 mg/dl - Negativo para riesgo de enfermedad coronaria: Mayor de 60 mg/dl |
| TRIGLICERIDOS                             | <u>154.45</u> | mg/dl         | 0 - 150 mg/dl                                                                                                            |
| COLESTEROL VLDL                           | 30.9          | mg/dl         | 0 - 40 mg/dl                                                                                                             |
| COLESTEROL LDL                            | 88.3          | mg/dl         | 0 - 129 mg/dl                                                                                                            |
| FACTOR DE RIESGO CORONARIO                | 4.6           |               | 0 - 5.7                                                                                                                  |

ANDREA CRUZ  
Validado: ANDREA DEL PILAR CRUZ  
May 2015 011104 07:00:03  
BACTERIOLOGA - Bacteriologa Univ.

\*\*\* NOTAS IMPORTANTES \*\*\*

Información: Exámenes Pendientes CUADRO HEMATICO.

Nombre: Omar David Murcia Plaza  
 No. Identificacion: 1117522207  
 Edad: 32 Años Sexo: Masculino

Fecha: 13/03/2024 12:00:00 AM SID-VISIO : 36803  
 Empresa: PARTICULAR/SENA Particular  
 Cargo / Tipo: EVALUADOR Ingreso

Cargo: EVALUADOR Area: No Refiere Antigüedad: 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: AÑO Y MEDIO Ultimo Diagnostico: ASTIGMATISMO

**RX EN USO** TIPO DE LENTE: NINGUNO

OD: No

AV: No

OI: No

AV: No

Sintomatologia: VISION BORROSA DE LEJOS

## II. AGUDEZA VISUAL

| Agudeza Visual  | Con Correcion      |            | Sin Correcion      |              | PH            |
|-----------------|--------------------|------------|--------------------|--------------|---------------|
|                 | V. LEJANA          | V. PROXIMA | V. LEJANA          | V. PROXIMA   |               |
| Snellen Numeros | O.D.: <u>20/20</u> |            | O.D.: <u>20/50</u> | <u>0.75M</u> | O.D.: <u></u> |
|                 | O.I.: <u>20/20</u> |            | O.I.: <u>20/25</u> | <u>0.75M</u> | O.I.: <u></u> |
|                 | A.O.: <u>20/20</u> |            | A.O.: <u>20/20</u> | <u>0.75M</u> | A.O.: <u></u> |

## III. EXAMEN EXTERNO

OD: SANO

OI: SANO

Reflejos: Normales

## IV. MOTILIDAD OCULAR

COVER TEST: VL: ORTO

VP: EXO

Motilidad Ocular: Normal

PPC: Normal

Observaciones

Motilidad

Ocular:

## V. OFTALMOSCOPIA

OD: SANO

OI: SANO

OTROS: Ninguno

## VI. QUERATOMETRIA

OD: \_\_\_\_\_ ME: \_\_\_\_\_  
OI: \_\_\_\_\_ ME: \_\_\_\_\_

## VII. RETINOSCOPIA

Refraccion: ESTATICA

OD: \_\_\_\_\_ AV: \_\_\_\_\_  
OI: \_\_\_\_\_ AV: \_\_\_\_\_

Retinoscopia  
Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

VISION COLOR: OD: NORMAL OI: NORMAL

ESTEREOPSIS: Normal: X Anormal: \_\_\_\_\_

☐ Corregido ☐ No Corregido ☐ Mal Corregido

## VIII. RX FINAL

| DISTANCIA PUPILAR: |           |          | ALTURA:    |     |       |
|--------------------|-----------|----------|------------|-----|-------|
|                    | OJO       | ESFERICO | CILINDRICO | EJE | A.V.  |
| LEJOS              | DERECHO   | NEUTRO   |            | °   | 20/20 |
|                    | IZQUIERDO | NEUTRO   |            | °   | 20/20 |
| CERCA              | DERECHO   |          |            | °   |       |
|                    | IZQUIERDO |          |            | °   |       |
| PROXIMO CONTROL:   |           |          |            |     |       |
| TIPO DE LENTE:     |           |          |            |     |       |
| CLASE DE FILTRO:   |           |          |            |     |       |

Clasificación: Amétrope Corregido

Conducta: DISMINUCION AGUDEZA VISUAL DE LEJOS EN OJO IZQUIERDO Y OJO DERECHO.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Impresion Diagnostica: MIOPIA EN OJO IZQUIERDO Y OJO DERECHO.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Observaciones: CONTROL EN UN AÑO, USO PERMANENTE DE RX, USO DE EPP  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gloria Leonor Espinosa

Evaluador: Gloria Leonor Espinosa Gonzales / 0372-Especialista en  
Wed Feb 2024 02/28/:SST- Res. No. 0052

[Firma]  
FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE  
Wed Mar 2024 03/13/24 08:09:26



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: Omar David Murcia Plaza

Identificacion

1117522207

Codigo Unico Paciente:

35140

Empresa:

PARTICULAR/SENA

Fecha Nacimiento:

02/01/1992

Direccion:

CRA 14A# 2A-10 B/ 17 DE ENERO

| Ingreso Nro. | Sexo:     | Edad:                     | Estado Civil: | Nivel Educativo:          | Ciudad:         | Fecha Consulta      |
|--------------|-----------|---------------------------|---------------|---------------------------|-----------------|---------------------|
| 67567        | Masculino | 32 Años                   | Soltero       | Profesional Universitario | FLORENCIA       | 13/03/2024 08:16:22 |
| Objetivo:    | Ingreso   | E.P.S.:                   | NUEVA EPS     | A.R.L.:                   | POSITIVA        | Cargo: EVALUADOR    |
| 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: ☐

### CUNCILLAS

ARTICULACION CADERAS, RODILLAS Y PIES: NORMAL: ☒ ANORMAL: ☐

ESCOLIOSIS: SI: ☐ NO: ☒

MUSCULOS ABDOMINALES SUPERIORES: TONO NORMAL: ☒ DEBILIDAD: ☐

MUSCULOS ABDOMINALES INFERIORES: TONO NORMAL: ☒ DEBILIDAD: ☐

LONGUITUD REAL MIEMBROS INFERIORES:

LONGUITUD APARENTE:

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:

Mon Mar 2024 03/04/24 07:23:24

Jhonathan Orlando Barrera Arciniegas - C.C.  
1049622905 / RM: Licencia 000341 de 2019

Firma del Paciente o Responsable

Wed Mar 2024 03/13/24 08:09:26

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



Indice Derecho

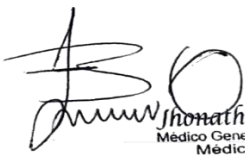
## CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CIRCULAR NO 3-2023-0000014

Certifico que el Señor(a) contratista: OMAR DAVID MURCIA; Identificado con cédula de ciudadanía N° 1117522207 cumple con los documentos del perfil solicitados en la circular 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 |
|------------|---------------------|----------------------|--------------------|--------|
| 1117522207 | OMAR DAVID MURCIA   | Contratista          | SI                 | SI     |

Se diligencia a los 14 días del mes de marzo de 2024.

Cordialmente.



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

**BARRERA ARCINIEGAS  
JHONATHANMEDICINA  
PREVENTIVA  
REGIONAL CAQUETA - SENA**



### Hace constar:

Que el Sr(a) OMAR DAVID MURCIA PLAZA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1117522207 realizó el día 07/04/2024 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, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

---

### Compromiso SST:

Yo OMAR DAVID MURCIA PLAZA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1117522207 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 se evidenció que, **OMAR DAVID MURCIA PLAZA** identificado con CC No. **1117522207**, registra la siguiente información.

| Datos del Contratante                                    | Datos de la Relación Laboral                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI.<br>899999034 | <b>Fecha de inicio de cobertura:</b> 20/03/2024<br><b>Estado Afiliación:</b> ACTIVO<br><b>Fecha de inicio de Contrato:</b> 20/03/2024<br><b>Fecha fin de Contrato:</b> 18/06/2024<br><b>Tipo Vinculación:</b> TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br><b>Clase de Riesgo:</b> 1 |

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](http://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): 202401014242488.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 11 días del mes de abril de 2024.

Cordialmente,

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

# Certificación Bancaria

Domingo, 14 de abril de 2024

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que OMAR DAVID MURCIA PLAZA identificado(a) con CC 1117522207, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Producto                   | No. Producto | Fecha Apertura<br>aaaa-mm-dd | Estado | Saldo |
|----------------------------|--------------|------------------------------|--------|-------|
| Cuenta Ahorros / A la mano | 47382239268  | 2017-09-14                   | ACTIVO | ***** |

**\*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 a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto 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**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a [correosospchoso@bancolombia.com.co](mailto:correosospchoso@bancolombia.com.co)



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

Hacemos constar, que la póliza No. 61-46-101026574, 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 20 días del mes de Marzo de 2024

  
Firma autorizada de Jose Luis Ojeda Acevedo, Vicepresidente de Fianzas.

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.segurosdeleestado.com](http://www.segurosdeleestado.com)

|                                                              |                                                   |              |                          |              |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------|--------------------------|--------------|
| FECHA                                                        |                                                   |              |                          |              |
| CONTADO                                                      |                                                   |              |                          |              |
| RECIBIMOS DE:                                                | MURCIA PLAZA OMAR DAVID                           |              | C.C. C.C. :1,117,522,207 |              |
| LA SUMA DE:                                                  | TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE |              |                          |              |
| POR CONCEPTO DE:                                             | PAGO DE PÓLIZA NRO.: 61-46-101026574              |              |                          |              |
| SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA                         |                                                   | PRIMA        | GASTOS EXPEDICION        | IVA          |
| AGENCIA MANDATARIA - NEIVA - CU. ESTATAL - 101026574 - 0 - 0 |                                                   | \$ 20,000.00 | \$ 8,000.00              | \$ 5,320.00  |
| FORMA DE PAGO                                                |                                                   |              |                          |              |
| INTERMEDIARIO: BIBIANA GONZALEZ ESPAÑA - 194558              |                                                   |              | EFFECTIVO:               | \$ 33,320.00 |
|                                                              |                                                   |              | CHEQUE:                  | \$ 0.00      |
|                                                              |                                                   |              | TARJETA:                 | \$ 0.00      |
|                                                              |                                                   |              | BD:                      | \$ 0.00      |
|                                                              |                                                   |              | OTROS:                   | \$ 0.00      |
|                                                              |                                                   |              | TOTAL:                   | \$ 33,320.00 |
|                                                              |                                                   |              | CAJERO: RAPIESTADO       |              |

ORIGINAL

|                                                              |                                                   |              |                          |              |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------|--------------------------|--------------|
| FECHA                                                        |                                                   |              |                          |              |
| CONTADO                                                      |                                                   |              |                          |              |
| RECIBIMOS DE:                                                | MURCIA PLAZA OMAR DAVID                           |              | C.C. C.C. :1,117,522,207 |              |
| LA SUMA DE:                                                  | TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE |              |                          |              |
| POR CONCEPTO DE:                                             | PAGO DE PÓLIZA NRO.: 61-46-101026574              |              |                          |              |
| SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA                         |                                                   | PRIMA        | GASTOS EXPEDICION        | IVA          |
| AGENCIA MANDATARIA - NEIVA - CU. ESTATAL - 101026574 - 0 - 0 |                                                   | \$ 20,000.00 | \$ 8,000.00              | \$ 5,320.00  |
| FORMA DE PAGO                                                |                                                   |              |                          |              |
| INTERMEDIARIO: BIBIANA GONZALEZ ESPAÑA - 194558              |                                                   |              | EFFECTIVO:               | \$ 33,320.00 |
|                                                              |                                                   |              | CHEQUE:                  | \$ 0.00      |
|                                                              |                                                   |              | TARJETA:                 | \$ 0.00      |
|                                                              |                                                   |              | BD:                      | \$ 0.00      |
|                                                              |                                                   |              | OTROS:                   | \$ 0.00      |
|                                                              |                                                   |              | TOTAL:                   | \$ 33,320.00 |
|                                                              |                                                   |              | CAJERO: RAPIESTADO       |              |

COPIA

**PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES  
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.61-46-101026574**

**1. AMPAROS.**

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ SEGUROESTADO 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 SUJECCIÓN 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 TÍTULO 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 ENCUESTRE OBLIGADA LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA.**

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

### 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 ÚLTIMO 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, PREVALECEÁN 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.



7709998021167005475500

Nit: 860009578-6

SEGUROS DEL ESTADO GENERALES

RECIBO DE PAGO N°: 10000054755004

CERTIFICAMOS QUE:

|                                             |                                                    |                                                              |            |             |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------|-------------|
| FECHA                                       |                                                    |                                                              |            |             |
| 20/03/2024 05:53p.m.                        |                                                    |                                                              |            |             |
| RECIBIMOS DE:                               | MURCIA PLAZA OMAR DAVID                            | CC. 1.117.522.207                                            |            |             |
| LA SUMA DE:                                 | Treinta y tres mil trescientos veinte pesos .***** |                                                              |            |             |
| POR CONCEPTO DE:                            | PAGO POLIZA NRO.: 101026574                        |                                                              |            |             |
| SUC - RAMO - POLIZA - ENDOSO - CUOTA        | PRIMA                                              | GASTO                                                        | IVA        | VALOR       |
| AGENCIA MANDATARIA - NEIVA-46-101026574-0-1 | \$28,000.00                                        |                                                              | \$5,320.00 | \$33,320.00 |
| FORMA DE PAGO                               |                                                    |                                                              |            |             |
| Pse - \$ 33,320.00                          |                                                    | EFFECTIVO:<br>CHEQUE:<br>TARJETA:<br>BD: 33,320.00<br>OTROS: |            |             |
| TRANSACCION: 0005475500                     |                                                    | TOTAL: \$33,320.00                                           |            |             |
| CAJERO: PAGUESTADO                          |                                                    |                                                              |            |             |