SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL ARAUCA
CENTRO DE GESTION Y DESARROLLO AGROINDUSTRIAL DE ARAUCA -SERVIC

Codigo Regional	81
Código Centro	953010
Fecha Elaboración	5 de marzo de 2020
Versión	FEBRERO 2020 - 2,20
ID de Proceso	39495-812238

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	HUGO JOSE GREGORIO CORZO LEYVA	C.C.	88.220.537	IP/N° de contacto	74216
Correo electrónico contratista:	corzol@sena.edu.co				
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta?**	NO	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**	SI
Banco al cual consignar:	BANCO DE BOGOTA	**Tipo de cta**	AHORROS	**N° Cuenta**	614158525
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	NO	**Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los $ 117.503.000**			NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° del contrato:	1350233/2020			**N° Compromiso SIIF**	11620	
Valor Total del Contrato	$ 43.648.500	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 43.648.500	1	**Del**	06/02/2020	**Al** 29/02/2020	**$ 3.346.385,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 40.302.115		Comisiones			$ 0,00

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.346.385		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	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	**$ 3.346.385**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.223.589**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Febrero	Enero			
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	----------	9402228071	Valor Base retención en la fuente	2.223.589,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.338.554	$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	2.964.785,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 167.400	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 214.200	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL I	$ 7.000	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	29.648,00	1,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -		-	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 741.196		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.316.737,00**	

SON: TRES MILLONES TRESCIENTOS DIECISEIS MIL SETECIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

IMPARTÍ FORMACIÓN PRESENCIAL BILINGÜISMO EN LAS SIGUIENTES FICHAS Y HORARIOS:

08:00 a 08:00 HRS FICHA 1836775 INGLES NIVEL 3 TN. PRODUCCION GANADERA (TRANSVERSAL).
- SE CONSTRUYERON FRASES EN TIEMPO PASADO USANDO LOS VERBOS IRREGULARES.

14:00 a 16:00 HRS FICHA 2062504 INGLES NIVEL 1 (COMPLEMENTARIO).
- LOS APRENDICES CONSTRUYERON EXPRESIONES SOBRE SUS DATOS PERSONALES Y LAS EXPRESARON DE FORMA ORAL.

16:00 a 18:00 HRS. FICHA 1804749 INGLES NIVEL 4 TN. RECURSOS NATURALES (TRANSVERSAL).
-PRACTICAMOS CON EJERCICIOS ESCRITOS CON LOS VERBOS AUXILIARES MODALES -CAN-MAY-COULD-.

18:00 a 20:00 HRS. FICHA 2063037 . INGLES NIVEL 4 (COMPLEMENTARIO).
-LOS APRENDICES REALIZARON MÍMICAS Y ADIVINANZAS USANDO EL VERBO AUX. CAN.

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

HUGO JOSE GREGORIO CORZO LEYVA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

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

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

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

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

YOLI ZOVEIDA GOMEZ GUZMAN
PROFESIONAL G02

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

EDDIE YOVANNY MILLAN
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

FORMATO INFORME MENSUAL EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Arauca, 05 de marzo de 2020

Doctora
YOLI ZOVEIDA GOMEZ GUZMAN
SUPERVISOR CONTRATO No. C01-PCCNTR-1350233 del 06 / feb / 2020
Profesional 02
Arauca

Asunto: Informe mensual de ejecución contractual Mes 02 del año 2020

Referencia: No. C01-PCCNTR-1350233 del año 2020

HUGO JOSE GREGORIO CORZO LEYVA, identificado con la cédula de ciudadanía No. 88.220.537 de Cúcuta, en mi calidad de Contratista del SENA, dependencia de Relaciones Corporativas, en cumplimiento del Contrato de Prestación de Servicios de la referencia, a continuación presento el Informe de actividades realizadas en el mes objeto de cobro.

Valor y forma de Pago: El valor total del presente contrato asciende a la suma de CUARENTA Y TRES MILLONES SEICIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS PESOS MCTE $ 43.648.500.

AUTORIZACIÓN	CDP	PERIODO	DIAS	VALOR MES	VALOR
		FEBRERO	23		$ 3.346.385
		MARZO	30		$ 4.364.850
		ABRIL	30		$ 4.364.850
		MAYO	30		$ 4.364.850
		JUNIO	30		$ 4.364.850
		JULIO	30	$ 4.364.850	$ 4.364.850
		AGOSTO	30		$ 4.364.850
		SEPTIEMBRE	30		$ 4.364.850
		OCTUBRE	30		$ 4.364.850
		NOVIEMBRE	30		$ 4.364.850
		DICIEMBRE	7		$ 1.018.465
TOTAL			300		$ 43.648.500

Plazo: Será hasta el (7) de (Diciembre) de 2020.

OBJETO:
Prestar servicios personales de carácter temporal como Instructor bajo la modalidad tiempo completo en el programa de formación Titulada y Complementaria en el área FORMACIÓN PRESENCIAL EN BILINGÜISMO.

CLÁUSULA (No. de cláusula donde se encuentren las obligaciones del contratista)

No	Obligaciones	Acciones realizadas	Evidencias
1)	El instructor contratista se obliga a la realización, actualización permanente y presentación del Portafolio del Instructor adjuntando los formatos de calidad pertenecientes al proceso de ejecución de la formación asignada.	Jornada pedagógica de inducción y reinducción de los procesos de formación profesional integral.	Listado de asistencia.
2)	El instructor contratista deberá asistir a las capacitaciones y talleres pedagógicos realizados de acuerdo a los lineamientos de la Escuela Nacional de Instructores del Sena (ENI).	Jornada pedagógica de inducción y reinducción de los procesos de formación profesional integral.	Listado de asistencia.
3)	Cumplir con los planes de mejoramiento pedagógicos a los que haya lugar.	No he sido objeto de planes de mejoramiento en el presente periodo.	No he sido objeto de planes de mejoramiento en el presente periodo.
4)	El instructor contratista deberá aplicar al proceso de certificación de la norma, o la evidencia de la inscripción efectiva al proceso o aportar al informe de ejecución contractual, el certificado de aprobación de la norma de competencia "orientar procesos formativos presenciales con base en los planes de formación concertados, 240201044" o la actualización "orientar formación presencial de acuerdo con procedimiento técnico y normativo 240201056" , esta	Ya me encuentro certificado en las normas relacionadas NIVEL AVANZADO – ORIENTAR FORMACION PRESENCIAL DE ACUERDO CON PROCEDIMIENTOS TECNICOS Y NORMAVITVA.	Certificado.

	obligación deberá verificarse por parte del Supervisor, y dejar evidencia de la misma.		
5)	El contratista deberá ejecutar su contrato conforme al Sistema Integrado de Gestión y Autocontrol "SIGA" del SENA el cual se encuentra documentado en la plataforma CompromISO.	Evaluación de inducción de SIGA.	Certificado.
6)	En cumplimiento de lo dispuesto en el parágrafo 1° del artículo 23 de la ley 1150 de 2007 y del artículo 6 de la ley 1562 de 2012, el (la) CONTRATISTA deberá acreditar que se encuentra al día en el pago mensual de los aportes al sistema de seguridad social integral (salud, pensión y riesgos laborales) y para la realización de cada pago derivado del mismo; estos pagos se acreditan únicamente por el sistema PILA o de Planilla Asistida o el que determine el Ministerio de Trabajo. Cuando corresponda, el (la) contratista también debe acreditar el pago oportuno de los aportes al SENA, ICBF y cajas de Compensación Familiar.	Pago de aportes correspondientes al mes de Enero Nº de planilla 9402228071 debidamente realizado en la plataforma del operador APORTES EN LINEA.	Documento impreso.
7) El contratista debe cumplir con las normas del Sistema General de Riesgos Laborales, en especial, las siguientes:			
	a. Procurar el cuidado integral de su salud.	Usar vestuario y calzado adecuado a mi labor.	Fotografías.
	b. El contratista informará al SENA la ARL a la cual desea afiliarse, para lo cual cada Centro de Formación, Dirección Regional, establecerán los	La entidad realizó afiliación a la compañía POSITIVA.	Certificado de afiliación.

	procedimientos para afiliación a la ARL seleccionada por el contratista e informará por escrito la fecha a partir de la cual quedó afiliado al sistema de riesgos laborales. (Art. 4 Decreto 723 de 2013).		
	c. El pago de los aportes al sistema de riesgos laborales se realizará de acuerdo a la clase de actividad establecida en el objeto y obligaciones del contratista en los términos establecidos en el Decreto 1607 de 2002. (Ley 1562 de 2012 y Decreto 1530 de 1996).	La entidad realizó afiliación a la compañía POSITIVA.	Certificado de afiliación.
	d. Los Elementos de Protección Personal que requiera el contratista para la ejecución del objeto del mismo correrán por su cuenta y antes de iniciar la ejecución el Supervisor le informará por escrito la clase y cantidad de elementos que se requieren y verificará sus condiciones de acuerdo con el tipo de riesgo a que esté expuesto. (Decreto 723 de 2013, art. 16 numeral 2).	Usar vestuario y calzado adecuado a mi labor.	Fotografías.
	e. Exámenes médicos pre ocupacionales. El contratista deberá hacer entrega del examen médico pre ocupacional al Grupo de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Dirección General y/o sus homólogos en los Centros de Formación y Direcciones Regionales de acuerdo con el profesiograma y el objeto a desarrollar y dentro de los plazos establecidos legalmente. (Decreto 723 de 2013 art. 18).	Realización de los Exámenes Médicos Pre-Ocupacionales con fecha 18 de Enero del año 2020.	Certificado.
	f. El contratista se compromete a cumplir a cabalidad con las normas, reglamentos y la	Como buen instructor, doy pleno cumplimiento a todas las normas, reglamentos y políticas implementadas por	

	política de seguridad y salud en el trabajo establecida por la entidad al igual que suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud e informar oportunamente al SENA acerca de los peligros y riesgos latentes en la ejecución contractual. (Decreto 1443 de 2014 arts. 5 y 10).	el SENA. Al igual he suministrado información clara, veraz y completa sobre el estado de mi Salud y si fuere el caso, estaré dispuesto a informar por si se presentaren, sobre los peligros y riesgos latentes en el presente contrato.	
	g. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales. h. 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.	A la fecha no he presentado incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.	
	h. 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.	Participe en la jornada de Inducción y reducción SIGA febrero 27 de 2020.	Lista de asistencia.
	i. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada del contrato.	NO he presentado novedades derivadas del contrato.	
	j. Presentar el certificado de aprobación de la inducción al Subsistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo como documento requerido para el primer pago de honorarios.	Evaluación de inducción de SIGA.	Certificado.
	k. Asistir y realizar las actividades de capacitación presenciales o virtuales	Participe en la jornada de Inducción y reducción SIGA febrero 27 de 2020.	Lista de asistencia.

	programadas por el grupo de Seguridad y Salud en el Trabajo relacionadas con el Subsistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de SIGA.		
8)	Participar en el cumplimiento de las diferentes actividades del SIGA, principalmente en las capacitaciones que los subsistemas del SIGA orienta y con los demás lineamientos establecidos, bien sea para el sostenimiento de la certificación de la NTC ISO 9001, como también para las actividades de implementación de la NTC ISO 14001.	Participe en la jornada de Inducción y reducción SIGA febrero 27 de 2020.	Lista de asistencia.
9)	El contratista deberá diligenciarla planilla de cobro de honorarios de los contratistas de prestación de servicios utilizando el aplicativo http://contratistas.sena.edu.co	Presento la planilla Descargada de la plataforma https://contratistas.sena.edu.co/	Documento impreso. Y en pdf subido al drive.
10)	El contratista con la firma del presente documento se obliga a no divulgar información directa, indirecta, próxima o remotamente, ni a través de ninguna otra persona o de sus subalternos o funcionarios, asesores o cualquier persona relacionada con ella, así como también a no utilizar dicha información en beneficio propio ni de terceros.	He tratado la información suministrada a mí persona por el SENA de forma confidencial y de acuerdo a las normas exigidas.	He tratado la información suministrada a mí persona por el SENA de forma confidencial y de acuerdo a las normas exigidas.
11)	El contratista deberá vigilar y salvaguardar los bienes que hagan parte del patrimonio del SENA o de otras entidades o de particulares puestos al servicio de la entidad, y que le hayan	No poseo inventario a mi nombre.	Subí al drive Pantallazo tomado del Aplicativo http://miinventario.sena.edu.co

	sido entregados para el desarrollo del objeto del contrato, por lo que son sujetos de control y vigilancia. En consecuencia deberán sujetarse a las guías y/o procedimientos aplicables a los bienes fijados en la plataforma CompromISO; adicionalmente deberá estar atento a los mantenimientos preventivos y correctivos de los elementos, así como la hoja de vida de los bienes en la cual se date la información actualizada de los mismos, dar cuenta sobre la entrega de los bienes al supervisor y/o interventor del contrato respectivo y a los órganos de control fiscal y disciplinario, de ser procedente.		Donde se refleja mi Numero de documento.
12)	El contratista que realice comisiones de servicios o desplazamientos autorizados por el supervisor deberá presentar dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de finalización de la comisión, la respectiva legalización al área de Tesoreria o quien haga sus veces; razón por la cual, el Centro de Gestión y Desarrollo Agroindustrial de Arauca, Regional Arauca no autorizara giros por concepto de gastos derivados de comisiones, a quienes tengan pendiente legalizaciones por comisiones anteriores.	No he realizado comisiones de servicio.	No he realizado comisiones de servicio.

13)	Las demás que se deriven del presente contrato y que sean consecuencia natural de las diferentes acciones iniciadas en cumplimiento de sus deberes o ejercicio profesional.	No se han solicitado obligaciones adicionales a las anteriormente relacionadas.	No se han solicitado obligaciones adicionales a las anteriormente relacionadas.

A continuación relaciono los desplazamientos que realicé previo a la presentación de este informe. Una vez finalizado cada desplazamiento presenté al ordenador del gasto el informe en el Formato Informe Legalización Desplazamiento Contratista GTH-F-087, en el que se describieron las actividades desarrolladas y los resultados de cada desplazamiento. Cada informe cuenta con el visto bueno del Supervisor.
Se lista a continuación el soporte de la legalización de los desplazamientos realizados, los cuales forman parte integral del presente informe de ejecución contractual.

ITEM	No DE LA ORDEN DE VIAJE	LUGAR DE DESPLAZAMIENTO	FECHAS DE DESPLAZAMIENTOS	
			INICIO	FINALIZACIÓN
1.				
2.				

Nota 1: *Por cada desplazamiento que haya realizado el contratista, adjuntará el respectivo informe que la soporte. En caso de haber realizado el desplazamiento en fecha posterior a la presentación del informe de ejecución contractual, deberá reportarlo en el siguiente informe de ejecución contractual.*

Para el trámite de la cuenta me permito adjuntar: documentos enunciados como evidencias del cumplimiento de las obligaciones contractuales y los desplazamientos realizados, fotocopia de la planilla-recibo de pago de aportes a salud, pensiones y ARL, Nº 8499066796 expedido por APORTES EN LINEA correspondiente al mes de enero del año 2020.

Evidencias en ( ) folios

Cordialmente,

Cordialmente,

Firma: _____
HUGO JOSE GREGORIO CORZO LEYVA
C.C. No. 88.220.537 de Cúcuta
Contratista

Recibí a satisfacción,

Firma: _____
YOLI ZOVEIDA GOMEZ GUZMAN
SUPERVISOR CONTRATO
No. C01-PCCNTR-1350233 de 2020
Profesional 02

La Profesional G02 - Regional Arauca, en calidad de supervisora del Contrato de Prestación de Servicios No. C01-PCCNTR-1350233 de 2020.

Certifica

Que **HUGO JOSE GREGORIO CORZO LEYVA,** identificado con cedula de ciudadanía No. 88.220.537 de Cúcuta, cumplió a cabalidad con las obligaciones establecidas en el contrato cuyo objeto es: Prestar servicios personales de carácter temporal como instructor bajo la modalidad tiempo completo en el programa de formación Titulada y Complementaria en el área FORMACIÓN PRESENCIAL EN BILINGÜISMO.

En constancia a lo anterior, se firma en Arauca a los 05 días del mes Marzo de 2020.

YOLI ZOVEIDA GÓMEZ GUZMÁN

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificacion	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 88220537		CORZO LEYVA HUGO JOSE GREGORIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 13 N 22-20	ARAUCA-ARAUCA	8859248	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-01	2020-01	956547578	9402228071	1	2020/02/11	2020/01/31	BANCO CAJA SOCIAL	0	$254,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	88220537	CORZO LEYVA HUGO JOSE GREGORIO	230301	30	$877,803	$140,500	EPS037	30	$877,803	$109,800		0	$0	$0	14-23	30	$877,803	$4,600	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$4,600		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,500	$0	$0	$140,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$140,500	$0	$0	$140,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,600	$0	$0	$4,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$4,600	$0	$0	$4,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,800	$0	$0	$109,800
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$109,800	$0	$0	$109,800
TOTAL				1	$254,900	$0	$0	$254,900

2020/02/25 09:44 AM

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA

001

2. Concepto: 1 3 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14511678967

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 8 8 2 2 0 5 3 7 — 7

6. DV

12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Arauca — 3 4

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida — 2

25. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía — 1 3

26. Número de identificación: 8 8 2 2 0 5 3 7

27. Fecha expedición: 1 9 9 4 1 0 3 1

Lugar de expedición: COLOMBIA

28. País: 1 6 9

29. Departamento: Norte de Santander — 5 4

30. Ciudad/Municipio: Cúcuta — 0 0 1

31. Primer apellido: CORZO

32. Segundo apellido: LEYVA

33. Primer nombre: HUGO

34. Otros nombres: JOSE GREGORIO

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACIÓN

38. País: COLOMBIA — 1 6 9

39. Departamento: Arauca — 8 1

40. Ciudad/Municipio: Arauca — 0 0 1

41. Dirección principal: CR 13 22 20

42. Correo electrónico: profesorhugo2008@hotmail.com

43. Código postal: 5 4 0 0 1

44. Teléfono 1: 8 8 5 9 2 4 8

45. Teléfono 2: 3 1 4 3 2 0 0 3 9 7

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código: 8 5 2 3

47. Fecha inicio actividad: 2 0 0 6 0 7 1 5

Actividad secundaria

48. Código: 9 5 1 0

49. Fecha inicio actividad: 2 0 0 6 0 7 1 5

Otras actividades

50. Código: 1: 8 5 6 0 — 2: 8 5 4 3

Ocupación

51. Código:

52. Número establecimientos:

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X]

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 9 0 5 2 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice

Firma autorizada

084. Nombre: ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

085. Cargo:

Fecha generación documento PDF: 31-01-2020 02:21:57PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Scanned with CamScanner

Centro de Especialidades Médicas S.A.S

CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS S.A.S NIT. 900.836.143-8

CÓDIGO

VERSIÓN

FECHA

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Empresa: **PARTICULAR** Ciudad: **ARAUCA** ID **88220537**

Pre-Ingreso	X	Retiro	-	Pre - Ingreso	-	Fecha	
Periódico	-	Post-incapacidad	-	Particular	-		
Re - integro	-	Cambio cargo	-	ARL		**18/01/2020**	

1. IDENTIFICACIÓN



Nombres y Apellidos: **HUGO JOSE GREGORIO CORZO LEYVA**

Sexo: F - M X Fecha de nacimiento: **05/05/1976** Edad: **43** años

Lugar de Nac. **CUCUTA** Escol. **PROFESIONAL**

Estado civil **U.LIBRE** Prof. **ADM. DE EMPRESAS**

Cargo **INSTRUCTOR DE IDIOMAS** Fecha de Valoración **18/01/2020**

Funciones principales: **ENSEÑAR**

A.R.L. **POSITIVA** Celular **3143200397**

E.P.S. **NUEVA EPS** A.F.P. **PORVENIR**

2. EXÁMENES REALIZADOS

Examen	DESCRIPCION
1. Visiometria / Optometria	Anormal. Leve (18/01/2020).
2. Audiometria	Normal. (18/01/2020).
3. Espirometria	
4. Psicosensometrico / Coordinación Motriz	
5. Psicologia	
Lab. Clinico	**DESCRIPCION**
6. Cuadro hematico	—
7. Parcial de orina	—
8. Perfil Lipidico	Anormal (18/01/2020)
9. Glicemia	Normal (18/01/2020)
10. Serologia	
11. TGO / TGP	\
12. Creatinina	
13. Hemoclasificacion	
Examen	**DESCRIPCION**
14. RX de torax	
15. RX de columna lumbo sacra	\
16. EKG	
Examen fisico	Examen osteomuscular sin alteraciones.

3. CONCEPTO MEDICO

Condiciones adecuadas para desempeñar el cargo	
Con recomendaciones para desepeñar el cargo	X
Con restricciones para el cargo	
Aplazado	
Condiciones inadecuadas para desempeñar cargo	
Condiciones adecuadas para trabajo en alturas	
Condiciones adecuadas para manejo de cargas	
Condiciones adecuada para espacios confinados	
Condicion adecuada manipulacion de quimicos	
Condicion adecuada manipulacion de alimentos	

Documento constitutivo del Sistema de Gestion de la Calidad Prohibida su reproducción total o Parcial sin previo consentimiento

Scanned by CamScanner

Centro de Especialidades Médicas S.A.S

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

CÓDIGO	
VERSIÓN	
FECHA	

4. CONCEPTO MEDICO PERIÓDICO

NORMAL		ANORMAL		REMISION	NO	SI	EPS		ARL
Apto para alturas	SI		NO		Recomendaciones				
ENFERMEDAD PROFESIONAL	SI		NO		OBS				

5. CONCEPTO MEDICO DE RETIRO

NORMAL		ANORMAL		REMISION	NO	SI	EPS		ARL
ENFERMEDAD PROFESIONAL	SI		NO		OBS				

6. INGRESO PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGIA Y/O PYP

AUDITIVO		CARDIOVASCULAR		OSTEOMUSCULAR		BIOLOGICO	
RESPIRATORIO		RADIACION IONIZANTE		PSICOSOCIAL		OTRO	
VISUAL	X	MANEJO DE VOZ		QUIMICO			

7. RECOMENDACIONES Y RESTRICCIONES

Dieta y ejercicio.

8.RECOMENDACIONES PARA EMPRESA

Brindar espacios para hacer pausas activas

9.RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE

1. Dieta balanceada baja en grasa
2. Hacer actividad física 30 min al día mínimo
3. Uso de lentes filtro U.V.
4. Hacer pausas activas 10 min c/2hr en especial de la voz.

Bajo la gravedad del juramento afirmo que toda la información anteriormente suministrada es correcta y que no he ocultado nada sobre mi historia de salud.

Nota: en caso de existir alguna inexactitud por omisión o a causa del interesado, se hará acreedor a las sanciones previstas por la Ley.

CC 88'220.537

Firma y cédula del examinado

Cynthia Cristiano
MÉDICO

Nombre, firma y registro del Médico

CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS S.A.S NIT: 900.836.143-8

Documento constitutivo del Sistema de Gestión de la Calidad Prohibida su reproducción total o Parcial sin previo consentimiento.

Scanned by CamScanner

Centro de Especialidades Médicas S.A.S

HISTORIA CLINICA MEDICO OCUPACIONAL

CÓDIGO:	
VERSIÓN:	
FECHA:	

Empresa: **PARTICULAR** Ciudad: **ARAUCA** ID **88220537**

Pre-Ingreso	X	Retiro	-	Pre - Ingreso	-	Fecha:	
Periódico	-	Post- incapacidad	-	Particular	-		18/01/2020
Re - integro	-	Cambio de cargo	-	ARL			



1. IDENTIFICACIÓN

Nombres y Apellidos: **HUGO JOSE GREGORIO CORZO LEYVA**

Sexo: F - M X Fecha de nacimiento: **05/05/1976** Edad: **43** años

Lugar de nacimiento: **CUCUTA** Escolaridad: **PROFESIONAL**

Estado civil **U.LIBRE** Profesión: **ADM. DE EMPRESAS**

Cargo **INSTRUCTOR DE IDIOMAS** Fecha de Valoració **18/01/2020**

Funciones principales: **ENSEÑAR**

A.R.L.(Riesgos) **POSITIVA** Celular **3143200397**

E.P.S.(Salud) **NUEVA EPS** A.F.P.(Pensiones) **PORVENIR**

2. HISTORIA OCUPACIONAL

	Oficios desempeñados: Empresa / Área	Ocupación / Oficio	Tiempo Años	Meses	Exámenes Ing.	Peri.	Ret.	ALEL No	ALEL Si	Secuelas No	Secuelas Si	Indemnizado No	Indemnizado Si	Fecha
1.	SENA	Instructor de idiomas	03	—	✓			✓		✓		✓		
2.	Macrosistemas	Soporte tecnico	03	—	✓			✓		✓		✓		
3.														
4.														
5.														

Actual: NO

Prestó servicio militar: SI NO X

Describir tipo de accidente, lesiones y/o secuelas: Niega

1.
2.
3.

Enfermedad laboral Calificada por ARL Niega

Factor de Riesgo	T.exposicion Empresa 1	2	3	4	5	A
Físico: Calor						
Frío						
Alta						
Baja						
Presión						
Rad. No						
Rad. ioniz.						
Ruido						
Vibración						

Factor de Riesgo	T.exposici Empresa 1	2	3	4	5	A
Químico: Neblinas						
Humos						
Polvos						
Líquidos						
Gases y Vapores						
Contacto Producto						
Químico						

Factor de Riesgo	T. Empresa 1	2	3	4	5	A
Fo Incendio						
Explosión						
Biome Sentado						
De pie			✓			
Movimi.						
Levant. de						
Eléct Cont. Eléct.						
Cont. Eléct.						
Carga Estática						

Factor de Riesgo	T. exposicion(h) Empresa 1	2	3	4	5	A
Psicolaboral: Atención			✓			
Monotonía						
Sobrecarga laboral						
Turnos						
Alto ritmo						
Conflicto relación interpersonal						

Factor de Riesgo	T. Empresa 1	2	3	4	5	A
Públic Tránsito						
Terrorismo						
Secuestro						
Deportivo						

Factor de Riesgo	T. Empresa 1	2	3	4	5	A
Biológi Contacto con:						
Animales						
Microorganismo						
Fluido corporal						

Factor de Riesgo	T. Empresa 1	2	3	4	5	A
Locati Orden y aseo						
Instalac. mal						
Almacén.						
Elementos						

Factor de Riesgo	T. exposición (h) Empresa 1	2	3	4	5	A
Mecáni Caídas						
Herra.						
Máquinas						

Uso de Elementos de Protección Personal: Si: ___ No X Ocasional: ___

Actividades Extralaborales: Soporte de computadores

	HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL	CÓDIGO:	
		VERSIÓN:	
		FECHA:	

3. HISTORIA FAMILIAR

Patología	No	Si	Parentesco	Patología	No	Si	Parentesco
Diabetes	✓			Reumatológicos	✓		
Cardiovascular	✓			Neurológicos	✓		
Cáncer	✓			Mentales	✓		
Respiratorios	✓			Digestivos	✓		
HTA		✓	Abuela materna.	Otros	✓		

4. HISTORIA PERSONAL

	Niega	Si	Describir		Niega	Si	Describir (agente)
Traumáticos				**Alérgicos**			
Fracturas	✓			Asma	✓		
Luxaciones	✓			Rinitis	✓		
Esguinces	✓			Dermatitis	✓		
Otros traumas	✓			Urticaria/otros	✓		
ORL				**Metaból.**			
Otitis	✓			Dislipidemia	✓		
Sinusitis	✓			Diabetes	✓		
Hipoacusia	✓			Enf. Tiroideas	✓		
Otras	✓			Obesidad	✓		
Osteomuscular				**Digestivas**			
Trastornos columna	✓			Gastritis	✓		
Tendinitis/bursitis	✓			Ulceras	✓		
S. Túnel Carpiano	✓			Colitis	✓		
Osteoartritis	✓			Otros	✓		
Infecciosas				**Cardio/respi**			
ETS	✓			Hipertensión	✓		
TBC	✓			Infarto	✓		
Hepatitis	✓			Angina	✓		
Zoonosis	✓			Epoc	✓		
Amigdalitis crónica	✓			Bronquitis	✓		
Otras		✓	Sarampion.	Várices / otros	✓		
Neurológica /				**Urológica**			
Epilepsia	✓			Litiasis Renal	✓		
Migraña/cefaleas	✓			Infecc. Urinaria	✓		
Psiquiátricas	✓			**Tumorales**			
Vértigo/otras	✓			Tóxicos	✓		
Hematológicas	✓			Transfusionales	✓		
Quirúrgicos				Medicamentos	✓		

Aclaración de la historia personal:

5. HISTORIA GINECOBSTETRICA

N.A.

Ciclos: / FUM: G: P: C: A: Vivos: FUP:

Dismenorrea: Si___ No Método de planificación: _____ Ultima Citología: _____ Ultima Eco. Mamaria:

6. ESTILOS DE VIDA

6.1 Tabaquismo: No X Si__: Eventual a <5:__ Habitual (6-10):__ Compulsivo (11o mas):__

Años de hábito: 1-5__ 6-10__ 11o 6.2 Licor: No____ Si____ Ocasional X

Exfumador NO Dejo de fumar: <1año__ 1-5__ 6-10__ 6.3 Drogadicción: No X Si____ Tipo de droga:_____

6.4 Hábitos de ejercicio: No____ Si X ¿Cuál? Bicicleta, caminar

Frecuencia: 3 veces/semana

Lesiones deportivas: No X Si ¿Cuál?

Observaciones

Centro de Especialidades Médicas S.A.S

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

CÓDIGO:	
VERSIÓN:	
FECHA:	

7. REVISIÓN POR SISTEMAS

Sistema	N	S	Describir	Sistema	N	S	Describir
Organos de los sentidos	✓			Gastrointestinal	✓		
Neurológico / mental	✓			Genitourinario	✓		
Cardiorrespiratorio	✓			Osteomuscular	✓		
Metabólico y endocrino	✓			Piel y anexos	✓		

8. EXAMEN FÍSICO

Peso: 79. Kg. Estatura 1,74. IMC 26,1. P.A: 114/78 Pulso 80 FR 16x'

Estado General: Normal Estado Mental: Normal Diestro: ✓ Zurdo: Ambidiestro:

Perimetro abdomina 94. Observaciones

8.1 Cabeza

Cráneo	Normal	Anormal	Describir
	✓		

		Normal	Anormal	Describir
Ojos	Párpados	✓		
	Conjuntiva	✓		
	Escleras	✓		
	Córnea	✓		
	Iris-pupilas	✓		
	Fondo de ojo	✓		
Oídos	Pabellones	✓		
	Conductos	✓		
	Timpanos	✓		

Visiometría	OD	OI	AO	Observaciones
Carta Snellen				
Cercana	0,5	0,5	0,5	
Lejana	20/20	20/20	20/20	
Corrección	—	—	—	

		Normal	Anormal	Describir
Nariz	Inspección	✓		
	Mucosa	✓		
	Tabique	✓		
	Cornetes	✓		
	Senos	✓		
	Paranasales	✓		
Orofa-ringe	Paladar	✓		
	Mucosas	✓		
	Lengua	✓		
	Amígdalas	✓		
	Faringe	✓		
	Dentadura	✓		
	Prótesis	Superior: NO		
		Inferior: NO		
		Total: NO		

8.2 Cuello	Normal	Anormal	Describir
Inspección	✓		
Palpación	✓		
Glándula tiroides	✓		

8.3 Tórax		Normal	Anormal	Describir
	Inspección	✓		
	Palpación	✓		
Pulmonar	Percusión	✓		
	Auscultación	✓		

		Normal	Anormal	Describir
Glándula Mamaria	Inspección	✓		
	Palpación	✓		
	Pezones	✓		
	Cicatrices	✓		
	Secreción	✓		

Corazón	Normal	Anormal	Describir
P.M.I	✓		
Ritmo	✓		
Ruidos	✓		

8.4 Abdomen	Normal	Anormal	Describir
Inspección	✓		
Palpación (Megalias)	✓		
Percusión	✓		
Auscultación	✓		

8.5 Genitourinario		Normal	Anormal	Describir
Hombre	Inspección	✓		
	Vello púbico	✓		
	Testículos	✓		
	TR (si aplica)	NA		

		Normal	Anormal	Describir
Mujer	Inspección			
	Vello púbico			
	TV / TR			
	(si aplica)			

Observaciones

Centro de Especialidades Médicas S.A.S

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

CÓDIGO:	
VERSIÓN:	
FECHA:	

8.6 Osteomuscular

Miembros Superiores

Arcos de movimiento	Anormalidad Hom. D	Hom. I	Con. D	Con. I	Mio. D	Mio. I	Def. D	Def. I
Flexión								
Extensión								
Abducción								
Aducción								
Rot. interna								
Rot. externa								
Pronación								
Supinación								
Desv.ulnar								
Desv.radial								
Oponencia								

PHALEN D: X(+) I: X(+)

TINNEL D: X(+) I: X(+)

(-)=NEGATIVO (+)=POSITIVO

Inspección:
Atrofia:
Hipertrofia:
Palpación:
Sensibilidad
Obs:

Arcos de mov.	Anormalidad Cau. D	Cau. I	Rom. D	Rom. I	Cli. D	Cli. I	Def. D	Def. I
Flexión								
Extensión								
Abducción								
Aducción								
Rot. Int.								
Rot. Ext.								
Inversión								
Eversión								

Miembros Inferiores

Inspección
Atrofias
Hipertrofia
Palpación:
Sensibilidad
MARCHA:
Claudicación
Ayudas
Obs:

Estructuras anormales (Congénitas, amputaciones, desviaciones, masas, dolor, conctracturas): ND

8.7 Columna vertebral

Región / Curva	Cervi. N	A	D	Dorsal N	A	D	Lumb. N	A	D
Cifosis									
Lordosis									

Escoliosis	Cervical No	Cervical Si	Dorsal No	Dorsal Si	Lumbar No	Lumbar Si
Derecha						
Izquierda						

Pruebas especiales

Test Schober (movilidad lumbar): 15 y 18 cm.
Test de Wells (Isquiotibiales): 11 grados

	Negat.	Posit.
Lassegue		
Maniobra de Valsalva		
Maniobra de Neri		
Maniobra de Wassermann		
Maniobra de Spurlin		
Maniobra de Patrick		
Maniobra de Nigram		
Wadell		

Arcos de movimiento	Cervical Normal	Cervical Anorm.	Dorsolumbar Normal	Dorsolumbar Anorm.	Dolor No	Dolor Si	Espasmo No	Espasmo Si
Flexión								
Extensión								
Rotación derecha								
Rotación izquierda								
Inclinación lateral derecha								
Inclinación lateral izquierda								

Balance Muscular

Fuerza de músculos abdominales: Normal Anormal
Fuerza de músculos dorsales: Normal Anormal

Estructuras retraídas

No: Si Cual:
Alineación Escapular: Alineación Pélvica:

Reflejos	Normal	Anormal	Describir
Bicipital			
Tricipital			
Patelares			
Aquilianos			
Examen neurológico			

8.8 Vascular perifér.	Presentes	Ausente	Describir
Pulsos periféricos			
Várices			

8.9 Piel y faneras	Presentes	Ausente	Describir
Cicatrices			Region deltoidea derecha.
Tatuajes			
Nevus			
Acne			
Uñas			
Dermatosis / otras			

9. PRUEBAS DE ALTURAS

ROMBERG	NA	PRUEBA ÍNDICE	NA
MARCHA CIEGA BABINKY	NA	PRUEBA UNTERBERGER	NA

10. EXÁMENES DE LABORATORIO

Examen	Resultado	Examen	Resultado
1. Cuadro hematico	—	6. TGO	\
2. Parcial de orina		7.TGP	
3. Perfil lipidico	Hipertrigliceridemia Leve	8.Creatinina	
4. Glicemia	Normal	9.KOH	
5. Frotis de garganta		10.Coprologico	

Hemoclasificación:

Anotaciones:

11. INMUNIZACIONES

Vacuna	Fecha	Próxima dosis	Vacuna	Fecha	Próxima dosis

Visiometria: hipermetropia, ojo rojo leve ambos ojos, sin alteracion de vision al color.

Audiometria: Normal.

Centro de Especialidades Médicas S.A.S

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

CÓDIGO:	
VERSIÓN:	
FECHA:	

12. DIAGNÓSTICOS

1. Hipertrigliceridemia Leve
2. Sobrepeso
3. Hipermetropia.
4.
5.
6.

Uso de Elementos de Protección recomendado para la labor asignada:	Ojos	Oidos	Cara	Cabeza	Respirac/n	Traje	Otro (¿Cuál?)
	X						

13. CONCEPTO MEDICO

DESCRIPCION		Observaciones
Condiciones adecuadas para desempeñar el cargo		
Con recomendaciones para desepeñar el cargo	X	
Con restricciones para el cargo		
Aplazado		
Condiciones inadecuadas para desempeñar el cargo		
Condiciones adecuadas para trabajos en alturas		
Condiciones adecuadas para manejo de cargas		
Condiciones adecuada para espacios confinados		
Condiciones adecuada para manipulacion de quimicos		
Condiciones adecuada para manipulacion de alimentos		

Requiere reubicación: SI ____ NO ____ RECOMENDACIONES

14. CONCEPTO MEDICO PERIÓDICO

NORMAL ____ ANORMAL ____ REMISION NO ____ SI ____ EPS ____ ARL ____

Apto para alturas SI ____ NO ____ Recomendaciones ____

ENFERMEDAD PROFESIONAL SI ____ NO ____ OB: ____

15. CONCEPTO MEDICO DE RETIRO

NORMAL ____ ANORMAL ____ REMISION NO ____ SI ____ EPS ____ ARL ____

ENFERMEDAD PROFESIONAL SI ____ NO ____ OBS ____

16. INGRESO PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGIA Y/O PYP

AUDITIVO		CARDIOVASCULAR	X	OSTEOMUSCULAR		BIOLOGICO	
RESPIRATORIO		RADIACION IONIZANTE		PSICOSOCIAL		OTRO	
VISUAL	X	MANEJO DE VOZ		QUIMICO			

17. RECOMENDACIONES PARA EPS

Control anual por optometria.

Centro de Especialidades Médicas S.A.S	HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL	CÓDIGO:	
		VERSIÓN:	
		FECHA:	

18.RECOMENDACIONES PARA ARL

N.A

19.RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE

1. Dieta balanceada baja en grasa
2. Hacer actividad física al menos 30 min /dia.
3. Uso de lentes con filtro U.V.
4. Hacer pausas activas 10 min c/2hrs. en especial de la voz.

Bajo la gravedad del juramento afirmo que toda la información anteriormente suministrada es correcta y que no he ocultado nada sobre mi historia de salud.

Nota: en caso de existir alguna inexactitud por omisión o a causa del interesado, se hará acreedor a las sanciones previstas por la Ley.

C.C. 88.220.537

Firma y cédula del examinado

Nombre, firma y registro del Médico

Centro de Especialidades Médicas SAS

HISTORIA CLINICA AUDIOMETRIA

CÓDIGO:	
VERSIÓN:	
FECHA:	

Empresa: PARTICULAR Ciudad: ARAUCA ID 88220537

Pre-Ingreso	X	Retiro	-	Pre - Ingreso	-	Fecha:	
Periódico	-	Post- incapacidad	-	Particular	-	D M A	
Re - integro	-	Cambio de cargo	-	ARL		18/01/2020	



1. IDENTIFICACIÓN

Nombres y Apellidos: HUGO JOSE GREGORIO CORZO LEYVA

Sexo: F - M X Fecha de nacimiento: 05/05/1976 Edad: 43 años

Lugar de nacimiento: CUCUTA Escolaridad PROFESIONAL

Estado civil U.LIBRE Profesión: ADM. DE EMPRESAS

Cargo INSTRUCTOR DE IDIOMAS Fecha de ingreso: 18/01/2020

Funciones principales: ENSEÑAR

A.R.L.(Riesgos) POSITIVA Celular 3143200397

E.P.S.(Salud) NUEVA EPS A.F.P.(Pensiones) NUEVA EPS

2. HISTORIA OCUPACIONAL

Oficios desempeñados:		Tiempo			Exámenes			ATEP		Secuelas		Indemnizado	
Empresa / Área	Ocupación / Oficio	Años	Meses	Ing.	Peri.	Ret.	No	No	Si	No	Si	No Si	Fecha
1. INDEPENDIENTE	Adm. Empresas	20		X				X		X		X	
2.													

Describir tipo de accidente, lesiones y/o secuelas:

Enfermedad Profesional Calificada por AI

SINTOMAS	T.exposició SI	NO	Factor de Riesgo	T.exposició SI	NO	Factor de Riesgo	T.exposició SI	NO	Ant. Personales	SI	NO
Pito			Polvos	X		Constante			Diabetes		
Dolor			Liquidos		X	Intermitente			HTA		
Prurito			Vibración		X	Impacto			Dislipidels		
Baja			Incendio		X	Ocasional	X		Verbioo		
zumbido			Explosion		X	Otro			Otro		

Uso de audifonos: Si X NO Ocasional X Horas al dia

Uso de EPP A SI NO X Ocasional Cual tapon Moldead o Premoldead o Orejeras

3. HISTORIA PERSONAL

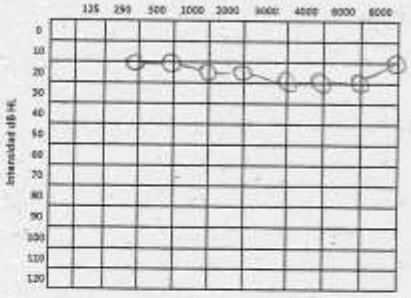
Traumáticos	Niega	Si	Describir	Alérgicos	Niega	Si	Describir (agente)
Rotura de timpano				Sinusitis	X		
Infecciosos				Rinitis		X	

Aclaración de la historia personal:

4. AUDIOMETRIA

OIDO DERECHO

Frecuencia en Hz



OIDO IZQUIERDO

Frecuencia en Hz



PROMEDIO TONAL

OD 15db

OI 15db

VALORACION DE LARSEN

	NORMAL	SUCEPTIBLE	GRADO 1	GRADO 2	GRADO 3	GRADO 4
OD	X					
OI	X					

Observaciones:

Documento constitutivo del Sistema de Gestión de la Calidad Prohibida su reproducción total o Parcial sin previo consentimiento

Centro de Especialidades Médicas S.A.S	HISTORIA CLINICA AUDIOMETRIA	CÓDIGO:
		VERSIÓN
		FECHA:

5. VALORACION EXTERNA

OIDO DERECHO			OIDO IZQUIERDO	
CAE: Normal MT: Normal		EXTERNO		CAE: Normal MT: Normal.

12. DIAGNÓSTICOS

1
2 Sensibilidad auditiva normal bilateral.
3

9. RECOMENDACIONES

Uso de Elementos de Protección recomendado	TAPON	MOLDEA	PREMOLDEADO	OREJERAS	OTROS
		X			

10. CONCEPTO AUDITIVO

DESCRIPCION		Observaciones
Condiciones adecuadas para desempeñar el cargo	X	
Con recomendaciones para desepeñar el cargo		
Con restricciones para el cargo		
Aplazado		
Condiciones inadecuadas para desempeñar el cargo		
Condiciones adecuadas para trabajos en alturas		
Condiciones adecuadas para manejo de cargas		
Condiciones adecuada para espacios confinados		
Condiciones adecuada para manipulacion de quimicos		

Requiere reubicación: SI NO RECOMENDACIONES

11. CONCEPTO MEDICO PERIÓDICO

NORMAL X	ANORMAL	REMISION	NO	SI	EPS	ARL
Apto para alturas	SI	NO	Recomendaciones			
ENFERMEDAD PROFESIONAL	SI	NO	OBS			

12. CONCEPTO MEDICO DE RETIRO

NORMAL	ANORMAL	REMISION	NO	SI	EPS	ARL
ENFERMEDAD PROFESIONAL	SI	NO	OBS			

13.RECOMENDACIONES PARA EPS

14.RECOMENDACIONES PARA ARL

15.RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE

S/S: Seguir recomendaciones auditivas especiales

Bajo la gravedad del juramento afirmo que toda la información anteriormente suministrada es correcta y que no he ocultado nada sobre mi historia de salud.

Nota: en caso de existir alguna inexactitud por omisión o a causa del interesado, se hará acreedor a las sanciones previstas por la Ley.

C.C. 88 220 537.

Firma y cédula del examinado

SRA DIVA ACEVEDO A.

Nombre, firma y registro del Profesional

Registro 3239-08 S.S.S.

Centro de Especialidades Médicas S.A.S

HISTORIA CLINICA VISIOMETRIA OCUPACIONAL

CÓDIGO:	
VERSIÓN:	
FECHA:	

Empresa: PARTICULAR Ciudad: ARAUCA ID 88220537

Pre-Ingreso	X	Retiro	-	Pre - Ingreso	-	Fecha:	
Periódico	-	Post- incapacidad	-	Particular	-	D M A	
Re - integro	-	Cambio de cargo	-			18/01/2020	

1. IDENTIFICACIÓN



Nombres y Apellidos: HUGO JOSE GREGORIO CORZO LEYVA

Sexo: F - M X Fecha de nacimiento: 05/05/1976 Edad: 43 años

Lugar de nacimiento: CUCUTA Escolaridad PROFESIONAL

Estado civil U.LIBRE Profesión: ADM. DE EMPRESAS

Cargo INSTRUCTOR DE IDIOMAS Fecha de ingreso: 18/01/2020

Funciones principales: ENSEÑAR

A.R.L.(Riesgos) POSITIVA Celular 3143200397

E.P.S.(Salud) NUEVA EPS A.F.P.(Pensiones) PORVENIR

2. HISTORIA OCUPACIONAL

Factor de Riesgo	T.exposici SI	T.exposici NO	Factor de Riesgo	T.exposici SI	T.exposici NO	Factor de Riesgo	T.exposición SI	T.exposición NO	Factor de Riesgo	T.exposición SI	T.exposición NO
Físico: Calor			Químico: Neblinas			FQ: Incendio			Biolog: Animales		
Físico: Frío			Químico: Humos			FQ: Explosión			Biolog: Microorganismos		
Físico: Alta			Químico: Polvos			VDT: Pantalla PC	/		Biolog: Fluido corp.		
Físico: Baja			Químico: Líquidos			VDT: Televisor			Locativ: Orden y aseo	/	
Físico: Presión			Químico: Gases/vapore	/		VDT: Tablet			Locativ: Elementos cortantes	/	
Físico: Rad. No			Caídas	/		VDT: Celular			Locativ: Telarañas		
Físico: Rad. ioniz.			Meca: Herra. Manual			Eléc: Corr. Eléct. Dir.			Locativ: Otros		
Físico: Vibración			Meca: Máquinas			Eléc: Corr. Eléct. Ind.					
Físico: Otros			Meca: Proyecciones			Eléc: Carga Estática					

Uso de Elementos de Protección Personal Si NO X Ocasional Cual NA

Uso de lentes formulados SI OD actualmente NO usa (

NO X OI Estado)

Uso

3. HISTORIA FAMILIAR

Patología	No	Si	Parentesco	Patología	No	Si	Parentesco
Diabetes				Reumatológicos			
Cardiovascular				Neurológicos			
HTA				Tiroideos			

4. HISTORIA PERSONAL

OCULARES	No	Si	Describir	Metaból.	No	Si	Describir
Glaucoma				HTA			
Qx				Diabetes			
Desviaciones				Enf. Tiroideas			

Aclaración de la historia personal: Miopia alto. Pte control.

5. ANEXOS OCULARES

OJO DERECHO

Sana. Blanco. Hipermia Sana. Café-verde Transparente



CORNEA
ESCLERA
CONJUNTIVA
PARPADO
IRIS
CRISTALINO



OJO IZQUIERDO

Sana. Blanco. Hipermia Sana. Café-verde Transparente

Documento constitutivo del Sistema de Gestión de la Calidad Prohibida su reproducción total o Parcial sin previo consentimiento.

Centro de Especialidades Médicas S.A.S

HISTORIA CLINICA VISIOMETRIA

CÓDIGO:	
VERSIÓN	
FECHA	

6. VALORACION GENERAL

Visiometría	OD	OI	AO
Snellen			
Lejana	20/0	20/0	20/0
Cercana	05	05	05
SUBJETIVO	10/10 sph NO AP		

Movimientos Oculares: Completos

Campo visual Confrontacion	T	N	S	I
	BT	NT	60	05

Percepcion del color: sin alteacion

Vision en Profundidad: 40"

7. DIAGNÓSTICOS

Dx Refractivo	Hipermetropia	X	Miopia		Astigmatismo		Presbicie		Emetrope	
Dx Motor	Sin Alteracion	X	Con alteracion		Otro					
Dx sensorial	Sin Alteracion	X	Con alteracion		Otro					
Dx patologico	OJO Rojo leve AO									

8. RECOMENDACIONES

TIPO DE LENTES	Lx claro	Lx oscuro	Lx espejado	Careta	Lx Rx	Lx laser	Filtros
							AP

9. CONCEPTO MEDICO

DESCRIPCION	Observaciones
Condiciones adecuadas para desempeñar el cargo	√ AP para PC
Con recomendaciones para desepeñar el cargo	
Con restricciones para el cargo	
Aplazado	
Condiciones inadecuadas para desempeñar el cargo	
Condiciones adecuadas para trabajos en alturas	
Condiciones adecuadas manejo de cargas	
Condiciones adecuada espacios confinados	
Condiciones adecuada manipulacion de quimicos	

Requiere reubicación: SI NO RECOMENDACIONES

10. CONCEPTO MEDICO PERIODICO

NORMAL ANORMAL REMISION NO SI EPS ARL

Apto para alturas SI NO Recomendaciones

ENFERMEDAD PROFESIONAL SI NO OBS

11. CONCEPTO MEDICO DE RETIRO

NORMAL ANORMAL REMISION NO SI EPS ARL

ENFERMEDAD PROFESIONAL SI NO OBS

12.RECOMENDACIONES PARA EPS

NA

13.RECOMENDACIONES PARA ARL

NA

14.RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE

Control Semestral

Bajo la gravedad del juramento afirmo que toda la información anteriormente suministrada es correcta y que no he ocultado nada sobre mi historia de salud.

Nota: en caso de existir alguna inexactitud por omisión o a causa del interesado, se hará acreedor a las sanciones previstas por la Ley.

Firma y cédula del examinado

Nombre, firma y registro del Profesional

Centro de Especialidades Médicas S.A.S	RESULTADOS TEST DE VISION AL COLOR (ISHIHARA DE 38 LAMINAS)	CÓDIGO:	
		VERSIÓN:	
		FECHA:	

NOMBRE HUGO CORZO

DOCUMENTO 88220537

EMPRESA PARTICULAR

FECHA 18/01/2020

01	número	12	12	12	correcto
02	número	8	8	3	correcto
03	número	6 6	6 6	5 5	correcto
04	número	29	29	70	correcto
05	número	57	57	35	correcto
06	número	5 5	5 5	2	correcto
07	número	3	3	5 5	correcto
08	número	15	15	17	correcto
09	número	74	74	21	correcto
10	número	2	2	-	correcto
11	número	6 6	6 6	-	correcto
12	número	97	97	-	correcto
13	número	45	45	-	correcto
14	número	5 5	5 5	-	correcto
15	número	7 7	7 7	-	correcto
dieciséis	número	dieciséis	dieciséis	-	correcto
17	número	73	73	-	correcto
18 años	número	-	-	5 5	correcto
19	número	-	-	2	correcto
20	número	-	-	45	correcto

Documento constitutivo del Sistema de Gestión de la Calidad Prohibida su reproducción total o Parcial sin previo consentimiento.

Centro de Especialidades Médicas S.A.S	RESULTADOS TEST DE VISION AL COLOR (ISHIHARA DE 38 LAMINAS)	CÓDIGO:	
		VERSIÓN:	
		FECHA:	

21	número	-	-	73	correcto
22	número	26	26	2 o 6	correcto
23	número	42	42	4 o 2	correcto
24	número	35	35	3 o 5	correcto
25	número	96	96	9 o 6	correcto
26	linea	2	2	1	correcto
27	linea	2	2	1	correcto
28	linea	0 0	0 0	1	correcto
29	linea	0 0	0 0	1	correcto
30	linea	1	1	-	correcto
31	linea	1	1	-	correcto
32	linea	1	1	-	correcto
33	linea	1	1	-	correcto
34	linea	1	1	-	correcto
35	linea	1	1	-	correcto
36	linea	1	1	-	correcto
37	linea	1	1	-	correcto
38	linea	1	1	1	correcto

Según esta prueba, no eres *daltónico rojo-verde*.

ninguno débil moderado fuerte

Resultado de la prueba

Posible daltonismo al color 7

Dana L. Ayala
Optometra
M 41541-107 TP
FIRMA PROFESIONAL

FIRMA PACIENTE

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
AREA DE OPTOMETRIA	LUIS FERNANDO MORENO	GERENCIA

Documento constitutivo del Sistema de Gestión de la Calidad Prohibida su reproducción total o Parcial sin previo consentimiento.

Centro de Especialidades Médicas S.A.S

LABORATORIO CLÍNICO

CÓDIGO:
VERSIÓN:
FECHA:

Empresa: **PARTICULAR** Ciudad: **ARAUCA** ID **88220537**

Pre-Ingreso	X	Retiro	-	Pre - Ingreso	-	Fecha:		
Periódico	-	Post- incapacidad	-	Particular	-	D	M	A
Re - integro	-	Cambio de cargo	-				18/01/2020	

ENTREGA DE RESULTADOS: 36

1. IDENTIFICACIÓN

Nombres y Apellidos: **HUGO JOSE GREGORIO CORZO LEYVA**

Sexo: - H X Fecha de nacimient **05/05/1976** Edad **43** años

Lugar de nacimiento: **CUCUTA** Escolaridad: **PROFESIONAL**

Estado civil: **U.LIBRE** Profesión: **ADM. DE EMPRESAS**

Cargo: **INSTRUCTOR DE IDIOMAS** Fecha de ingreso: **18/01/2020**

Funciones principales: **ENSEÑAR**

A.R.L.(Riesgos) **POSITIVA** Celular **3143200397**

E.P.S.(Salud) **NUEVA EPS** A.F.P.(Pensiones) **PORVENIR**

CUADRO HEMATICO

PARAMETRO	RESULT	VR REFERENCIA
HEMATOCRITO		36 - 60 %
HEMOGLOBINA		12 a 18 g/dl
LEUCOCITOS		5000 - 10000
NEUTROFILOS		50 - 68 %
LINFOCITOS		20 - 40 %
EOSINOFILOS		1 - 3 %
MONOCITOS		3 - 10 %
BASOFILOS		0 - 1 %
CAYADOS		0 - 5
VCM		0 - 20 mg/dl
PLAQUETAS		150-450 mil mm3

QUIMICA SANGUINEA

PARAMETRO	RESULT	VR REF
GLICEMIA mg/dl	90	70-100
GLICEMIA POST CARGA		
COLESTEROLTOTAL mg/ dl	144	Hasta 200
COLESTEROL HDL mg/dl	36	30-80
COLESTEROL LDL mg/dl	65	Hasta 150
TRIGLICERIDOS mg/dl	215	60-150
CREATININA mg/dl		0,5- 1,2
ACIDO URICO mg/dl		2,5 - 7,7
BILIRRUBINA TOTAL		Hasta 1,0
BIL. DIRECTA		Hasta 0,25
BIL. INDIRECTA		Hasta 0,75
BUN		8,5-20
AST		0-38 U/l
ALT		0-41 U/l

INMUNOLOGIA

SEROLOGÍA II

PANEL DE DROGAS

PARAMETROS	RESULTADOS
COCAINA	
ANFETAMINAS	
MARIHUANA	
MORFINA	
BENZODIAZEPINAS	

MICROBIOLOGIA

COPROLOGICO

PARAMETROS	RESULTADOS
COLOR	
CONSISTENCIA	
PH	
SANGRE OCULTA	
AZUCARES REDUCTORES	
SANGRE	
GRASA	
ALMIDON	
BLASTOCONIDIAS	
FLORA BACTERIANA	
LEUCOCITOS	
HEMATIES	
MOCO	
PASARITOS	
QUISTES	
Blastocystis sp	
E histolytica/dispar	

UROANALISIS

PARAMETRO	
COLOR	
ASPECTO	
PH	
DENSIDAD	
NITRITOS	
SANGRE	
PROTEINAS	
GLUCOSA	
UROBILINOGENO	
BILIRRUBINA	
C. CETONICOS	
LEUCOCITOS	
SEDIMENTO	
CLLS EPITELIALES	
LEUCOCITOS	
HEMATIES	
MOCO	
BACTERIAS	
CRISTALES	
BLASTOCONIDIAS	

FROTIS DE GARGANTA

PMN

BACILOS g(+)

PARAMETRO	RESULTADOS
K (OH)	

HEMOCLASIFICACION

GRUPO SANG

FACTOR RH

Cordialmente,

Jessenia Cedeño P.
Bacteriologa y LAB. Clínico
Tarjeta Prof: 02231

JESSENIA CEDEÑO
Bacteriologa y laboratorista clinica
Centro de Especialidades Medicas

FECHA DE RECEPCIÓN:

Nombre:
C.C. 88.220.532

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) HUGO JOSE GREGORIO CORZO LEYVA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 88220537 realizó el día 27/02/2020 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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

Compromiso SST:

Yo HUGO JOSE GREGORIO CORZO LEYVA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 88220537 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 - SENA

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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor HUGO JOSE GREGORIO CORZO LEYVA, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 88.220.537, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 06/02/2020 y fecha fin de contrato 07/12/2020 con riesgo 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 deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20200101373874.

Esta certificación se expide a los 05 días del mes de Marzo de 2020.

Cordialmente

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Banco de Bogotá

Nit.890.002.994.4
Calle 36 N° 7-47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que HUGO CORZO, identificado(a) con Cedula de ciudadania número 88.220.537 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 614158525, abierta/o desde el 17/8/2017.

Se expide en Bogotá el día 31 del mes de Enero del año 2020 con destino a: SENA REGIONAL ARAUCA

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

suramericana

Nit. 890.903.407-9

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

HACE CONSTAR

Que la garantía de Cumplimiento a favor de ENTIDADES ESTATALES en la póliza 2560740-1 expedida por la Compañía cuyo Tomador y/o Afianzado es: **HUGO JOSE GREGORIO CORZO LEYVA** y Asegurado y/o Beneficiario es **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE** y su documento 13106468 expedida el día 06 de Febrero de 2020 se encuentra debidamente cancelados sus valores, discriminados así:

Prima	$	$40,000
Impuestos	$	$7,600
Total	$	$47,600

Para constancia se firma en CUCUTA a los 06 días del mes de Febrero de 2020.

Firma Autorizada
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

SEGURO DE CUMPLIMIENTO A FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
(GARANTÍA ÚNICA)

suramericana

Ciudad y Fecha de Expedición	Póliza		Documento
CUCUTA, 06 DE FEBRERO DE 2020	2560760-1		13106468
Intermediario	**Código**	**Oficina**	**Referencia de Pago**
EVA YOSELYI MEDINA TORRES	16179	2632	(012)13106468

TOMADOR

CEDULA	Razon Social y/o Nombres y Apellidos		
88221537	HUGO JOSE GREGORIO CORZO LEYVA		
Direccion		**Ciudad**	**Telefono**
CR 19 # 12 89 BR CAUTO REY		ARAUCA	8853592

GARANTIZADO

CEDULA	Nombres y Apellidos
88221537	HUGO JOSE GREGORIO CORZO LEYVA

BENEFICIARIO Y/O ASEGURADO

Nit	Nombres y Apellidos
899999341	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	FECHA INICIAL	FECHA VENCIMIENTO	VALOR ASEGURADO	PRIMA
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	06-FEB-2020	08-ABR-2021	4.364.850,00	40.000,00

VIGENCIA DEL SEGURO		VIGENCIA DEL MOVIMIENTO			VLR. PRIMA SIN IVA	VLR. IMPUESTOS IVA	TOTAL A PAGAR
Desde	Hasta	Días	Desde	Hasta			
06-FEB-2020	08-ABR-2021	427	06-FEB-2020	08-ABR-2021	$40.000	$7.600	$47.600

VALOR A PAGAR EN LETRAS
CUARENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS PESOS M/L

Documento de:	Valor Asegurado Movimiento	Prima Anual	Total Valor Asegurado
POLIZA NUEVA	$4.364.850	$13.095	$4.364.850,00

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES, FAVOR NO EFECTUAR RETENCIÓN SOBRE EL IVA
LAS PRIMAS DE SEGUROS NO ESTÁN SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE DECRETO REGLAMENTARIO 2509/85 ART. 17, AUTORRETENEDORES RESOLUCIÓN Nº 001961

012 - NEGOCIOS CORPORATIVOS

RAMO	PRODUCTO	OFICINA	USUARIO	OPERACION	MONEDA	COASEGURO	NUMERO POLIZA LIDER	DOCUMENTO COMPAÑIA LIDER
012	NDX	2632	CUM032	01	PESO COLOMBIANO	DIRECTO		

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA TOMADOR

PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS

CODIGO	NOMBRE DEL PRODUCTOR	COMPAÑIA	CATEGORÍA	%PARTICIPACION	PRIMA
16179	EVA YOSELYI MEDINA TORRES	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	INDEPENDIENTES	100,00	40.000

DESCRIPCION	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y numero de la entidad	Tipo de documento	Ramo al cual accede	Identificación interna de la proforma
CODIGO CLAUSULADO	01/01/2017	12 - 18	P	05	F-01-12-084
CODIGO NOTA TECNICA	28/04/2015	12 - 18	NT-P	5	N-01-012-011

TEXTOS Y ACLARACIONES ANEXAS

Proceso de selección: Prestacion de servicios
GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRAIDAS MEDIANTE LA EJECUCION DEL CONTRATO DE SERVICIOS NO. CO1-PCCNTR-1350233 DE 2020, CUYO OBJETO ES PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL, COMO INSTRUCTOR DEL CENTRODE GESTION Y DESARROLLO AGROINDUSTRIAL DE ARAUCA, PARA EJERCER EN EL PROGRAMA DE FORMACION TITULADA Y COMPLEMENTARIA, EN FORMACION PRESENCIAL EN BILINGUISMO, PARA LA VIGENCIA 2020.

Centro de Gestión y Desarrollo Agroindustrial de Arauca	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA ACTA DE APROBACIÓN DE POLIZA CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS N° C01.PCCNTR-1350233 DE 2020 POLIZA N° 2560740-1	Página 1 de 1

EL SUBDIRECTOR DE CENTRO, CON FUNCIONES DE DIRECTOR REGIONAL CERTIFICA QUE:

HUGO JOSE GREGORIO CORZO LEYVA, identificado (a) con la C. de C. No. 88.220.537 de Cúcuta, cuyo objeto es: "Prestar servicios personales de carácter temporal, como instructor del Centro de Gestión y Desarrollo Agroindustrial de Arauca, para ejercer en el programa de Formación Titulada y Complementaria, en FORMACION PRESENCIAL EN BILINGUISMO, para la vigencia 2020". En cumplimiento de la garantía señalada en el contrato.

Póliza N° **2560740-1,** expedida el 06 de febrero de 2020, por la compañía Aseguradora Suramericana, junto a recibo de pago correspondiente, la cual garantiza:

A) **CUMPLIMIENTO:** Equivalente al diez por ciento 10% del valor total del contrato, con una vigencia igual al plazo de ejecución y cuatro (04) meses más.

VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
06 de febrero de 2020	08 de abril de 2021	$ 4.364.850,00

Que la misma cumple con los requerimientos establecidos en el contrato cuyo cumplimiento ampara y por lo tanto es aceptada y aprobada de conformidad con lo dispuesto en el artículo 7 de la Ley 1150 del dieciséis (16) de Julio de 2007, y el Decreto 1082 de 2015.

Para constancia de lo anterior, se suscribe a los seis (06) días del mes de febrero de 2020.

EDGAR YOVANNY MILLAN
Subdirector de Centro, con funciones de Director Regional

Elaboró: Laina Paola León