PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

FORMATO INFORME MENSUAL EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Bucaramanga, 20 de agosto de 2024

Señor (a)
ALBA YANETH MARTINEZ CORDERO
SUPERVISOR(A) CONTRATO No. **CO1.PCCNTR.6608348**
Cargo del supervisor: Coordinadora de Agencia pública de Empleo
Dependencia: Agencia Pública de empleo-Regional Santander-Bucaramanga

Asunto: Informe mensual de ejecución contractual Mes de Agosto del año 2024

Referencia: No. **CO1.PCCNTR.6608348** del año 2024

Pedro Angel Quintero Tirado, identificado con la cédula de ciudadanía No. 91523510 de Bucaramanga, en mi calidad de Contratista del SENA, en mi calidad de Contratista del SENA, en Agencia Pública de Empleo, 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 contrato es de* VEINTITRES MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE ($23.773.667). *Esta suma será pagada por el SENA al contratista de la siguiente manera: a) un pago proporcional a los días ejecutados en el mes de agosto, por un valor de Cuatro millones doscientos treinta y tres mil seiscientos sesenta y siete pesos M/CTE ($4.233.667).*

b) Cuatro (5) pagos iguales mensuales por los meses de septiembre a diciembre de 2024, por valor de Cuatro millones ochocientos ochenta y cinco mil pesos M/CTE ($ 4.885.000). Cada uno incluido IVA. Los honorarios serán pagados por el SENA al contratista de acuerdo con el cronograma definido

por la Dirección Administrativa y Financiera de la Dirección General, en la Cuenta de Ahorros N° 0550047600088232 de Banco Davivienda, cuyo titular es EL CONTRATISTA. El cambio de cuenta por parte del contratista deberá ser informada al supervisor del contrato con el fin de surtir los trámites pertinentes. Para que el SENA pueda adelantar los trámites administrativos para el pago, EL CONTRATISTA debe acreditar previamente el cumplimiento de los requisitos de pago, tales como la certificación expedida por el supervisor del contrato, en la que acredite el cumplimiento a entera satisfacción del objeto y obligaciones del contrato en el respectivo periodo y la cancelación de los aportes a la seguridad social: Salud, Pensión Y Riesgos Laborales, así como los demás documentos necesarios para el pago.

Plazo: Será hasta el 31 de diciembre de 2024.

OBJETO: Prestar servicios profesionales para brindar acompañamiento a los usuarios de los centros de desarrollo empresarial del SENA y a la gestión de proyectos especiales de emprendimiento, de acuerdo con los lineamientos de la Coordinación Nacional de Emprendimiento, e instrucciones de la Regional y/o el centro de formación, para el cumplimiento de las metas, objetivos e indicadores de la Regional.

Obligaciones Especificas:

No	Obligaciones	Acciones realizadas	Evidencias
1	Apoyar la gestión e implementación de lineamientos estratégicos establecidos por el SENA.	Reunión de equipo para apoyo y seguimiento a la convocatoria de economía campesina mediante la gestión e implementación de lineamientos estratégicos establecidos por el SENA por parte de la unidad de emprendimiento	Evidencia 1 fotografía
2	Contribuir en el seguimiento en la puesta en marcha de las empresas creadas en el Fondo Emprender u de otras fuentes	N/A	

	de financiación, realizando las atenciones y asesorías correspondiente.		
3	Participar en los eventos, reuniones, jornadas de orientación y divulgación conforme al procedimiento de emprendimiento y fortalecimiento empresarial y los lineamientos establecidos.	Se realiza orientación a asistentes a Emprendemano en el Tecnoparque, divulgándoles los procedimientos de emprendimiento y fortalecimiento empresarial que pueden acceder	Evidencia 2 Registro fotográfico
4	Registrar la información confiable, oportuna y con calidad de los servicios gestionados en la plataforma tecnológica establecida por la Entidad.	Se revisó que la información este correcta en el SIGE y en formato plan de acción SBDC DEL CIDM con actualización del mes presente.	Evidencia 3 Registro fotográfico
5	Orientar a los emprendedores en las diferentes etapas establecidas para la creación de empresas.	N/A	
6	Realizar el acompañamiento e interacción virtual y/o presencial de manera oportuna y de acuerdo con los tiempos establecidos en el procedimiento de emprendimiento y fortalecimiento empresarial.	Acompañamiento presencial y virtual de acuerdo con tiempo establecidos para el fortalecimiento empresarial de las unidades productivas que actualmente están en este proceso mediante articulación y diferentes talleres de forma constante	Evidencia 4 Registro fotográfico
7	Atender y asesorar a los Clientes del Centro de Desarrollo Empresarial SENA que lo requieran en sus procesos de Fortalecimiento Empresarial buscando la generación de impacto económico, sostenibilidad y escalabilidad empresarial en las modalidades presencial y virtual.	Acompañamiento y reunión presencial con líder de proyectos rurales para futuros fortalecimientos empresariales de las unidades productivas que actualmente pueden ingresar en este proceso	Evidencia 5 Registro fotográfico

8	Gestionar y hacer seguimiento al plan de Acción individual formulado con base en los Lineamientos establecidos por la Coordinación Nacional de Emprendimiento, según la planeación regional y del Centro de Desarrollo Empresarial, para los programas de Emprendimiento. Empresarial, para los programas de Emprendimiento.	Seguimiento al plan de Acción individual con base en los Lineamientos establecidos por la Coordinación Nacional de Emprendimiento, según la planeación regional y del Centro de Desarrollo Empresarial, para los programas de Emprendimiento.	Evidencia 6 Registro fotográfico
9	Apoyar numéricamente con la gestión de las metas del programa de emprendimiento regional de manera porcentual acorde al periodo de ejecución del contrato.	Se subió información en DRIVE REGIONAL en formato plan de acción SBDC DEL CIDM y drive REGIONAL.	Evidencia 7 Registro fotográfico
10	Apoyar en la ejecución de los indicadores establecidos por la dirección regional de manera numérica proporcional al periodo de ejecución contractual. Y con los parámetros de calidad exigidos en los procesos descritos en la plataforma compromiso.	N/A	

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	FECHA DE DESPLAZAMIENTO INICIAL	FECHA DE DESPLAZAMIENTO FINAL
1.	XX	XX	XX	XX

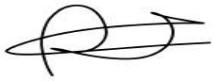
2.	XX	XX	XX	XX

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 electrónicos enunciados como evidencias del cumplimiento de las obligaciones contractuales y los desplazamientos realizados y el No. 9462787057 de la planilla, operador aportes en línea y periodo marzo de 2024. (Decreto Ley 2106 de 2019 – "Decreto Ley Anti trámites")

Evidencias en (8) folios

Cordialmente,



Firma

PEDRO ANGEL QUINTERO TIRADO
Contratista
C.C. No. 91523510

Recibí a satisfacción

Firma

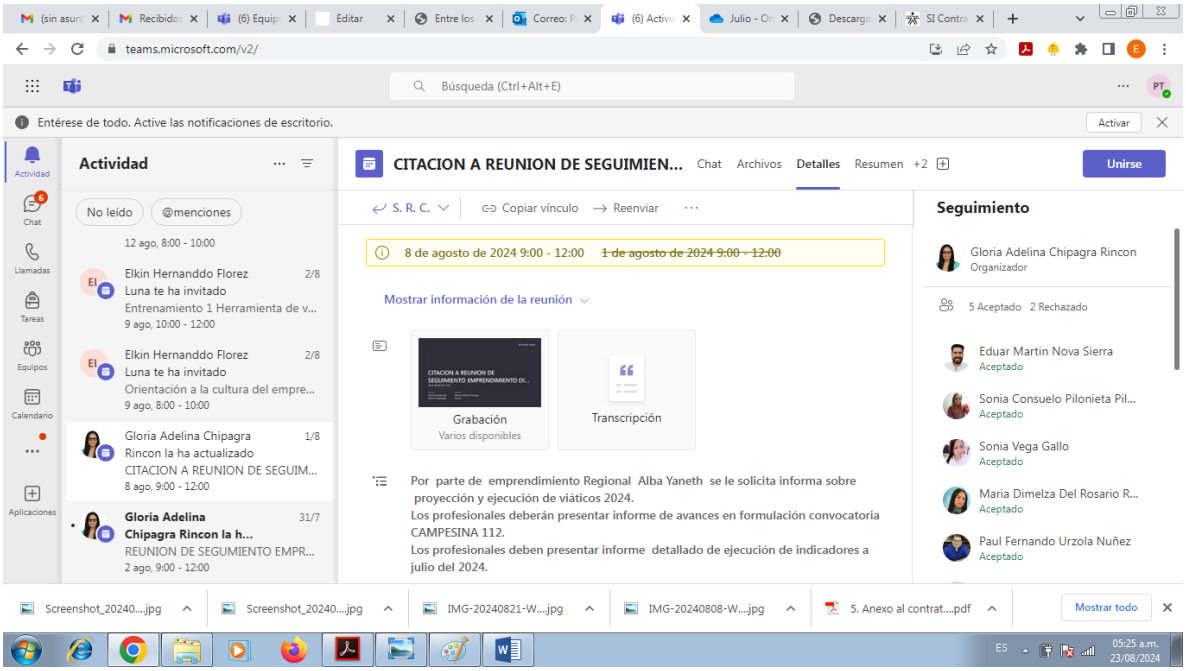
ALBA YANETH MARTINEZ CORDERO
SUPERVISOR(A) CONTRATO No. **CO1.PCCNTR.5860526**
Cargo del supervisor: Coordinadora de Agencia pública de Empleo

EVIDENCIA 1:

EVIDENCIA DOCUMENTAL - MES: AGOSTO

CONTRATO No. CO1.PCCNTR.6608348 del año 2024– Pedro Ángel Quintero Tirado

Evidencia 1: Reunión de equipo para apoyo y seguimiento a la convocatoria de economía campesina mediante la gestión e implementación de lineamientos estratégicos establecidos por el SENA por parte de la unidad de emprendimiento



EVIDENCIA 2:

EVIDENCIA DOCUMENTAL - MES: AGOSTO

CONTRATO No. CO1.PCCNTR.6608348 del año 2024– Pedro Ángel Quintero Tirado

Evidencia 2: Se realiza orientación a asistentes a Emprendemano en el Tecnoparque, divulgándoles los procedimientos de emprendimiento y fortalecimiento empresarial que pueden acceder





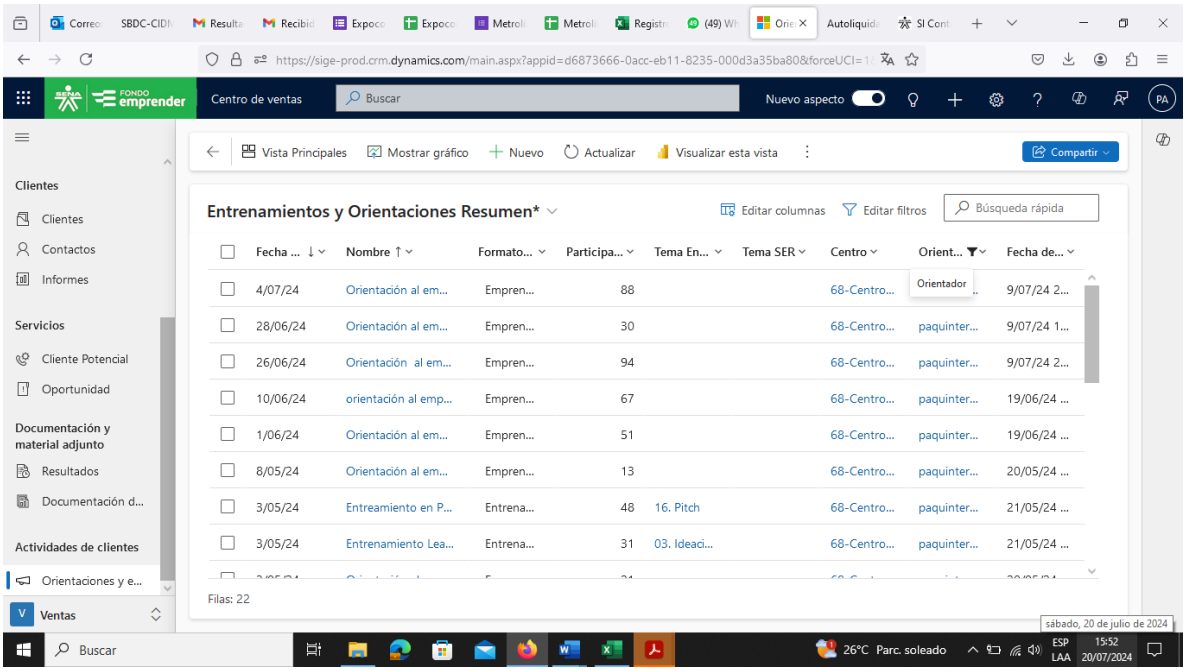
EVIDENCIA 3:

EVIDENCIA DOCUMENTAL - MES: AGOSTO

CONTRATO No. CO1.PCCNTR.6608348 del año 2024– Pedro Ángel Quintero

Página 3 de 7

Evidencia 3: Se revisó que la información este correcta en el SIGE y en formato plan de acción SBDC DEL CIDM con actualización del mes presente

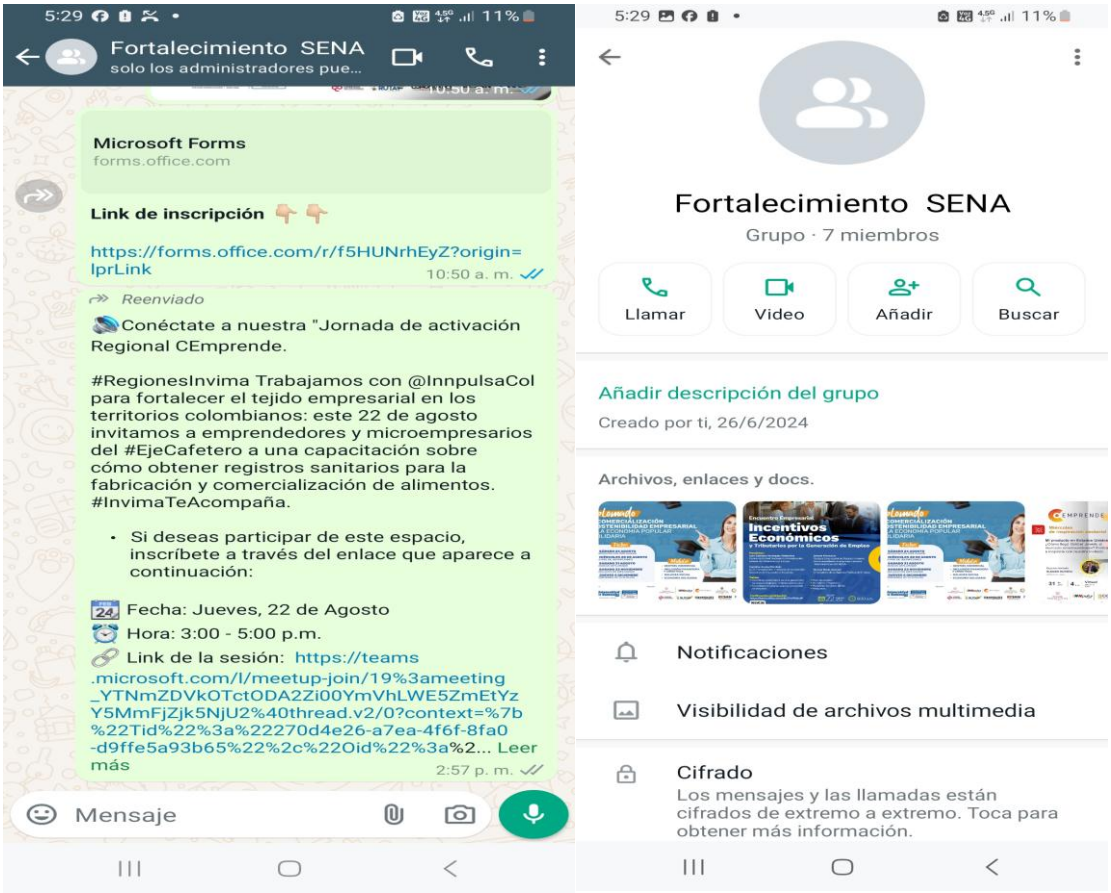


EVIDENCIA 4:

EVIDENCIA DOCUMENTAL - MES: AGOSTO

CONTRATO No. CO1.PCCNTR.6608348 del año 2024– Pedro Ángel Quintero

Evidencia 4: Acompañamiento presencial y virtual de acuerdo con tiempo establecidos para el fortalecimiento empresarial de las unidades productivas que actualmente están en este proceso mediante articulación y diferentes talleres de forma constante



EVIDENCIA 5:

EVIDENCIA DOCUMENTAL - MES: AGOSTO

CONTRATO No. CO1.PCCNTR.6608348 del año 2024 del año 2024– Pedro Ángel Quintero Tirado

Página 5 de 7

Evidencia 5: Acompañamiento y reunión presencial con líder de proyectos rurales para futuros fortalecimientos empresariales de las unidades productivas que actualmente pueden ingresar en este proceso



EVIDENCIA 6:

EVIDENCIA DOCUMENTAL - MES: AGOSTO

CONTRATO No. No. CO1.PCCNTR.6608348 del año 2024del año 2024– Pedro Ángel Quintero Tirado

Página 6 de 7

Evidencia 7: Seguimiento al plan de Acción individual con base en los Lineamientos establecidos por la Coordinación Nacional de Emprendimiento, según la planeación regional y del Centro de Desarrollo Empresarial, para los programas de Emprendimiento.

	EMPRENDIMIENTO						FONDO EMPRENDER			FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL			FOMENTO	
METAS Regional	PN FORMULADOS OFF	PN FORMULADOS FE	TOTAL PN FORMULADOS	EMPRESAS CREADAS OTRAS FUENTES	PUESTA EN MARCHA EMPRESAS CREADAS OTRAS	PLANES DE NEGOCIO VIABILIZADOS FE	EMPRESAS CREADAS FE	PUESTA EN MARCHA FE	EMPLEOS POTENCIALES DIRECTOS FE	PLAN ACCION FORMULADO	EMPRESAS EN FORTALECIMIENTO	EMPLEOS FORTALECIMIENTO	ORIENTADOS	PERSONAS ENTRENADAS
Santander 2024	96	148	244	96	96	114	78	78	283	258	258	129	27.582	5.280
CIDM	8	12	20	8	8	10	6	6	24	22	22	10	2.298	440
Pedro Quintero	4	6	10	4	4	5	3	3	12	11	11	5	1.149	220
MARZO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	38	94
ABRIL	1	1	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	200	20
MAYO	1	1	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	200	20
JUNIO	1	0	1	1	1	1	1	1	0	2	2	0	101	20
JULIO	1	1	2	1	1	1	1	1	0	2	2	1	102	20
AGOSTO	0	1	1	1	1	1	1	1	4	2	2	1	103	20
SEPTIEMBRE	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	2	1	104	6
OCTUBRE	0	1	1	0	0	0	0	0	4	2	2	1	105	10
NOVIEMBRE	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	106	10
DICIEMBRE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	90	0
TOTAL	4	6	10	4	4	5	3	3	12	11	11	5	1149	220

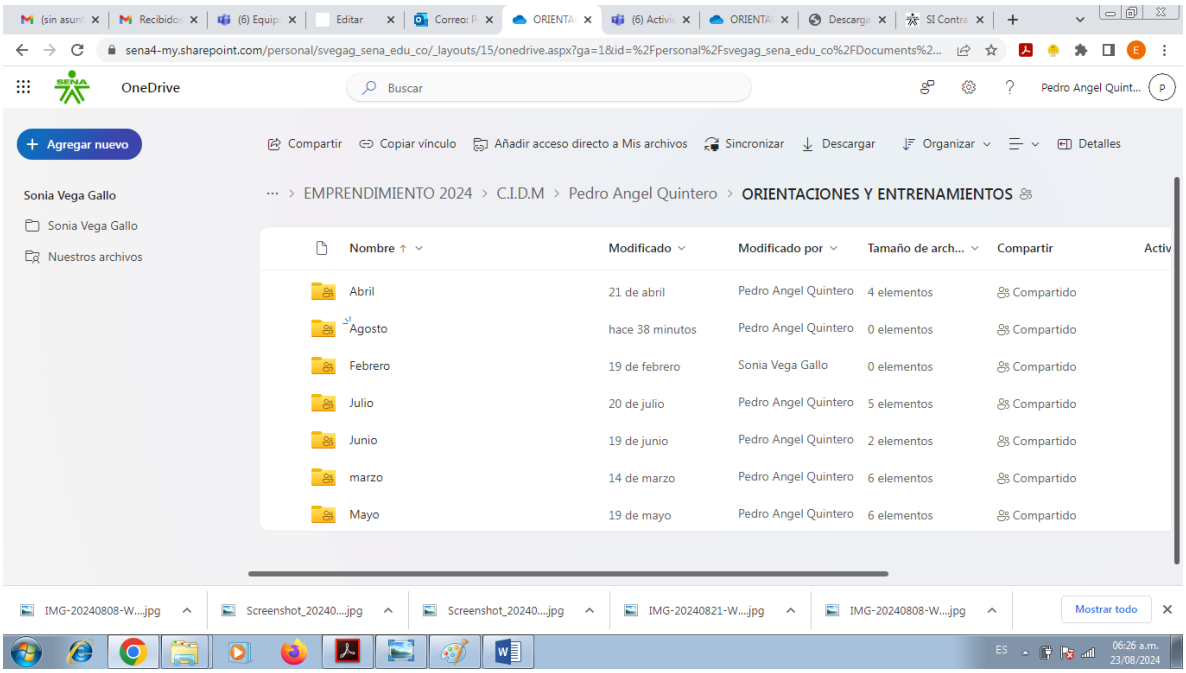
EVIDENCIA 8:

EVIDENCIA DOCUMENTAL - MES: AGOSTO

CONTRATO No. CO1.PCCNTR.6608348 del año 2024 del año 2024– Pedro Ángel Quintero Tirado

Página 7 de 7

Evidencia 8: Se subió información en DRIVE REGIONAL en formato plan de acción SBDC DEL CIDM y drive REGIONAL.



Laboral Salud I.P.S.
Medicina Laboral y Sistemas de Gestión
Nit. 901017957-6
Dirección: Carrera 29 # 40 - 44 Bucaramanga - Colombia
Cel: 3114764772 Tel: 6323511 E-mail: administrativo@laboralsaludips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 89.070

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
19 DÍA	01 MES	2024 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	**EMO EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR**

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

QUINTERO TIRADO PEDRO ANGEL (Apellidos y Nombres)	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	40 AÑOS 2 MESES 15 DÍAS	CC (Tipo)	91523510 (Número)
	Peso: 76.00 kg			
	Talla: 163 cm	IMC: 28.60 - SOBREPESO		

Cargo

CONTRATISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIONES LABORALES

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) **N/A**

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	VIGENCIA	RECOMENDACIONES
NO APLICA	NO APLICA	NO REFIERE	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EMO EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	✓	PARACLINICOS (OPTOMETRÍA)	✓
LAB CLÍNICO (CUADRO HEMÁTICO)	✓	PARACLINICOS (AUDIOMETRÍA)	✓
LAB CLÍNICO (GLICEMIA)	✓	TEST PSICOLÓGICO (WARTEGG)	✓
LAB CLÍNICO (PARCIAL DE ORINA)	✓	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
LAB CLÍNICO (PERFIL LIPÍDICO)	✓	ENFASIS CARDIOVASCULAR	✓

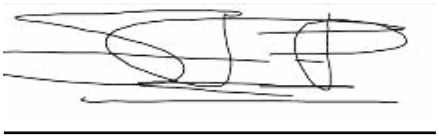
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE REALIZA VALORACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL CON ÉNFASIS CARDIOVASCULAR Y OSTEOMUSCULAR SIN EVIDENCIA DE PATOLOGÍA. CUMPLIR CON LAS NORMAS ESTABLECIDAS Y PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA. REALIZACIÓN DE PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma: 

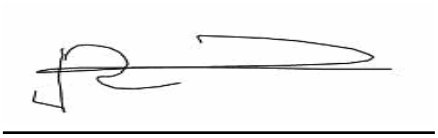
Nombre: PARRA RAMIREZ CARLOS ALBERTO

R. M.: 163 **L.S.O.:** 05108

Código de Seguridad

K99Q1W89070

Aspirante o Trabajador

Firma: 

Nombre: QUINTERO TIRADO PEDRO ANGEL

CC: 91523510

SEDE: PRINCIPAL CARRERA 29 #40-44

Fecha de realización del examen: __20__ / __1__ / ___2024_____

AREA DE SELECCIÓN
INFORME CONFIDENCIAL

Con el propósito de preservar la ética profesional, este informe debe conocerse solamente por el jefe o responsable de área donde existe la vacante.

EXPLICACION DEL INFORME

El siguiente informe presenta una tabla que permite cuantificar cada una de las características evaluadas para el perfil de ANALISTA CONTABLE según lo indicado por la prueba aplicada, para ello se entenderá de la siguiente forma de 10 a 9 es un nivel muy alto, de 8 a 7 nivel alto, de 6 a 5 nivel medio, de 4 a 3 nivel medio bajo y de 2 a 1 nivel muy bajo. Adicionalmente se presenta un concepto final que permitirá la descripción de los hallazgos relevantes para su fácil análisis e interpretación que permita observar si cumple o no el perfil requerido por la organización junto con las respectivas sugerencias por parte del evaluador.

EVALUACION APLICADA

Se aplica el Test para evidenciar la dinámica de personalidad en dos dimensiones a nivel situacional y a nivel constitucional del individuo con fines organizacionales.

NOMBRE	**PEDRO ANGEL QUINTERO TIRADO**	**CEDULA**	**91523510**
CARGO AL QUE ASPIRA	**CONTRATISTA**	**EDAD**	**40 AÑOS**
FORMACION ACADEMICA	**POSTGRADO**	**TELEFONO**	**_3163202192 _____**
DIRECCION	**MANUELA BELTRAN**		
EVALUADOR	**YULY KATHERIN DUARTE VELANDI**	**CARGO**	**PSICOLOGO**

DIMENSION INTELECTUAL											
Capacidad para dar solución a los problemas, asimilar experiencias y enfrentar circunstancias difíciles, así como para planear y ejecutar diversas actividades en un tiempo determinado											
Capacidad	**Factor Evaluado**	**10**	**9**	**8**	**7**	**6**	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
ORGANIZACIÓN	Ejecutar prioridades. Planificar las actividades. Emplear un método de trabajo				X						
ANALISIS, SINTESIS Y SOLUCION DE PROBLEMAS	Identificar problemáticas y solución a un mismo problema. Prever consecuencias antes de la solución. Soluciones claras y precisas.		X								

INICIATIVA Y CREATIVIDAD	Consultar diferentes fuentes de información. Aportar ideas nuevas y prácticas en el trabajo. Dar varias alternativas de solución a un mismo problema.		X							



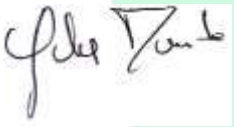
RESISTENCIA ANTE LAS PRESIONES	Manejo de tiempo de respuesta. Manejo de clientes difíciles. Objetividad en el manejo de situaciones difíciles.		X								

DIMENSION PERSONAL											
Capacidad para establecer relaciones de carácter social y laboral dentro de un ambiente amable en el que se tiene en cuenta las necesidades del otro y los objetivos de la organización. Empleo de recursos personales para enfrentar, asimilar y adaptarse a situaciones diferentes.											
Capacidad	Factor Evaluado	**10**	**9**	**8**	**7**	**6**	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
DON DE GENTE	Agradable. Servicial. Humano. Cálido y transparente		**X**								
TRABAJO EN EQUIPO	Capacidad de trabajar en grupo para el logro de los objetivos. Compartir los conocimientos		X								
ADAPTACION AL CAMBIO	Aceptar los cambios que mejoren el trabajo. Flexible. Sin temor a los Retos		**X**								
DINAMISMO Y ENERGIA	Activo. Emprendedor. Positivo. Oportuno		**X**								
RESPONSABILIDAD	Desarrollar las labores asignadas en su totalidad. Cumplir horarios establecidos.		**X**								
NORMATIVIDAD	Aceptar y seguir normas. Acoger orientaciones y sugerencias. Reconocer mandos superiores.		**X**								
RELACIONES INTERPERSONALES	Respetar las ideas, las diferencias de los demás		**X**								
LIDERAZGO	Habilidad para convocar, convencer y delegar.		**X**								
SEGURIDAD EN SI MISMO	Capacidad de no personalizar las situaciones en que se participa, basado en el conocimiento de sus fortalezas y debilidades.		**X**								
TOLERANCIA A LA FRUSTRACION	Comprender y aceptar cuando no se logre los objetivos propuestos sin que esto afecte la Autoestima y/o la motivación		X								

TIPOS DE MOTIVACION											
Capacidad para establecer relaciones de carácter social y laboral dentro de un ambiente amable											
Capacidad	**Factor Evaluado**	**10**	**9**	**8**	**7**	**6**	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
LOGRO	Conjunto de metas o resultados, claramente definidas por un individuo para aventajar a otros. Ser el mejor. Estar entre los Mejores		**X**								
PODER	Deseos o acciones que buscan ejercer dominio, control o influencia, no solo sobre las personas o grupos sino también sobre los medios.		X								
AFILIACION	Expresiones de intenciones o ejecuciones de comportamientos orientados a obtener o conservar relaciones afectivas satisfactorias.		X								
AUTOREALIZACION	Deseo o realización de actividades que permitan la utilización en el trabajo de las habilidades y conocimientos		X								
RECONOCIMIENTO	Deseo o realización de actividades orientadas a obtener de los demás atención, aceptación o admiración		**X**								
DEDICACION A LA TAREA	Condiciones intrínsecas (Autonomía) que hacen a la persona sensible a la tarea con un nivel de exigencia y claridad.		**X**								

OBSERVACIONES:

PEDRO, se muestra como una persona centrada, organizada y planeadora, orientada al cumplimiento de objetivos y metas, suele ser una persona dinámica, proactiva e innovadora, muestra tener un alto grado de ajuste a la norma, es una persona sensible ante las necesidades de otros, muestra ser una persona con habilidades que le permiten relacionarse adecuadamente con pares.

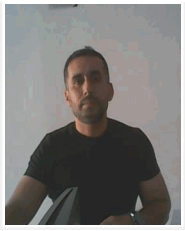


FIRMA

TARJETA PROFESIONAL 167732

NOMBRE DE LA PSICÓLOGA: YULY KATHERIN DUARTE VELANDIA

Laboral Salud I.P.S.
Medicina Laboral y Sistemas de Gestión
Nit. 901017957-6
Dirección: Carrera 29 # 40 - 44 Bucaramanga - Colombia
Cel: 3114764772 Tel: 6323511 E-mail: administrativo@laboralsaludips.com



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES — **Atención N°: 26005**

Fecha: 19/01/2024 **Ciudad:** BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA)
Tipo Exámen: EMO EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR Y CARD **Eps:**
CC: 91523510 **Nombre:** QUINTERO TIRADO PEDRO ANGEL **Edad:** 40 AÑOS 2 M **Genero:** MASCULINO
Fecha Nacimiento: 05/11/1983 **Empresa:** PARTICULARES **Ocupacion:** CONTRATISTA

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
ALCALDIA DE BUCARAMANGA	CONTRATISTA	NINGUNA	NO APLICA	4	0

ANTECEDENTES FAMILIARES

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
OTITIS	NO	HIPOACUSIA SUBJETIVA	NO
TRAUMA	NO	ACÚFENOS	NO
CIRUGÍA	NO	OTROS	
INGESTA OTOTÓXICOS	NO		

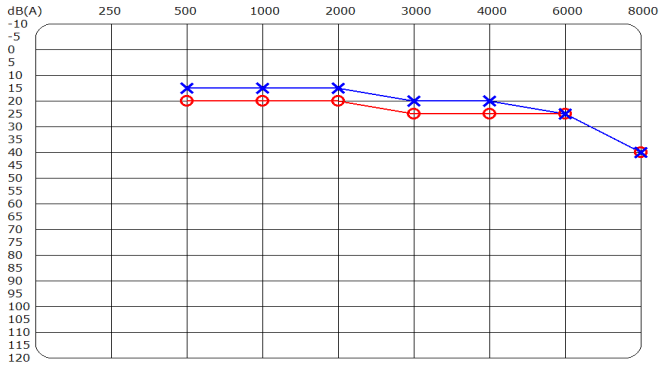
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO	POLÍGONO	NO
MOTO	NO	AUDÍFONOS	NO
DISCOTECA	NO	OTRO	
SERVICIO MILITAR	NO		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas) : 12 Hora(s) **Realizó re test:** SI **Uso Cabina Sonoamortiguada:** SI
Marca y Referencia audiometró utilizado: LARSON DAVIS **F. Ultima Calibración:** 2023-03-01

O : Vía aérea del OD
X : Vía aérea del OI
< : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI)
> : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)



OTOSCOPIA

Oído derecho: NORMAL
Oído izquierdo: NORMAL

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD		20	20	20	25	25	25	40
VAOI		15	15	15	20	20	25	40

PTA Oido derecho: 21.25 **PTA Oido izquierdo:** 16.25

SEVERIDAD - CAOHC

Oído derecho: Normal(0 - 25 dB) **Oído izquierdo:** Normal(0 - 25 dB)

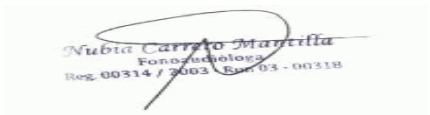
Código	Nombre del Diagnóstico	Oido	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	

Observaciones

O.D: AUDICIÓN FUNCIONAL CON DESCENSO LEVE EN LA FRECUENCIA 8000 HZ.
O.I: AUDICIÓN FUNCIONAL CON DESCENSO LEVE EN LA FRECUENCIA 8000 HZ.

FONOAUDIÓLOGO



Firma:
Nombre: CARRERO MANTILLA NUBIA
R. M.: 00314 **L.S.O.:**

TRABAJADOR



Firma:
Nombre: QUINTERO TIRADO PEDRO ANGEL
CC 91523510

Laboral Salud I.P.S.
Medicina Laboral y Sistemas de Gestión
Nit. 901017957-6
Dirección: Carrera 29 # 40 - 44 Bucaramanga - Colombia
Cel: 3114764772 Tel: 6323511 E-mail: administrativo@laboralsaludips.com



EXAMEN DE PARACLINICOS (OPTOMETRÍA)

DATOS PERSONALES

Atención Nº: 27,597

Fecha: 20/01/2024 **Municipio:** BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) **CC:** 91523510 **Nombre:** QUINTERO TIRADO PEDRO ANGEL **Edad:** 40 AÑOS 2
Genero: MASCULINO **Profesión o Cargo:** CONTRATISTA **Empresa:** PARTICULARES
Eps: **Tipo Evaluación Medica:** EMO EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS **F. Último Examen:** 2023
Lugar del Último Examen: BUCARAMANGA **Motivo Consulta:** EXAMEN INGRESO

ANTECENDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	NO APLICA
TRAE RX	NO
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	
USA ANTEOJOS	NO USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/ 20	20	N/A	NO USA	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/20	20	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	20/20	20	N/A	NO APLICA	N/A	N/A

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: **NORMAL**
OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

REFLEJOS

OBSERVACIÓN: **PRESENTES Y NORMALES**

COVER TEST

VISIÓN LEJANA: **NORMAL**
VISIÓN PROXIMA: **NORMAL**

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

OFTALMOSCOPÍA

OJO DERECHO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**
OJO IZQUIERDO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**

QUERATROMETRÍA

OJO DERECHO: **K´ =**
OJO IZQUIERDO: **K´ =**

REFRACCIÓN

OJO DERECHO	NEUTRO	AV VL 20/ **20**
OJO IZQUIERDO	NEUTRO	AV VL 20/ **20**

RX FINAL

OJO DERECHO	NEUTRO	AV VL 20/ **20**	AV VP 20/ **20**
OJO IZQUIERDO	NEUTRO	AV VL 20/ **20**	AV VP 20/ **20**

VISIÓN COLOR

OJO DERECHO: **NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

OPTOMETRA



Firma:

Nombre: OVALLE PINTO NARGI

R. M.: 15233-06 **L.S.O.:**

PACIENTE



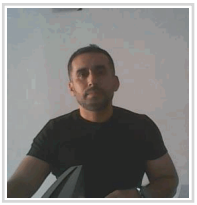
Firma:

Nombre: QUINTERO TIRADO PEDRO ANGEL

CC: 91523510

Laboral Salud I.P.S.
Medicina Laboral y Sistemas de Gestión
Nit. 901017957-6
Dirección: Carrera 29 # 40 - 44 Bucaramanga - Colombia
Cel: 3114764772 Tel: 6323511 E-mail: administrativo@laboralsaludips.com

Código de Seguridad
X99D33J101557



DATOS PERSONALES

Orden de Servicio N°: 101557

Municipio: BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) **Fecha y Hora:** viernes, 19 de enero de 2024 03:22:58 p.m.

Nombres y Apellidos: QUINTERO TIRADO PEDRO ANGEL **CC:** 91523510 **Género:** MASCULINO

F. Nacimiento: 05/11/1983 **Edad:** 40 AÑOS 2 MESES 15 DÍAS **Entidad:** PARTICULARES CONTADO

RESULTADOS DEL LABORATORIO

HEMATOLOGÍA

LAB CLÍNICO (CUADRO HEMÁTICO)

HEMATOLÓGIA

LABORATORIO	RESULTADO	REFERENCIA
CUADRO HEMATICO		
Hemoglobina (Hb)	14	Hombres 13,5 - 18,0 gr/dl Mujeres 11,5 - 16,4 gr/dl
Hematocrito (Hto)	45.6	Hombres 39 - 50% Mujeres 36 - 48%
Morfología de Glóbulos Rojos:		
Leucocitos:	7.000	5.000 - 10.000 / mm³
Segmentados:	60	40 - 75 %
Cayados:	0	0 - 3 %
Eosinófilos:	0	0 - 5 %
Basófilos:	0	0 - 1 %
Linfocitos:	38	20 - 45 %
Monocitos:	5.0	2 - 10 %
Recuento de Plaquetas:	216.000	150.000 - 450.000 / mm³
Eritrosedimentación (V S G) 1 Hora:		Hombres 0 - 4 mm³ Mujeres 0 - 20 mm³

Milena Del Carmen Torres Yepes
Bacteriólogo(a) RP: 45543326

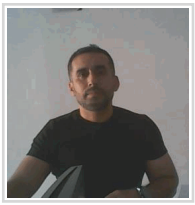
MICROSCOPÍA

LAB CLÍNICO (PARCIAL DE ORINA)

UROANALISIS

LABORATORIO	RESULTADO	REFERENCIA
PARCIAL DE ORINA		
Color	AMARILLO	
Aspecto	LG TURBIO	
Densidad	1030	
Reaccion PH	5	
Glucosa	NEGATIVO	Mg/dl
Cetona	NEGATIVO	
Sangre	NEGATIVO	Ery/UL
Proteinas	NEGATIVO	Mg/dl

Código de Seguridad
X99D33J101557



DATOS PERSONALES

Orden de Servicio N°: 101557

Municipio: BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) **Fecha y Hora:** viernes, 19 de enero de 2024 03:22:58 p.m.

Nombres y Apellidos: QUINTERO TIRADO PEDRO ANGEL **CC:** 91523510 **Género:** MASCULINO

F. Nacimiento: 05/11/1983 **Edad:** 40 AÑOS 2 MESES 15 DÍAS **Entidad:** PARTICULARES CONTADO

Bilirrubinas	NEGATIVO	
Leucoesterasa	NEGATIVO	Leu/UL
Nitritos	NEGATIVO	

SEDIMENTO MICROSCOPICO

Leucocitos	0-2	
Hematies	0-2	
Bacterias	-	
Moco	+	
Levaduras	-	
Fosfatos Amorfos	-	
Celulas Epiteliales	0-2	
Cilindros	-	
Piocitos	-	

Observaciones

Milena Del Carmen Torres Yepes
Bacteriólogo(a) RP: 45543326

QUÍMICA

LAB CLÍNICO (PERFIL LIPÍDICO)

QUIMICA

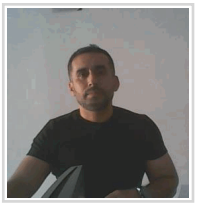
	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA
PERFIL LIPIDICO		
Colesterol Total	180	Normal hasta 200 mg/dl Moderado 200a 239 mg/dl Elevado mayor a 240 mg/dl
Colesterol HDL	63	Pronostico Favorable Hombres > a 55 mg/dl Mujeres > a 65 mg/dl Niveles de Riesgo Estandar Hombres 35 a 55 mg/dl Mujeres 45 a 65 mg/dl Indicador de Riesgo Hombres < a 35 mg/dl Mujeres < a 45 mg/dl
Colesterol LDL	102	Normal hasta 150 mg/dl Elevado 190 mg/dl
Trigliceridos	90	Normal hasta 150 mg/dl Moderado 150 a 199 mg/dl Elevado mayor 200 a 499 mg/dl Muy Elevado mayor a 500 mg/dl

Milena Del Carmen Torres Yepes
Bacteriólogo(a) RP: 45543326

LAB CLÍNICO (GLICEMIA)

Laboral Salud I.P.S.
Medicina Laboral y Sistemas de Gestión
Nit. 901017957-6
Dirección: Carrera 29 # 40 - 44 Bucaramanga - Colombia
Cel: 3114764772 Tel: 6323511 E-mail: administrativo@laboralsaludips.com

Código de Seguridad
X99D33J101557



DATOS PERSONALES

Orden de Servicio N°: 101557

Municipio: BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) **Fecha y Hora:** viernes, 19 de enero de 2024 03:22:58 p.m.

Nombres y Apellidos: QUINTERO TIRADO PEDRO ANGEL **CC:** 91523510 **Género:** MASCULINO

F. Nacimiento: 05/11/1983 **Edad:** 40 AÑOS 2 MESES 15 DÍAS **Entidad:** PARTICULARES CONTADO

QUIMICA

LABORATORIO	RESULTADO	REFERENCIA
GLICEMIA	90	Normal 70 a 110 mg/dl

Milena Del Carmen Torres Yepes
Bacteriólogo(a) RP: 45543326

	RESOLUCION	CÓDIGO	AP-JC-RG-89
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	22/05/2017
		PÁGINA	1 de 1

RESOLUCION NÚMERO 05108 **DE**

POR LA CUAL SE RENUEVA UNA LICENCIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

EL SUSCRITO SECRETARÍO DE SALUD DEPARTAMENTAL

En uso de sus facultades legales, y en especial las conferidas en la Ley 1562 de 2012 y la Resolución 04502 de 2012 y,

CONSIDERANDO:

Que **CARLOS ALBERTO PARRA RAMIREZ** identificado(a) con Cédula de Ciudadania No. 91236484 ha solicitado Renovación de licencia para la prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el trabajo ante la Secretaría de Salud Departamental de Santander.

Que al peticionario le fue otorgada la Licencia de Prestación de Servicios de Salud Ocupacional, mediante Resolución No. 9366 de 14 de Julio del 2010 de la Secretaria de Salud de Gobernación de Santander y concedida por un término de diez (10) años contados a partir de la expedición de la Resolución, la cual ha cumplido su vigencia.

Que de conformidad con el artículo segundo de la Resolución 04502 del 28 de Diciembre de 2012, el peticionario ha presentado la documentación requerida para la Renovación de la Licencia en Salud Ocupacional para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el trabajo

Que por lo antes expuesto, el Secretario de Salud Departamental.

RESUELVE:

ARTÍCULO 1: Renuévese LICENCIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A: **CARLOS ALBERTO PARRA RAMIREZ.** - Medico y Cirujano -. ESPECIALISTA en Gerencia de la Salud Ocupacional identificado(a) con Cedula de Ciudadania No. 91236484 en las áreas de Medicina en Seguridad y Salud en el trabajo, Investigación en área técnica, Investigación del accidente de trabajo, Educación, Capacitación, Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

ARTÍCULO 2: La Licencia de que trata el artículo anterior se concede por el término de Diez (10) años contados a partir de la fecha de expedición de la presente Resolución.

ARTÍCULO 3: Cuando se modifique las condiciones por la cual se otorgó esta Licencia, en el término máximo de un mes se debe informar a la Secretaria de Salud de Santander para la modificación de la misma.

ARTÍCULO 4: Esta Licencia es válida en todo el Territorio Nacional y tendrá carácter personal e intransferible.

ARTÍCULO 5: Contra la presente Resolución procede los recursos legales

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bucaramanga a los 15 JUL 2020

JAVIER ALONSO VILLAMIZAR SUAREZ
Secretario de Salud Departamental

VoBo: Alejandro Lozano U. – Director Desarrollo Vigilancia y Control
Revisó. Yelitza Hernández G. – Coordinador Grupo de Acreditación en Salud y SOG
Proyectó: Helena Gordillo O. – Grupo de Acreditación en salud S.O.G.C

Escaneado con CamScanner

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 05/08/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	899999034	**Cédula Usuario:**	CC 1098688132
Nombre:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA				
Dirección:	CLL 57 NO 8-69				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	SERVICIOALCIUDADANO@SENA.EDU.CO				
Teléfono:	5978250		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1855101 FORMACION ACADEMICA NO FORMAL, INCLUYE LA EDUCACION QUE SE OFRECE CON EL OBJETO DE COMPLEMENTAR, ACTUALIZAR, SUPLIR CONOCIMIENTOS Y FORMAR ACADEMICAMENTE A TRAVES DE CURSOS CON PROGRAMAS QUE TIENEN UN CARACTER ORGANIZADO Y CONTINUO, AUNQUE NO ESTEN SUJETOS AL SISTEMA DE NIVELES Y GRADOS ESTABLECIDOS EN LA EDUCACION FORMAL				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1098688132	LAURA MARCELA GALVIS MATEUS

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	319	06/08/2024	CC 91523510	QUINTERO TIRADO PEDRO	1	0.522	**Independiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

5CDBDE113545AA242A981DFABF89A1E8 Certificado impreso el día 8/5/2024 5:31:22 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 941 541**, en Bogotá (**601**) **6000 811.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

PEDRO ANGEL
QUINTERO TIRADO
91523510

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
899999034

Este carné es personal e intransferible.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **04/07/2024**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor PEDRO ANGEL QUINTERO TIRADO** con **Cédula de Ciudadanía** número **91523510**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**055004760088232**
Fecha de apertura	**28/03/2012**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Banco Davivienda S.A.
NIT. 860.034.313-7

Powered by CamScanner

Aseguradora Solidaria de Colombia

NIT. 860.524.654-6

PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES - DECRETO 1082 DE 2015 - PATRICLSUSP09V4

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4008917769

PÓLIZA No: 400 - 47 - 994000101786 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: **CABECERA** COD. AGENCIA: 400 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

	DIA	MES	AÑO
FECHA DE EXPEDICIÓN	05	08	2024
FECHA DE IMPRESIÓN	05	08	2024

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE:: **PEDRO ANGEL QUINTERO TIRADO** IDENTIFICACIÓN: CC **91.523.510**

DIRECCIÓN: CL 104 C 11 09 BRR MANUELA BELTRAN CIUDAD: BUCARAMANGA, SANTANDER TELÉFONO: 6076375317

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

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

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

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

DESCRIPCION AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
CONTRATO CUMPLIMIENTO	06/08/2024	30/04/2025	2,377,366.70

BENEFICIARIOS
NIT 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS:

OBJETO DE LA GARANTIA

EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.6608348. CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR ACOMPAÑAMIENTO A LOS USUARIOS DE LOS CENTROS DE DESARROLLO EMPRESARIAL DEL SENA Y A LA GESTION DE PROYECTOS ESPECIALES DE EMPRENDIMIENTO, DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS DE LA COORDINACION NACIONAL DE EMPRENDIMIENTO, E INSTRUCCIONES DE LA REGIONAL Y/O EL CENTRO DE FORMACION, PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS, OBJETIVOS E INDICADORES DE LA REGIONAL.

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ *****2,377,366.70	$ **********25,000	$****11,000.00	$ ********6,840	$ **********42,840

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART
EDDY SOLANGE ACUÑA VARGAS	9619	100.00

NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN: DECLARO CONOCER Y ESTAR INFORMADO QUE LOS CANALES QUE A CONTINUACIÓN SE RELACIONAN, CUYOS DATOS VERACES Y FIDEDIGNOS HE SUMINISTRADO VOLUNTARIAMENTE EN EL PRESENTE DOCUMENTO, PUEDEN SER UTILIZADOS POR LA ASEGURADORA PARA REALIZAR GESTIONES DE COBRANZA, ASÍ COMO PARA EL ENVÍO DE MENSAJES PUBLICITARIOS A TRAVÉS DE MENSAJES CORTOS DE TEXTO (SMS), MENSAJERÍA POR APLICACIONES WEB, CORREOS ELECTRÓNICOS Y LLAMADAS TELEFÓNICAS DE CARÁCTER COMERCIAL O PUBLICITARIO, TODO DENTRO DEL MARCO LEGAL APLICABLE. DE ESTA MANERA, AUTORIZO EXPRESAMENTE PARA SER CONTACTADO POR LA ASEGURADORA Y/O SUS GESTORES COMERCIALES, DE COBRANZA E INTERMEDIARIOS, PARA LOS FINES MENCIONADOS EN LA PRESENTE DECLARACIÓN, MEDIANTE LOS CANALES DE: PRESENCIAL, LLAMADAS, CORREO ELECTRÓNICO Y EN ALGUNOS CASOS MENSAJES DE TEXTO Y WHATSAPP POR MEDIO DE GESTIÓN AUTOMÁTICA. EN CASO QUE DESEE CAMBIAR EL CANAL DE CONTACTO O TENER UN CANAL EXCLUSIVO PARA LA GESTIÓN DE COBRANZA, POR FAVOR INFORMAR AL CORREO ELECTRÓNICO: GESTIONDECARTERA@SOLIDARIA.COM.CO, PARA FINES COMERCIALES POR FAVOR INFORMAR AL CORREO GESTIONCOMERCIAL@SOLIDARIA.COM.CO Y PARA MODIFICAR O ACTUALIZAR SUS DATOS DE CONTACTO POR FAVOR INGRESAR A: https://www.solidaria.com.co/wa_digitalclient/#/login

MEDIANTE LA SOLICITUD Y CONTRATACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO, USTED EN CALIDAD DE TITULAR(ES) DE LA INFORMACIÓN; DE MANERA LIBRE, EXPRESA, VOLUNTARIA E INFORMADA, AUTORIZA A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA O A LA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A QUIÉN ESTE ENCARGUE, A RECOLECTAR,ALMACENAR, UTILIZAR, CIRCULAR, SUPRIMIR Y EN GENERAL, A REALIZAR CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO A LOS DATOS PERSONALES POR USTED SUMINISTRADOS, PARA TODOS AQUELLOS ASPECTOS INHERENTES A LAS ACTIVIDADES COMERCIALES Y PROMOCIONALES, Y CUALQUIER OTRO RELACIONADO CON EL DESARROLLO DEL OBJETO SOCIAL PRINCIPAL DEL REFERIDA SOCIEDAD, LO QUE IMPLICA EL USO DE LOS DATOS EN ACTIVIDADES DE MERCADEO, PROMOCIÓN Y DE SER EL CASO, CUANDO LA ACTIVIDAD COMERCIAL LO REQUIERA, LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN DE LOS MISMOS A UN TERCERO (INCLUYENDO TERCEROS PAÍSES), BAJO LOS PARÁMETROS DE LA LEY 1581 DE 2.012, DECRETO 1074 DE 2015 Y DEMÁS NORMATIVIDAD VIGENTE QUE REGULE LA MATERIA. EN TODO CASO, ASEGURADORA SOLIDARIA GARANTIZA LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD, PRIVACIDAD Y DEMÁS PRINCIPIOS QUE IMPLIQUEN EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ACORDE CON LA LEGISLACIÓN APLICABLE. ESTA AUTORIZACIÓN SE MANTENDRÁ POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DEL VÍNCULO O LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA SOCIEDAD RESPONSABLE, CONFORME LO ESTABLECIDO EN SUS MANUALES Y POLÍTICAS. IGUALMENTE DECLARO QUE HE CONOCIDO LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DISPONIBLE EN_: HTTPS://ASEGURADORASOLIDARIA.COM.CO/ENLACES-DE-INTERES/POLITICA-DE-PRIVACIDAD.ASPX

LAS CONDICIONES GENERALES DE SU PÓLIZA SE PUEDEN DESCARGAR DE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.SOLIDARIA.COM.CO EN LA OPCIÓN SEGUROS – TU RESPALDO – SEGUROS PATRIMONIALES. ASEGURADORA SOLIDARIA PENSANDO EN SU TRANQUILIDAD, LO INVITA A VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA INGRESANDO A NUESTRA PÁGINA WEB WWW.SOLIDARIA.COM.CO EN LA OPCIÓN SERVICIOS – CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000400891776

FIRMA TOMADOR

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

CAD82070060EFB7959

CLIENTE

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano * **Dirección:** Carrera 13 A # 28-38 Oficina 221, Bogotá * **Teléfono:** (601) 7919180
Fax: (601) 7919180 * **Celular:** 312 342 6229 * **Correo electrónico:** defensoriasolidaria@gmail.com
Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:
https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx

Scanned with CamScanner
Scanned with CamScanner

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

Compañía de Seguros

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN Y AUTOCONTROL
Un compromiSO de Todos.

Hace constar:

Que el Sr(a) PEDRO ANGEL QUINTERO TIRADO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 91523510 realizó el día 18/02/2024 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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

Compromiso SST:

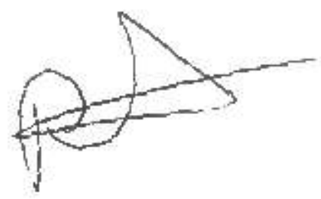
Yo PEDRO ANGEL QUINTERO TIRADO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 91523510 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

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.



Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General

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

Scanned with CamScanner

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) PEDRO ANGEL QUINTERO TIRADO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 91523510 el día 18/02/2024 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

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