SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

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

REGIONAL VALLE

SENA REGIONAL VALLE-DIRECCION REGIONAL - ACCIONES REGULAES ECONOMIA CAMPESINA Y PO

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

Código Regional	**76**
Código Centro	**101076**
Fecha Elaboración	**Diciembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**41421-872901**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	YAMIR JOSE MARROQUIN SANCHEZ	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	6.645.933	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	yamirjo52@gmail.com	**Número de Cuenta:**	91275433204
IP/Nº de contacto:	3174115601	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	SI
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2023**	NO

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

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	7129150/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**284824**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	1

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONALES: PRESTAR LOS SERVICIOS COMO APOYO ADMINISTRATIVO PARA LA ATENCIÓN A POBLACIONES ESPECIALES CON EL PROPÓSITO DE APOYAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ECONOMÍA POPULAR.

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**12/12/2024 Al 31/12/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 1.979.408
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 1.979.408
Valor Bruto Pago:	**$ 1.979.408,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 0

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.979.408	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 1.979.408**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.201.108**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Diciembre	Noviembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**0**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.300.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 162.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 208.000	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 6.800	$ 0
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ -	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 3.098.445	$ 401.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.201.108,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	0%
Reteica - 8299	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
Pro-UCEVA	9.897,00	0,500%
Universidad del Pacífico	0,00	0,500%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$1.969.511,00**	

SON: UN MILLÓN NOVECIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS ONCE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Inducción al desarrollo social y económico

recuperacion critica de la historia

Se realizan acciones de difusión con la comunidad desde se comparte información de interés para que se hagan participes de los program

Se participa del proceso de caracterización con la aplicación de los formatos de caracterización 1-2-3 y 4 q corresponden a la comunic

Se participo en las capacitaciones propuestas por el programa de las economías populares en los módulos de: 1-Inducción al desarroll

Se apoyo en la convocatoria de la comunidad de atención para la réplica de la información del módulo de la recuperación critica de la

Se realiza con la comunidad la recolección de la información pertinente de la misma para la creación de la cartografía, recuperación c

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

YAMIR JOSE MARROQUIN SANCHEZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION 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 período de cobro;

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

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

JUAN BAUTISTA LONDONO PINEDA
PROFESIONAL G01

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
ALEX AMED VALENCIA ROJAS
DIRECTOR REGIONAL

Bogotá, Diciembre 3 de 2024

Señor:
MARROQUIN SANCHEZ YAMIR JOSE
CC. 6645933
TV 27 N B 5E 39 B PARAISO - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Enero 29 de 2022. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
GUTIERREZ GUTIERREZ NEDIS MAGALI	1022324929	C	Ene-29-2022	52	26	COMPAÑERO(A)	VIGENTE			Ninguna
ALDANA GUTIERREZ EVER JULIAN	1075791398	C	Ene-29-2022	52	26	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
MARROQUIN GUTIERREZ JERONIMO	1114554882	T	Ene-29-2022	52	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
GUTIERREZ GUTIERREZ NICOLAS DAVID	1114820344	T	Ene-29-2022	52	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
MARROQUIN SANCHEZ YAMIR JOSE	6645933	C	Ene-29-2022	52	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
YAMIR JOSE MARROQUIN SANCHEZ	6645933	Trabajador Independiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,
GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Cesar Augusto Quinonez Mora - Formador Comercial

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) YAMIR JOSE MARROQUIN SANCHEZ identificado(a) con C.C No. 6.645.933, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 02 de diciembre del 2024.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14744783466

(415)7707212489984(8020) 000001474478346 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
6 6 4 5 9 3 3	7	Impuestos y Aduanas de Palmira 1 5	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	6 6 4 5 9 3 3	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Palmira 5 2 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MARROQUIN	SANCHEZ	YAMIR	JOSE

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Palmira 5 2 0

41. Dirección principal: TV 27 5 E 39 BRR PARAISO

42. Correo electrónico: YAMIRJO52@GMAIL.COM

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	2 7 6 2 7 5 1	3 1 7 4 1 1 5 6 0 1

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
7 4 9 0	2 0 0 4 0 2 2 5	5 6 1 9	2 0 2 0 0 3 2 8		3 1 1 8	0

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	4	9																								

49 - No responsable de IVA

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MARROQUIN SANCHEZ YAMIR JOSE

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Certificación Bancaria

Lunes, 02 de diciembre de 2024

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que Yamir Jose Marroquin Sanchez identificado(a) con CC 6645933, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Bancolombia A la mano	03174115601	2019-12-14	ACTIVO	*****

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

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

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

Hace constar:

Que el Sr(a) YAMIR JOSE MARROQUIN SANCHEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 6645933 realizó el día 16/12/2024 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 YAMIR JOSE MARROQUIN SANCHEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 6645933 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

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

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN:	SUCURSAL:	COD. SUC:	NO. PÓLIZA:	ANEXO:
CALI	CALI	45	45-46-101027624	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
12	12	2024	12	12	2024	00:00	30	04	2025	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	MARROQUIN SANCHEZ YAMIR JOSE	IDENTIFICACIÓN:	C.C. :6,645,933
DIRECCIÓN:	CALLE 52 NO 2 BIS 15	CIUDAD: CALI - VALLE	TELÉFONO: 4315800

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	IDENTIFICACIÓN:	NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN:	CALLE 52 NO 2 BIS 15	CIUDAD: CALI - VALLE	TELÉFONO: 4315800
ADICIONAL:			

OBJETO DEL SEGURO

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

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.7129150 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS COMO APOYO ADMINISTRATIVO PARA LA ATENCIÓN A POBLACIONES ESPECIALES CON EL PROPÓSITO DE APOYAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ECONOMÍA POPULAR

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	12/12/2024	30/04/2025	$ 197,940.80

ACLARACIONES:

VALOR PRIMA NETA:	GASTOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00	$ 197,940.80	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
JC ASESORES DE SEGUROS LTDA	164219	100,00			

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

PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45 - TELÉFONO: 6672954 - CALI

45-46-101027624

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

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

Hacemos constar, que la póliza No. 45-46-101027624, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

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

Dado en CALI, a los 12 días del mes de Diciembre de 2024



FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.45-46-101027624

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

1. AMPAROS.

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

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

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

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

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

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

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

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

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

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

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

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

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

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

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

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

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

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

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

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

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

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

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

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

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

2. EXCLUSIONES.

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

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

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

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

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

3. SUMA ASEGURADA.

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

4. VIGENCIA.

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

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

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

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

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

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

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

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

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

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

6. COMPENSACIÓN.

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

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

8. PLAZO PARA EL PAGO.

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

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

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

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

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

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

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

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

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

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

13. COASEGURO

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 11/12/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	899999034	**Cédula Usuario:**	CC 31945759
Nombre:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA				
Dirección:	CRA ILOMETRO 10 VIA AL MAGDALENA SEDE 1				
Departamento:	CALDAS		**Municipio:**	MANIZALES	
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 31945759	GLADYS GONZALEZ RODRIGUEZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	1177	12/12/2024	CC 6645933	MARROQUIN SANCHEZ YAMIR	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.

D32D82F9059E56522C916F95A45EC036 Certificado impreso el día 12/11/2024 3:12:03 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

YAMIR JOSE
MARROQUIN SANCHEZ
6645933

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
899999034

Este carné es personal e intransferible.

03-12-2024 10:05:20

Certificado Medico laboral

TIAN IPS S A S
Nit: 900293402-9
Sede: 1. PALMIRA
Direccion: CRA 26 # 32-124 B/ LA TRINIDAD
Telefono: 6022870707 EXT 101
Email: servicliente@tianips.com

INFORMACION GENERAL

Fecha Atencion 2024-12-02 07:52:59 **25290**

Nombres y Apellidos:	YAMIR JOSE MARROQUIN SANCHEZ		
Identificación:	CC	**Número:**	6645933
Fecha de Nacimiento:	1980-01-31	**Edad:**	44
Género:	M	**Identidad de Género:**	MASCULINO
RH:	B +	**Ciudad - Sede:**	PALMIRA
Estado civil:	UNIÓN LIBRE	**Escolaridad:**	TECNICO
Estrato:	2	**Ciudad:**	EL CERRITO
Dirección:	EL POMO	**Teléfono:**	3174115601
EPS:	EPS SALUD TOTAL SA	**ARL:**	NO REFIERE
AFP:	COLFONDOS		
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:		**Cargo:**	CONTRATISTA
Sede:	1. PALMIRA		



EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Examen	Resultado	Examen	Resultado
1. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	NO PRESENTA RESTRICCIONES	2. OPTOMETRIA OCUPACIONAL	SU CAPACIDAD VISUAL ACTUAL ES INSUFICIENTE Y REQUIERE CORRECCIÓN
3. ADMINISTRACION (APLICACION) DE PRUEBA DE	NORMAL	4. GLICEMIA SIMPLE	NORMAL
5. HEMOGRAMA	NORMAL	6. PERFIL LIPIDICO	NORMAL
7. PARCIAL DE ORINA	NORMAL		

CONCEPTO

CONCEPTO	NO PRESENTA RESTRICCIONES

CONCEPTO ESPECIFICO

OSTEOMUSCULAR	DE ACUERDO A LA INFORMACIÓN DISPONIBLE Y EL EXAMEN REALIZADO SE CLASIFICA COMO NO CASO
CARDIOVASCULAR	DE ACUERDO A LA INFORMACIÓN DISPONIBLE Y AL EXAMEN REALIZADO SE CLASIFICA COMO RIESGO BAJO

RECOMENDACIONES

GENERALES

VISUAL	SE LE RECOMIENDA SOLICITAR EN SU ENTIDAD DE SALUD, EVALUACIÓN Y PLAN DE MANEJO DE SU PATOLOGÍA VISUAL POR OPTÓMETRA

ÉNFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR

En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE CONTROL PERIODICO:

Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamenta la practica de las evaluaciones médicas de control periódico con el objeto de monitorear la exposición a los factores de riesgo ocupacional e identificar posibles alteraciones temporales, permanentes o agravamiento del estado de salud del trabajador, ocasionadas por la labor o por el medio ambiente de trabajo, y para detectar precozmente enfermedades de origen común, con el fin de establecer un manejo preventivo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MEDICO DE CONTROL PERIODICO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clínica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, acorde con lo establecido en la Resolución 1918 de junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.
CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERÍDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

Certificado Medico laboral

TIAN IPS S A S
Nit: 900293402-9
Sede: 1. PALMIRA
Direccion: CRA 26 # 32-124 B/ LA TRINIDAD
Telefono: 6022870707 EXT 101
Email: servicliente@tianips.com

DIANA CAROLINA CHAVEZ ROA
29681614
RM: RETHUS NRO. 29681614 DEL 13/04/2011, LICENCIA SST - RESOLUCIóN NRO. 1669 DEL 31/08/2018
Firma y sello del médico evaluador

YAMIR JOSE MARROQUIN SANCHEZ
Documento: 6645933
Firma del trabajador

HISTORIA CLINICA OPTOMETRIA

Fecha Atención :
2024-12-03 09:43:35

Fecha impresión :
2024-12-03 03:58:11

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos:	YAMIR JOSE MARROQUIN SANCHEZ		
Identificación:	CC	**Número:**	6645933
Fecha de Nacimiento:	1980-01-31	**Edad:**	44
Género:	M	**Identidad de Género:**	MASCULINO
RH:	B +	**Ciudad - Sede:**	PALMIRA
Estado civil:	UNIÓN LIBRE	**Escolaridad:**	TECNICO
Estrato:	2	**Ciudad:**	EL CERRITO
Dirección:	EL POMO	**Teléfono:**	3174115601
EPS:	EPS SALUD TOTAL SA	**ARL:**	NO REFIERE
AFP:	COLFONDOS		
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:	CLIENTE PARTICULAR	**Cargo:**	CONTRATISTA
Sede:	1. PALMIRA		

TIPO EXAMEN: PREINGRESO

ENFASIS: CARDIOVASCULAR,OSTEOMUSCULAR

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

TIPO EXAMEN

ENFASIS	CARDIOVASCULAR, OSTEOMUSCULAR,		

DATOS EMPRESA

EMPRESA CONTRATANTE		**EMPRESA USUARIA**	
CARGO			

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

ANTECEDENTES OCUPACIONALES	NO	**OBSERVACIONES**	NO REFIERE.

EN LA EMPRESA ACTUAL

ILUMINACION DEL TRABAJO	NORMAL	**USO DE PROTECCION VISUAL**	NO
RIESGO QUIMICO	NO	**RIESGO FISICO**	NO
RIESGO MATERIAL PARTICULADO	NO	**RIESGO ILUMINACION**	NO
EXPOSICION A SOLVENTES	NO	**ACCIDENTE OCULAR**	NO
EXPOSICION A RADIACION NO IONIZANTE	SI	**EXPOSICION A RADIACION IONIZANTE**	NO
EXPOSICION A TEMPERATURAS EXTREMAS	NO	**EXPOSICION A MATERIAL EN PROYECCION**	NO
EXPOSICION A VIDEO TERMINALES	NO	**OTROS**	NO

ANTECEDENTES FAMILIARES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NO	**OBSERVACIONES**	NO REFIERE.

ANTECEDENTES PERSONALES Y OCULARES

ACCIDENTE OCULAR	NO	**ALTERACIONES TIROIDEAS**	NO
AMBLIOPIA	NO	**CATARATAS**	NO
CIRUGIA OCULAR	NO	**DEFECTOS REFRACTIVOS**	NO
DIABETES MELLITUS	NO	**ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR**	NO
ESTRABISMO	NO	**FARMACOLOGICOS**	NO
GLAUCOMA	NO	**HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA**	NO
PATOLOGICOS	NO	**PATOLOGIA OCULAR**	NO
PTERIGIO	NO	**QUIRURGICOS**	NO
RINITIS	NO	**TRATAMIENTOS ORTOPTICOS**	NO
TRAUMA CRANEO ENCEFALICO	NO	**OTROS**	NO
OBSERVACIONES	NINGUNO.		

LENSOMETRIA

USO CORRECCION VISUAL	NO	**ULTIMO CONTROL VISUAL**	ENTRE 6 MESES A 1 AÑO
¿PRESENTA CORRECCION OPTICA DURANTE EL EXAMEN?	NO APLICA	**RX OD**	NA
RX OI	NA		

SINTOMATOLOGIA

ASINTOMATICO	NO	**ARDOR**	NO
ASTENOPIA VISION PROXIMA	NO	**ASTENOPIA VISION LEJANA**	NO
CANSANCIO	NO	**CEFALEA**	NO
DISMINUCION AV LEJOS	NO	**DISMINUCION AV CERCA**	NO
DESVIACION OCULAR	NO	**DOLOR OCULAR**	NO
ENROJECIMIENTO	NO	**EPIFORA**	NO
FOTOFOBIA	NO	**INVERSION DE NUMEROS Y/O LETRAS**	NO
LAGRIMEO	NO	**MAREO**	NO
PRURITO	NO	**RESEQUEDAD**	NO
SECRECION	NO	**SALTO DE RENGLONES**	NO
VERTIGO	NO	**VISION DOBLE**	NO
OTROS	NO		

AGUDEZA VISUAL

VISION LEJANA

SIN CORRECCION OD	20/20	**CON CORRECCION OD**	
SIN CORRECCION OI	20/20	**CON CORRECCION OI**	
SIN CORRECCION AO	20/20	**CON CORRECCION AO**	
SIN CORRECCION P.H. OD		**SIN CORRECCION P.H. OI**	

VISION PROXIMA

SIN CORRECCION OD	1.25M	**CON CORRECCION OD**	
SIN CORRECCION OI	1.25M	**CON CORRECCION OI**	
SIN CORRECCION AO	1.25M	**CON CORRECCION AO**	

EXAMEN EXTERNO

HISTORIA CLINICA OPTOMETRIA

Fecha Atención :
2024-12-03 09:43:35

Fecha impresión :
2024-12-03 03:58:11

OJO DERECHO	NORMAL	**OJO IZQUIERDO**	NORMAL

OFTALMOSCOPIA

OJO DERECHO	NORMAL	**OJO IZQUIERDO**	NORMAL

MOTILIDAD OCULAR

COVER TEST LEJOS	NORMAL	**COVER TEST CERCA**	NORMAL
PPC	NORMAL	**REFLEJOS PUPILARES**	NORMAL
OBSERVACIONES	SEGMENTO ANTERIOR NORMAL AO. TEST ISHIARA: NORMAL.		

PRUEBAS SENSORIALES

ESTEREOPSIS (PERCEPCION DE PROFUNDIDAD) SEGUNDOS DE ARCO	40 SEGUNDOS DE ARCO

QUERATOMETRIA

OJO DERECHO	NA	**OJO IZQUIERDO**	NA

REFRACCION

DISTANCIA PUPILAR	NA

RETINOSCOPIA

OJO DERECHO	N	**OJO IZQUIERDO**	N
AVL OD	20/20	**AVL OI**	20/20
ADD OD	+1.25	**ADD OI**	+1.25
AVP OD	0.5M	**AVP OI**	0.5M

SUBJETIVO Y AFINACIONES

OJO DERECHO	N	**OJO IZQUIERDO**	N
AVL OD	20/20	**AVL OI**	20/20
ADD OD	+1.25	**ADD OI**	+1.25
AVP OD	0.5M	**AVP OI**	0.5M

PRESCRIPCION FINAL

OJO DERECHO	N	**OJO IZQUIERDO**	N
AVL OD	20/20	**AVL OI**	20/20
ADD OD	+1.25	**ADD OI**	+1.25
AVP OD	0.5M	**AVP OI**	0.5M

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	H524: Presbicia	**DIAGNOSTICO 1**	
DIAGNOSTICO 2		**DIAGNOSTICO 3**	
IMPRESION DIAGNOSTICA	Su capacidad visual actual es insuficiente y requiere corrección		

OBSERVACIONES DE LA PRESCRIPCION OPTICA

CORRECCION OPTICA		**REQUIERE CORRECCION OPTICA PERSONAL**	VISION PROXIMA
REQUIERE CORRECCION OPTICA DE SEGURIDAD	VISION PROXIMA	**USO DE FILTRO**	
SE ENTREGA FORMULA DE CORRECCION OPTICA			

EXAMENES PARACLINICOS

PARACLINICOS

CONCEPTO	SU CAPACIDAD VISUAL ACTUAL ES INSUFICIENTE Y REQUIERE CORRECCIÓN

RECOMENDACIONES

REMISION

OFTALMOLOGIA		**OBSERVACIONES**	
CONTACTOLOGÍA		**OBSERVACIONES**	
ORTÓPTICA		**OBSERVACIONES**	
OTROS		**OBSERVACIONES**	

GENERALES

USO DE CORRECCIÓN OPTICA	SI	**OBSERVACIONES**	RX USO SOLO CERCA.
LUBRICANTE OCULAR	SI	**OBSERVACIONES**	
CONTROL ANUAL	SI	**OBSERVACIONES**	
TRATAMIENTO OPTICO		**OBSERVACIONES**	
HIGIENE PALPEBRAL		**OBSERVACIONES**	
SE REQUIERE NUEVA VALORACION OPTOMETRICA CONFIRMATORIA		**OBSERVACIONES**	
SE REQUIERE NUEVA VALORACION OPTOMETRICA CON CORRECCION OPTICA ACTUALIZADA O EN USO		**OBSERVACIONES**	
SE REQUIERE VALORACION ESPECIALIZADA DE PERCEPCION CROMATICA		**OBSERVACIONES**	
SE REQUIERE NUEVA VALORACION OPTOMETRICA CON CONCEPTO Y RESULTADOS DEL ESPECIALISTA		**OBSERVACIONES**	
OTROS		**OBSERVACIONES**	

OCUPACIONALES

ERGONOMIA VISUAL		**OBSERVACIONES**	
PAUSAS ACTIVAS OCULARES		**OBSERVACIONES**	
PROTECCION ULTRAVIOLETA		**OBSERVACIONES**	
USO DE MONTURA DE SEGURIDAD	SI	**OBSERVACIONES**	
CORRECCION OPTICA	SI	**OBSERVACIONES**	RX USO SOLO CERCA.

CONTROLES

MENSUAL		**BIMENSUAL**	
TRIMESTRAL		**SEMESTRAL**	

HISTORIA CLINICA OPTOMETRIA

Fecha Atención :
2024-12-03 09:43:35

Fecha impresión :
2024-12-03 03:58:11

ANUAL	SI	

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:
Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud.





DANIEL ALFONSO BECERRA SABOGAL
1143850513
RM: RETHUS Nro. 1143850513 del 20/11/2017
Firma y sello del médico evaluador

YAMIR JOSE MARROQUIN SANCHEZ
Documento: CC 6645933
Firma del trabajador

HISTORIA CLINICA

Fecha Atención :
2024-12-02 09:44:02

Fecha impresión :
2024-12-03 03:58:02

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos:	YAMIR JOSE MARROQUIN SANCHEZ		
Identificación:	CC	**Número:**	6645933
Fecha de Nacimiento:	1980-01-31	**Edad:**	44
Género:	M	**Identidad de Género:**	MASCULINO
RH:	B +	**Ciudad - Sede:**	PALMIRA
Estado civil:	UNIÓN LIBRE	**Escolaridad:**	TECNICO
Estrato:	2	**Ciudad:**	EL CERRITO
Dirección:	EL POMO	**Teléfono:**	3174115601
EPS:	EPS SALUD TOTAL SA	**ARL:**	NO REFIERE
AFP:	COLFONDOS		
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:	CLIENTE PARTICULAR	**Cargo:**	CONTRATISTA
Sede:	1. PALMIRA		

TIPO EXAMEN: PREINGRESO

ENFASIS: CARDIOVASCULAR,OSTEOMUSCULAR

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

TIPO EXAMEN

CIUDAD DE ATENCIÓN	PALMIRA		

DATOS EMPRESA

EMPRESA CONTRATANTE		**EMPRESA USUARIA**	
CARGO		**PROFESION U OCUPACION**	LIDER COMUNITARIO
FECHA INGRESO			

RESULTADOS

Concepto	EL PACIENTE YAMIR JOSE MARROQUIN SANCHEZ DE 44 AÑOS DE ACUERDO A LA PRUEBA 16 PF QUE SE LE APLICO SE IDENTIFICAN RECURSOS APTITUDINALES Y ACTITUDINALES LOS CUALES SON ACORDES PARA EL CARGO QUE SE POSTULA. SE RECOMIENDA INDUCCIÓN CON ÉNFASIS EN RIESGOS LABORALES Y PSICOSOCIALES, VINCULAR A PROGRAMA DE CAPACITACIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS TALES COMO: PLANEACIÓN Y ORGANIZACIÓN, GESTIÓN DEL TIEMPO, CAPACIDAD DE NEGOCIACIÓN, GESTIÓN DEL ESTRÉS; ASIMISMO COMPETENCIAS HUMANAS; INTELIGENCIA EMOCIONAL, RESILIENCIA Y COMPROMISO, REALIZACIÓN DE PAUSAS ACTIVAS. AMPLIACION EN ANEXOS COMO CONCLUSIÓN, SE EMITE EL CONCEPTO DE APTO CON OBSERVACIONES PARA EL EJERCICIO Y/O TAREA DE LIDER COMUNITARIO. REQUIERE ESTABLECIMIENTO DE RESPONSABILIDADES Y FUNCIONES CLARAS, PUEDE SER INCONSTANTE Y REQUIERE FORTALECIMIENTO DE COMPROMISO

ADJUNTOS

OBSERVACIONES ADJUNTO 1	COMO CONCLUSIÓN, SE EMITE EL CONCEPTO DE APTO CON OBSERVACIONES PARA EL EJERCICIO Y/O TAREA DE LIDER COMUNITARIO. REQUIERE ESTABLECIMIENTO DE RESPONSABILIDADES Y FUNCIONES CLARAS, PUEDE SER INCONSTANTE Y REQUIERE FORTALECIMIENTO DE COMPROMISO	**OBSERVACIONES ADJUNTO 2**	
OBSERVACIONES ADJUNTO 3		**OBSERVACIONES ADJUNTO 4**	
OBSERVACIONES ADJUNTO 5		**OBSERVACIONES ADJUNTO 6**	
OBSERVACIONES ADJUNTO 7		**OBSERVACIONES ADJUNTO 8**	
OBSERVACIONES ADJUNTO 9		**OBSERVACIONES ADJUNTO 10**	

EXAMENES PARACLINICOS

PARACLINICOS

CONCEPTO	NORMAL

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:
Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud.

HISTORIA CLINICA

Fecha Atención :
2024-12-02 09:44:02

Fecha impresión :
2024-12-03 03:58:02





EDUAR ANTONIO HENAO ZAMORA
18371684
RM: RETHUS Nro. 18371684 del 20/03/2015, Licencia SST - Resolución Nro. 63-3534 del 17/05/2022
Firma y sello del médico evaluador

YAMIR JOSE MARROQUIN SANCHEZ
Documento: CC 6645933
Firma del trabajador

INFORME PRUEBA 16PF

DATOS GENERALES

Nombre:	YAMIR JOSE MARROQUIN SANCHEZ
Edad:	44 AÑOS
Cargo:	**LIDER COMUNITARIO**
Fecha de evaluación:	02/12/2024

Resultados

De acuerdo a la aplicación del test 16PF se obtuvieron los siguientes resultados:

Competencias intelectuales

Es muy poco creativo. Indeciso de tomar riesgos. Tiene poco sentido del humor. Su falta de alegría y capacidad de conversación, le resta aceptación en sus subalternos. Suele ser responsable y tomar muy en serio su trabajo. En general, se concentra en la tarea. Posee gran habilidad para atender varios frentes de trabajo, con un mínimo de errores. Competente en labores que exijan buena memoria y que requieran observar y recordar detalles irrelevantes. Se adapta con facilidad a la rutina

Competencias emocionales

Presenta tendencias de neuroticismo. En general, Tiene un alto sentido de la obligación, es sensible a la aprobación o desaprobación de los demás.

Competencias sociales

Tiende a participar poco en su ambiente y tiene poco contacto social. Es una persona notoriamente introvertida. Actúa siguiendo las normas y guías externas. Depende de modelos convencionales. Es dependiente en su pensamiento y en el modo de comportarse. Suele ser poco exigente; se acomoda a los deseos de los demás. En sus relaciones interpersonales, se orienta a evitar el conflicto, lo que con frecuencia se acompaña de un esfuerzo por agradar y obtener aprobación. Poca tendencia a defender sus puntos de vista.

Prefiere mantenerse en lo que es fijo, predecible y seguro, por lo que evita sistemáticamente cualquier experiencia que pueda amenazar su timidez, como competencias y experiencias nuevas. Estos aspectos limitan su desempeño en trabajos que impliquen viajar con frecuencia, conocer nuevas personas y estar expuesto a aspectos impredecibles. Muy concentrado en su trabajo. Suele ser exitoso socialmente en su interacción con colegas y conocidos. Busca tener una imagen social correcta.

Competencias éticas

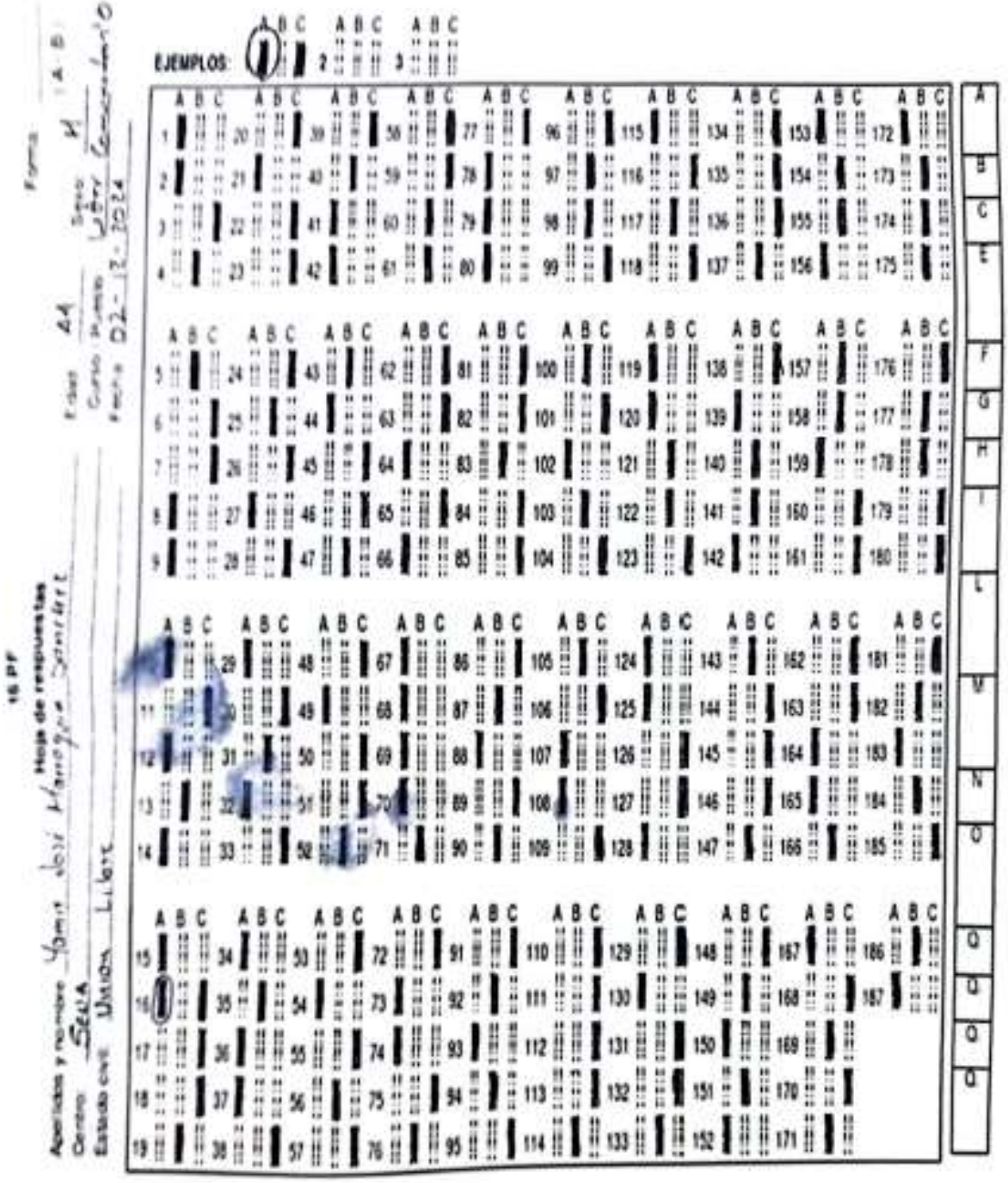
Puede ser poco perseverante. A veces presenta hábitos de trabajo poco eficientes. Es elocuente y diplomático en su conversación. Tiene en cuenta la etiqueta, tiene cuidado de no ofender.

De acuerdo a lo anterior, Aunque se identifican recursos aptitudinales, actitudinales los cuales son acordes para el cargo que se postula. Se recomienda inducción con énfasis en **riesgos laborales y psicosociales**, vincular a programa de capacitación para el fortalecimiento de competencias tales como: planeación y organización, gestión del tiempo, capacidad de negociación, gestión del estrés; asimismo competencias humanas; inteligencia emocional, resiliencia y compromiso, realización de pausas activas.

Como conclusión, se emite el concepto de **Apto con observaciones para** el ejercicio y/o tarea de **LIDER COMUNITARIO. Requiere establecimiento de responsabilidades y funciones claras, puede ser inconstante y requiere fortalecimiento de compromiso**



Firma del evaluador


16 PF
Hoja de respuestas
EJEMPLOS

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

Fecha impresión : 2024-12-03

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	YAMIR JOSE MARROQUIN SANCHEZ		
Identificación	CC	**Nro**	6645933
Fecha de Nacimiento	1980-01-31	**Edad**	44
Sexo	M	**Empresa**	CLIENTE PARTICULAR
Fecha cita	2024-12-02 07:34:10	**Sede**	1. PALMIRA
Direccion	CRA 26 # 32-124 B/ LA TRINIDAD		

PERFIL LIPIDICO

TITULO	RESULTADO
ASPECTO DEL SUERO	LIMPIO

COLESTEROL TOTAL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO COLESTEROL TOTAL	160	mg/dl	Deseable <200 Límite superior 201-239 Alto >240

TRIGLICERIDOS

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO TRIGLICERIDOS	174	mg/dl	Normal: < 150 Límite alto:151-199 Alto:200-499 Muy alto: > 500

LIPOPROTEINAS DE ALTA DENSIDAD HDL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO LIPOPROTEÍNAS DE ALTA DENSIDAD HDL	34	mg/dl	Bajo: < a 40 Normal: 41-59 Deseable: >= a 60

LIPOPROTEINAS DE BAJA DENSIDAD LDL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
LIPOPROTEINAS DE BAJA DENSIDAD LDL	91	mg/dl	Optimo: < a 100 Cercano a lo optimo: 100-129 Límte superior :130-159 Alto: 160-189 Muy alto : >= 190

LIPOPROTEINAS DE MUY BAJA DENSIDAD VLDL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
LIPOPROTEINAS DE MUY BAJA DENSIDAD VLDL	34	mg/dl	Normal: 12-40

INDICE ARTERIAL

TITULO	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA
INDICE ARTERIAL	4.7	1.0---5.0

EXAMENES PARACLINICOS

PARACLINICOS

TITULO	RESULTADO
CONCEPTO	NORMAL



BLANCA STELLA PUPIALES ROJAS
RETHUS Nro. 30292701 del 30/05/1989
Firma y sello del médico evaluador

HEMOGRAMA

HEMOGRAMA

SERIE LEUCOCITARIA

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
WBC	5.1	x10^3/uL	4.0 - 10.0
LYM#	1.7	x10^3/uL	0.6 - 4.1
LYM%	33.4	%	20.0 - 50.0
MID#	0.3	x10^3/uL	0.1 - 1.8
MID%	6.3	%	1.0 - 15.0
GRA#	3.1		2.0 - 7.8
UNIDAD DE MEDIDA GRA#	x10^3/uL		
GRA%	60.3	%	40.0 - 70.00

SERIE ERITROCITARIA

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

Fecha impresión : 2024-12-03

HEMOGRAMA

HGB	14.6	g/dL	11.0 - 16.5
HCT	45.5	%	30.0 - 50.0
MCH	29	pg	32.0 - 36.0
MCHC	32	g/dL	32.0 - 36.0
RDW-CV	12.4	%	10 - 15
RDW-SD	38.4	fL	35 - 56
RBC	5.01	fL	80.0 - 99.0
UNIDAD DE MEDIDA RBC	x10^6/ uL		
VALOR DE REFERENCIA RBC	3.8 - 5.8		
MCV	90.7		

SERIE PLAQUETARIA

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
PLT	226	x10^3/uL	100 - 400
MPV	9.5	fL	7.0 - 11.0
PCT	0.214	%	0.1 - 0.5
PDW	16.4		
P-LCR	24.1	%	13.0 - 43.00

EXAMENES PARACLINICOS

PARACLINICOS

TITULO	RESULTADO
CONCEPTO	NORMAL



BLANCA STELLA PUPIALES ROJAS
RETHUS Nro. 30292701 del 30/05/1989
Firma y sello del médico evaluador

PARCIAL DE ORINA

PARCIAL DE ORINA - UROANALISIS

TITULO	RESULTADO
ASPECTO	TRANSPARENTE
VALOR DE REFERENCIA	TRANSPARENTE
COLOR	AMARILLO
VALOR DE REFERENCIA	AMARILLO
DENSIDAD	1.020
VALOR DE REFERENCIA	1.005 -1.030
PH	6,0
VALOR DE REFERENCIA	5.0 - 7.0
LEUCOCITOS	NEGATIVOS
VALOR DE REFERENCIA	NEGATIVO
NITRITOS	NEGATIVOS
VALOR DE REFERENCIA	NEGATIVO
UROBILINOGENO	NORMAL (3.5 mg/dL)
VALOR DE REFERENCIA	NORMAL
PROTEINAS	NEGATIVA
VALOR DE REFERENCIA	NEGATIVO
SANGRE	NEGATIVA
VALOR DE REFERENCIA	NEGATIVO
CETONAS	NEGATIVA
VALOR DE REFERENCIA	NEGATIVO
BILIRRUBINA	NEGATIVA
VALOR DE REFERENCIA	NEGATIVO
GLUCOSA	NEGATIVA
VALOR DE REFERENCIA	NEGATIVO

EXAMEN MICROSCOPICO DE SEDIMENTO URINARIO

TITULO	RESULTADO
VALOR DE REFERENCIA	1 - 3 x CAMPO
LEUCOCITOS	0-2
VALOR DE REFERENCIA	2 - 4 x CAMPO
CELULAS EPITELIALES BAJAS	AUSENTES
VALOR DE REFERENCIA	ESCASAS
VALOR DE REFERENCIA	ESCASAS
BACTERIAS	AUSENTES
VALOR DE REFERENCIA	NO SE OBSERVAN - ESCASAS

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

Fecha impresión : 2024-12-03

PARCIAL DE ORINA

VALOR DE REFERENCIA	NO SE OBSERVAN - ESCASAS

EXAMENES PARACLINICOS

PARACLINICOS

TITULO	**RESULTADO**
CONCEPTO	NORMAL



BLANCA STELLA PUPIALES ROJAS
RETHUS Nro. 30292701 del 30/05/1989
Firma y sello del médico evaluador

GLICEMIA SIMPLE

GLUCOSA EN SUERO

TITULO	**RESULTADO**	**UNIDAD DE MEDIDA**	**VALOR DE REFERENCIA**
GLUCOSA EN SUERO	87	mg/dl	70-110

EXAMENES PARACLINICOS

PARACLINICOS

TITULO	**RESULTADO**
CONCEPTO	NORMAL



BLANCA STELLA PUPIALES ROJAS
RETHUS Nro. 30292701 del 30/05/1989
Firma y sello del médico evaluador

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) YAMIR JOSE MARROQUIN SANCHEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 6645933 el día 19/12/2024 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

	Versión: 05
	Código: GTH- F- 074

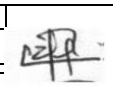
Proceso Gestión de Talento Humano

Formato Entrega de Bienes e Información de Ejecución Contractual por el Contratista

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA: YAMIR JOSE MARROQUIN SANCHEZ						**IDENTIFICACIÓN**
CIUDAD	CALI	**FECHA**	**31 DE DICIEMBRE**	**REGIONAL**	**VALLE**	**6,645,933**
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:			**REGIONAL VALLE**			
NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO:	**CO1.PCCNTR.7129150** (11/12/2024)					

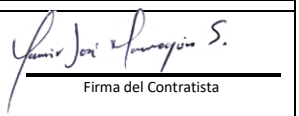
CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO	**X**	**CESIÓN**		**LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO**		**TERMINACIÓN UNILATERAL**	

DEPENDENCIA SENA	**Marcar con x**	**RESPONSABLES**	
		NOMBRES Y APELLIDOS	**FIRMA**
GESTIÓN DE TIC		**Carlos Molina**	
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS		**Juan Bautista Londoño Pineda**	
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL	X	**Juan Bautista Londoño Pineda**	
ALMACÉN E INVENTARIOS	X	**Generar reporte de https://miinventario.sena.edu.co/Inicio.aspx y anexar al formato, garantizando que no tiene elementos a su cargo.**	
SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio; Contratación)		**N/A**	
CONTABILIDAD		**N/A**	
TESORERIA		**N/A**	
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ ACADEMICA		**N/A**	
BIBLIOTECA	X	**Miguel Parra**	
OTRO		**N/A**	
OTRO	x	**Juan Bautista Londoño Pineda**	
SUPERVISOR DE CONTRATO	X	**Juan Bautista Londoño Pineda**	

ELEMENTOS FALTANTES U OBLIGACIONES PENDIENTES (Relacionar con su respectivo valor)

OTROS : _____



Firma del Contratista

De acuerdo con los registros del Sistema para la Administración y Control de Bienes SACB, el Sr(a) MARROQUIN SANCHEZ YAMIR JOSE identificado(a) con CC. 6645933 NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 19 de Diciembre de 2024 a las 22:04:12

El cuentadante responde administrativa y fiscalmente por los bienes aquí relacionados y rendirá cuentas de su utilización. Todo ello según lo dispuesto sobre este particular en la Constitución Política Nacional Art. 124 y en especial lo establecido en los numerales 21 y 22 del Art. 34 de la Ley 734 de 2002; Resolución 1378 de 2018 y en las obligaciones generales de los Contratos de Prestación de Servicios.