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 CUNDINAMARCA

CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL Y EMPRESARIAL-CUNDINMARCA

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

Código Regional	**25**
Código Centro	**950910**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**70781-933145**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	EDWIN SIMON HERRERA GONZALEZ	**Banco a consignar:**	BANCO BBVA
Cédula de Ciudadanía	11.523.191	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	edherrera@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	816020275
IP/Nº de contacto:	3113836930	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	SI
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2024**	SI

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a $65.891.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a $164.336.700 (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:	7456406/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**21125**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: REGULAR FIC-INSTALACION DE SISTEMAS ELECTRICOS RESIDENCIALES Y COMERCIALES . PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES, TECNÓLOGO Y/O TÉCNICO PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN DEL NIVEL TÉCNICO Y/O TECNÓLOGICO DEL PROGRAMA FI

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**11/02/2025 Al 28/02/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 47.834.913
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 47.834.913
Valor Bruto Pago:	**$ 2.913.023,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 44.921.890

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.913.023	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 2.913.023**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.661.921**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9479828502**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.423.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 178.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 227.800	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	V	$ -	$ 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		$ 291.302	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 36.062.775	$ 554.000	
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	1.661.921,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.507.223,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299 - VILLETA	20.058,00	0,800%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
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	**$2.892.965,00**	

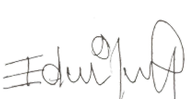
SON: DOS MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1. inducción ficha 3143442 - INSTALACION DE SISTEMAS ELECTRICOS RESIDENCIALES Y COMERCIALES Municipio de Guaduas
2. terminacion etapa lectiva ficha 2929647 tecnico sistemas teleinformaticos - juicios evaluativos ok
3. se asiste a la reunión programada por el coordinador academico de la zona
4. El suscrito supervisor certifica que el contratista cumplió con la planeación contemplada para el periodo fijo correspondiente a febrero 2025 y se reportan 112 Hrs
5. se cumple con los lineamientos establecidos por el centro de formación CDAE, en las actividades programadas

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



EDWIN SIMON HERRERA GONZALEZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

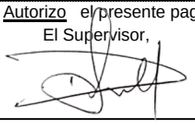
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

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,



HERNANDO DANIEL GONZALEZ ARTEAGA
INSTRUCTOR G13

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
DAVID ERNESTO AVILA CUBILLOS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) EDWIN SIMON HERRERA GONZALEZ identificado(a) con CC 11523191 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**01/11/2016**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**E.S.E. HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 17 días del mes de febrero del año 2025.

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

Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **HERRERA GONZALEZ EDWIN SIMON** identificado(a) con **CC** número **11.523.191** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de junio de 2003 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 17 de febrero de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2025021715181

CERTIFICADO DE NO UTILIZACION DE COSTOS Y DEDUCCIONES ASOCIADOS A RENTAS DE TRABAJO

(Inciso 1 del Parágrafo 2 del Artículo 383 del E.T., modificado por el artículo 8 de la Ley 2277 de 2022 - Numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016 modificados por los artículos 9 y 11 del Decreto 2231 de 2023)

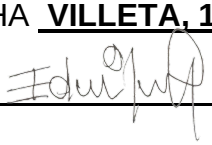
Yo, EDWIN SIMON HERRERA G con documento de identificación No. **11523191**

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO
QUE:

Estoy vinculado al Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, hasta el 10 de Diciembre de 2025 mediante contrato por prestación de servicios y para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente de que trata el artículo 383 del Estatuto tributario a las renta de trabajo, informo que no hare uso de costos y deducciones asociadas a los pagos o abonos en cuenta por concepto de HONORARIOS; o por compensaciones por SERVICIOS PERSONALES originados en el contrato suscrito con la entidad (Parágrafo 4 del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016).

Por lo anterior, solicito que al momento de la depuración de la base de la retención en la fuente sea tenida en cuenta la exención prevista en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario. Toda vez que cumplo con las previsiones del numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto 1625 de 2016 modificado por el artículo 9 del Decreto 2231 de 2023.

CIUDAD Y FECHA **VILLETA, 17 de febrero de 2025**

FIRMA 

ORGANISMO: **SENA – CDAE VILLLETA**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 11523191		HERRERA GONZALEZ EDWIN SIMON	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 5B sur 11-32	GUADUAS-CUNDINAMARCA	7046639	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1251321351	9479828502	I	2025/02/21	2025/02/07	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$413,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Ciudad: GUADUAS Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
1	CC 11523191	HERRERA EDWIN	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS037	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,423,500	$7,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 11523191		HERRERA GONZALEZ EDWIN SIMON	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 5B sur 11-32	GUADUAS-CUNDINAMARCA	7046639	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1251321351	9479828502	I	2025/02/21	2025/02/07	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$413,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$0	$0	$7,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$7,500	$0	$0	$7,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$413,300	$0	$0	$413,300

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14973880895

(415)7707212489984(8020) 000001497388089 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 5 2 3 1 9 1	3	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

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

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Cundinamarca 2 5	Pacho 5 1 3

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
HERRERA	GONZALEZ	EDWIN	SIMON

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 167 62 55 CA 34 CON ATICOS DE MONTE REY II

42. Correo electrónico: edwsimon@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	6 0 1 7 0 4 6 6 3 9	3 1 1 3 8 3 6 9 3 0

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
8 5 4 2	2 0 1 0 0 1 2 0	6 2 0 2	2 0 2 0 1 1 0 3	8 5 2 3		

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

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

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 HERRERA GONZALEZ EDWIN SIMON

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

METVIDA IPS

Nit. 901252350-2
Cel. 310 783 8541 Tel. 7460162- 7561476
A.C 161 No 17-32 Piso 3 Barrio Orquídeas
metvidaips@gmail.com
Bogotá - Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 198-2023

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
04 DÍA	01 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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)

HERRERA GONZALEZ EDWIN SIMON	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	42 AÑOS 4 MESES 10 DÍAS	CC	11523191
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INSTRUCTOR ELECTRÓNICA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON RECOMENDACIONES*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOSMUSCULAR	✓	CUADRO HEMATICO	✓
AUDIOMETRIA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
OPTOMETRIA	✓	TRIGLICERIDOS	✓
GLICEMIA	✓	EXAMEN PSICOSENSOMETRICO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
VALORACIÓN POR EPS : CONTROL EN 3 MESES POR MEDICINA GENERAL CON PERFIL LIPIDICO DE SEGUIMIENTO	CAPACITACIÓN : DAR INDUCCION EN FUNCIONES PROPIAS DEL CARGO. CAPACITAR EN HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO : BAJAR DE PESO CORPORAL
	OTROS : INCLUIR EN LAS CHARLAS DE IDENTIFICACION DE PELIGROS Y CONTROL DE RIESGOS LABORALES	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA : MINIMO 30 MINUTOS DIARIOS
		DIETA BALANCEADA : BAJA EN GRASAS, HARINAS Y AZUCARES ARTIFICIALES. RICA EN FRUTAS Y VERDURAS.

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EXAMEN OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACIONES, OPTOMETRIA, AUDIOMETRIA Y EXAMEN PSICOSENSOMETRICO DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES. REPORTE DE LABORATORIOS: GLICEMIA Y CUADRO HEMATICO NORMALES. COLESTEROL TOTAL Y TRIGLICERIDOS ALTERADOS PERO NO LO RESTRINGEN PARA EL CARGO. PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO DE INSTRUCTOR DE ELECTRÓNICA CON RECOMENDACIONES. CONTROL MEDICO OCUPACIONAL ANUAL.

Médico

Dra. Patricia Roa B. MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL LIC. 2017/2015

Firma:

Nombre: ROA BATISTA PATRICIA DEL CARMEN

R. M.: 13012731 **L.S.O.:** 4011/2015

Código de Seguridad
F600L1R487

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: HERRERA GONZALEZ EDWIN SIMON

CC: 11523191

Laboratorio Clínico
DRA. NILDA LUZ GUZMAN CARRANZA
Bacterióloga y Laboratorista Clínica - T.P. 36677986 – Res. 5670 de 2005.

Nombre: EDWIN SIMON HERRERA GONZALEZ Fecha: ENERO 04 DEL 2023

Identificación: CC: 11.523.191 Edad: 42 AÑOS

CUADRO HEMATICO			
EXAMEN	**RESULTADO**	**UNIDADES**	**VALORES DE REFERENCIA**
RECUENTO GLOBULOS BLANCOS	5.5	x 10^3/uL	5,0 – 10.0
RECUENTO GLOBULOS ROJOS	4.3	x 10^6/uL	3.5 – 5.8
HEMOGLOBINA	16.5	g/Dl	12.0 – 17.5
HEMATOCRITO	50	%	37.0 – 53
PLAQUETAS	188	x 10^3/uL	150 – 400
LINFOCITOS	38	%	20.0 – 40.0
MONOCITOS	2	%	2.0 – 10.0
NEUTROFILOS	60	%	50.0 – 70.0
EOSINOFILOS	0	%	0.0 – 5.0

AREA QUIMICA CLINICA				
EXAMEN	**VALOR**	**UNIDADES**	**VALOR DE REFERENCIA**	**UNIDADES**
COLESTEROL TOTAL	*220	mg/dl	Hasta 200	mg/dl
TRIGLICÉRIDOS	*180	mg/dl	Menor de 150	mg/dl
GLICEMIA BASAL	88	mg/dl	70 - 100	mg/dl

*CONFIRMADO

UROANALISIS				
EXAMEN	**VALOR**		**EXAMEN**	**VALOR**
ASPECTO	TURBIO		**COLOR**	AMARILLO
DENSIDAD	1025		**BACTERIAS**	+
LEUCOCITOS	6 - 8		**HEMATIES**	0 - 2



NILDA LUZ GUZMAN CARRANZA
BACTERIOLOGA Y LABORATORISTA CLINICA, UDES
T.P. No 36.677.986

I.P.S. UNIDAD MÉDICA MILLÁN
NIT. 900.528.869-5
Calle 2 No 7- 07- Guaduas - Cundinamarca
Teléfonos 3138511519-3138299929
ipsunimedmillan@hotmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.348

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
25 DÍA	01 MES	2024 AÑO	GUADUAS (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Ciudad	**EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO**

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

DIGICOMS SAS	**DIGICOMS SAS**
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)

HERRERA GONZALEZ EDWIN SIMON	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	43 AÑOS 5 MESES 0 DÍAS	CC	11523191
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INGENIERO DE SOPORTE TECNICO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	**TIPO**	**RECOMENDACIONES**
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

OPTOMETRÍA	✓	AUDIOMETRIA	✓
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP : MASCARILLAS	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	NO ALZAR PESO MAYOR DE : 25 KILOS	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DEJAR Y/O REDUCIR BEBIDAS ALCOHOLICAS
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

OBSERVANCIA DE PROTOCOLOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

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	**Aspirante o Trabajador**
Firma: Dr. Alberto Gutiérrez Millán Especialista en Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo. LICENCIA SST 25-1683 Dr. Alberto Gutiérrez Millán Medico General U. Libre de Barranquilla Reg. 19116	**Firma:**
Nombre: GUTIERREZ MILLAN ALBERTO	**Nombre:** HERRERA GONZALEZ EDWIN SIMON
R. M.: 18116 **L.S.O.:** 25-1683	**CC:** 11523191

I.P.S. UNIDAD MÉDICA MILLÁN
NIT. 900.528.869-5
Calle 2 No 7- 07- Guaduas - Cundinamarca
Teléfonos 3138511519-3138299929
ipsunimedmillan@hotmail.com



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES — **Atención N°: 1519**

Fecha: 25/01/2024 **Ciudad:** GUADUAS (CUNDINAMARCA, COLOMBIA)

Tipo Exámen: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO **Eps:** NUEVA EPS

CC: 11523191 **Nombre:** HERRERA GONZALEZ EDWIN SIMON **Edad:** 43 AÑOS 5 M **Genero:** MASCULINO

Fecha Nacimiento: 25/08/1980 **Empresa:** DIGICOMS SAS **Ocupacion:** INGENIERO DE SOPORTE TECNICO

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
EXPERIENCIA TOTAL	INGENIERO DE SOPORTE TECNICO	NINGUNA	NO APLICA	20	0

ANTECEDENTES FAMILIARES

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

EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

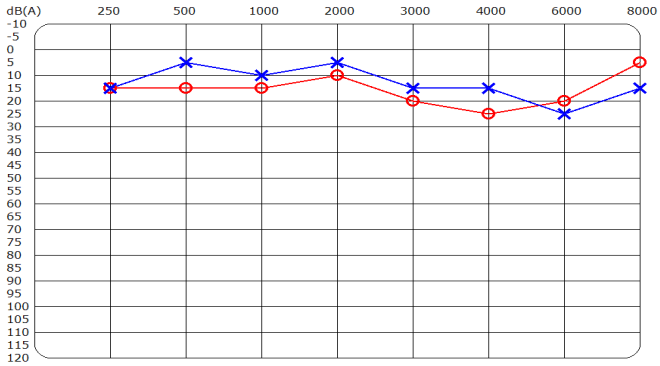
Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	EN SERVICIO CON EPA
MOTO	NO REFIERE	AUDÍFONOS	OCASIONAL
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	SI		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas) : 12 Hora(s) **Realizó re test:** NO **Uso Cabina Sonoamortiguada:** SI

Marca y Referencia audiometró utilizado: MAICO MA40 **F. Ultima Calibración:** 2022-02-10

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	15	15	15	10	20	25	20	5
VAOI	15	5	10	5	15	15	25	15

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	
USE PROTECCIÓN AUDITIVA	EN ZONAS DE EXPOSICION A RUIDO

Observaciones

CONTROL AUDIOLÓGICO ANUAL, USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA PERMANENTE DURANTE SU JORNADA LABORAL Y/O EXPOSICIÓN RUIDO, SEGUIR PAUTAS DE CONSERVACIÓN AUDITIVA, NO UTILIZAR AUDÍFONOS DE NINGUNA CLASE PARA ESCUCHAR MÚSICA

FONOAUDIÓLOGO

Firma:

Nombre: GARCIA BERNAL LEIDY KARINA

R. M.: 14-03134 **L.S.O.:** SST 25-1127 DE 2017

TRABAJADOR

Firma:

Nombre: HERRERA GONZALEZ EDWIN SIMON

CC 11523191

I.P.S. UNIDAD MÉDICA MILLÁN
NIT. 900.528.869-5
Calle 2 No 7- 07- Guaduas - Cundinamarca
Teléfonos 3138511519-3138299929
ipsunimedmillan@hotmail.com



EXAMEN DE OPTOMETRÍA

DATOS PERSONALES

Atención Nº: 1,555

Fecha: 25/01/2024 **Municipio:** GUADUAS (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) **CC:** 11523191 **Nombre:** HERRERA GONZALEZ EDWIN SIMON **Edad:** 43 AÑOS 5
Genero: MASCULINO **Profesión o Cargo:** INGENIERO DE SOPORTE TECNICO **Empresa:** DIGICOMS SAS
Eps: NUEVA EPS **Tipo Evaluación Medica:** EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO **F. Último Examen:** 04/02/2022
Lugar del Último Examen: GUADUAS **Motivo Consulta:** 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 APLICA	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/ 20	20	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	N/A	N/A	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: **ORTHO**

VISIÓN PROXIMA: **EXO**

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: **7CMS**

OFTALMOSCOPÍA

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

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

QUERATROMETRÍA

OJO IZQUIERDO: **K´ =**

OJO DERECHO: **K´ =**

REFRACCIÓN

OJO DERECHO

OJO IZQUIERDO

RX FINAL

OJO IZQUIERDO

OJO DERECHO

VISIÓN COLOR

OJO DERECHO: **NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **40SEG**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	AMBOS	COMÚN	3 - DIAGNÓSTICO CONFIRMADO REPETIDO

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

INCLUIR EN EL PVE VISUAL

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

OPTOMETRA



Firma:

Nombre: FETECUA VELASQUEZ WILLIAM MAURICIO

R. M.: 11348187 **L.S.O.:**

PACIENTE



Firma:

Nombre: HERRERA GONZALEZ EDWIN SIMON

CC: 11523191

I.P.S. UNIDAD MÉDICA MILLÁN
NIT. 900.528.869-5
Calle 2 No 7- 07- Guaduas - Cundinamarca
Teléfonos 3138511519-3138299929
ipsunimedmillan@hotmail.com



EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL

DATOS PERSONALES

Ciudad y Fecha: GUADUAS (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) 25/01/2024 - 08:55 A. M.
Tipo Evaluación Médica o Procedimiento: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO
Empresa Donde Labora, Laborará o Laboró: DIGICOMS SAS (COMUNICACIONES) **Actividad Económica:** COMUNICACIONES
CC: 11523191 **Nombre del Trabajador a Aspirante:** HERRERA GONZALEZ EDWIN SIMON **Genero:** MASCULINO **Edad:** 43 AÑOS 5
Estado Civil: UNIÓN LIBRE **Nivel Educativo:** UNIVERSITARIO **E.P.S:** NUEVA EPS **A.F.P:** PROTECCION **A.R.L:** SURA
Tipo de Sangre: A + **N° Hijos** 2 **Ingresos:** ENTRE 1 Y 2 SALARIOS MÍNIMOS **Jornada Laboral:** DIURNA **Area del Cargo:** ADMINISTRATIVA
Profesión o Cargo: INGENIERO DE SOPORTE TECNICO **Funciones del Cargo:**

Motivo Consulta

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

Elementos de Protección Personal (En la última labor o labor actual)

Casco [X] **Gorro** [ ] **Respirador** [ ] **Gafas** [ ] **Peto** [ ] **Bata** [ ] **Overol** [X] **Delantal de Plomo** [ ] **Ropa Térmica** [ ]

Auditivo [X] **Careta** [X] **Tapabocas** [X] **Guantes** [X] **Cinturon** [X] **Botas** [X] **Polainas** [ ] **Otro** [ ] **Cual**

Antecedentes de Exposición Laboral (El primero corresponde a la última labor o labor actual)

Nombre de la Empresa y/o Actividad Económica	Cargo	Factores de Riesgo (GTC-45)	Tiempo Exposición Años	Meses
EL SENA	INSTRUCTOR	FÍS, QUÍ, BIOMEC, SE	10	0

NO REFIERE ACCIDENTES LABORALES

NO REFIERE ENFERMEDADES LABORALES

ANTECEDENTES FAMILIARES

Enfermedad	Observación
ASMA	NO REFIERE
CÁNCER	MADRE TUBO CA DE PIEL DE LA CARA
DIABETES	NO REFIERE
ENFERMEDAD CORONARIA	NO REFIERE
ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR	NO REFIERE
HIPERTENSION ARTERIAL	NO REFIERE
COLAGENOSIS	NO REFIERE
PATOLOGÍAS TIROIDEAS	NO REFIERE
OTROS ¿CUÁLES?	

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedad	Observación
PATOLÓGICOS	NO REFIERE
QUIRÚRGICOS	VARICOCELECTOMIA - CIRUGIA OCULAR RADIAL QUERATOTOMIA
TRAUMÁTICOS	NO REFIERE
FARMACOLÓGICOS	NO REFIERE
ALÉRGICOS	NO REFIERE
PSIQUIATRICOS	NO REFIERE
FOBIAS	NO REFIERE
OTRO, DESCRÍBALO	HIPOGLICEMIA

Antecedentes Personales por Sistemas

Nombre del Sistema	Patológicos	Quirúrgicos	Traumáticos
BOCA	NIEGA	NIEGA	NIEGA
CABEZA	NIEGA	NIEGA	NIEGA
CUELLO	NIEGA	NIEGA	NIEGA
GARGANTA	NIEGA	NIEGA	NIEGA
NARIZ	NIEGA	NIEGA	NIEGA
OIDOS	NIEGA	NIEGA	NIEGA
OJOS	NIEGA	NIEGA	NIEGA
PIEL Y ANEXOS	NIEGA	NIEGA	NIEGA
PSIQUIÁTRICO	NIEGA	NIEGA	NIEGA
SISTEMA CIRCULATORIO	NIEGA	NIEGA	NIEGA
SISTEMA ENDOCRINO	NIEGA	NIEGA	NIEGA
SISTEMA GASTROINTESTINAL	NIEGA	NIEGA	NIEGA
SISTEMA GENITOURINARIO	NIEGA	NIEGA	NIEGA
SISTEMA NERVIOSO	NIEGA	NIEGA	NIEGA
SISTEMA OSTEOMUSCULAR	NIEGA	NIEGA	NIEGA
SISTEMA RESPIRATORIO	NIEGA	NIEGA	NIEGA

Observaciones Adicionales a los Antecedentes

NO APLICA

Revisión Por Sistemas

Nombre del Sistema	Hallazgo
CARDIOVASCULAR	ASINTOMÁTICO
DERMATOLOGICO	ASINTOMÁTICO
DIGESTIVO	ASINTOMÁTICO
GENITOURINARIO	ASINTOMÁTICO
MANIFIESTA TENER DEFORMIDADES AMPUTACIONES A NIVEL OSTEOMUSCULAR	NO
NEUROLOGICO	ASINTOMÁTICO
OBSERVACIONES	NO APLICA
OCULAR	ASINTOMÁTICO
OSTEOMUSCULAR	ASINTOMÁTICO
OTORRINOLARINGOLÓGICO	ASINTOMÁTICO
OTROS SISTEMAS	NO APLICA
PRESENTA EPILEPSIA O CONVULSIONES	NO
RESPIRATORIO	ASINTOMÁTICO

ACTIVIDAD FÍSICA

Habito	Observación	Refiere	Cant	Frecuencia
ACTIVIDADES MANUALES	NO APLICA	NO	0	HORAS A LA SEMANA
EJERCICIOS O DEPORTES	CICLISMO Y BALONCESTO	SI	10	HORAS A LA SEMANA
DEPORTES DE CHOQUE	NO APLICA	NO	0	HORAS A LA SEMANA
OFICIOS DOMÉSTICOS	NO APLICA	NO	0	HORAS A LA SEMANA

HÁBITOS TÓXICOS

Habito	Observación	Refiere	Cant	Frecuencia
CONSUMIDOR DE ALCOHOL	AÑOS DE CONSUMO	NO	0	NINGUNO
EX FUMADOR	AÑOS DE CONSUMO	NO	0	CONSUMO POR DÍA
FUMADOR ACTUAL	AÑOS DE CONSUMO	NO	0	CONSUMO POR DÍA
USA SUSTANCIA PSICOACTIVAS	¿CÚALES? AÑOS DE CONSUMO	NO	0	NINGUNO

Inmunizaciones Referidas

Vacuna	Fecha Ultima Dosis	Dosis
COVID 19 TIENE 3 DOSIS DE PFIZ	2021-2022	3
FIEBRE AMARILLA	2015	1
TÉTANOS	2021	1

Examen Fisico

Aspecto General

BUENAS CONDICIONES GENERALES

Signos Vitales

Tension Arterial: 120 / 80 **Frecuencia Cardiaca:** 88 x minuto **Frecuencia Respiratoria:** 22 x minuto **Pulsioximetría:** 98 %
Temperatura: 36.00 ºC **Lateralidad Dominante:** DIESTRO **Peso:** 78.00 kg **Talla:** 175 cm **IMC:** 25.47 - SOBREPESO
Biotipo: MEDIANO **Perimetro Abdominal:** 80cm **Interpretación:** NORMAL

Tegumentario

Organo	Hallazgo
CICATRICES	NINGUNA
PIEL Y FANERAS	NORMAL
TATUAJES	NO TIENE

Cabeza

Organo	Hallazgo
CRÁNEO	NORMOCÉFALO
CUERO CABELLUDO	NORMAL

Ojos

Organo	Hallazgo
ESTRABISMO	NO
HIPEREMIA CONJUNTIVAL	NO
PUPILAS	NORMORREACTIVA A LA LUZ
ESCLERAS COLOR	ANICTERICAS
EXAMEN EXTERNO	NORMAL AMBOS OJOS
FONDO DE OJO	NORMAL

Oídos

Organo	Hallazgo
PABELLÓN	NORMAL
TIMPANOS	NORMAL
EXAMEN EXTERNO	NORMAL
OTOSCOPIA	NORMAL

Nariz

Organo	Hallazgo
EPISTAXIS	NO PRESENTA
RINORREA	NO PRESENTA
TABIQUE	NORMAL
RINOSCOPIA	NORMAL

Boca

Organo	Hallazgo
DENTADURA	COMPLETA
LENGUA	EUTRÓFICA
MUCOSA ORAL	HÚMEDA

Cuello

Organo	Hallazgo
ADENOPATÍAS	NO
FARINGE	NORMAL
INGURGITACION YUGULAR	NO
MASAS	NO
MOVILIDAD	NORMAL
PALPACION	NORMAL

Tórax

Organo	Hallazgo
EXPANSIÓN TORÁCICA	SIMÉTRICA NORMAL
GANGLIOS AXILARES	NEGATIVO
INSPECCION	NORMAL
MAMAS Y PEZÓN	NORMALES

Cardio Pulmonar

Organo	Hallazgo
AUSCULTACIÓN PULMONAR	RUIDOS RESPIRATORIOS NORMALES SIN AGREGADOS
CARDIOVASCULAR	NORMAL
RUIDOS CARDIACOS	RITMICOS, BIEN TIMBRADOS, SIN SOPLOS

Abdomen

Organo	Hallazgo
AUSCULTACIÓN	RUIDOS INTESTINALES PRESENTES NORMALES
INSPECCIÓN	NORMAL
PALPACIÓN	BLANDO, NO DOLOROSO, NO MASAS, NO MEGALIAS

Genitales

Organo	Hallazgo
GENITALES EXTERNOS	NORMAL

Miembros Superiores

Organo	Hallazgo
MANIOBRA DE FINKELSTEIN	NEGATIVO
OTRA PRUEBA	NO APLICA
PINZAMIENTO SUBACROMIAL	NEGATIVO
PRUEBA DE PHALEN	NEGATIVO
PRUEBA DE PHALEN INVERSO	NEGATIVO
PRUEBA PARA EPICONDILITIS	NEGATIVO
PRUEBA PARA EPITROCLEITIS	NEGATIVO
SIGNO DE TINEL	NEGATIVO

Miembros Inferiores

Organo	Hallazgo
LESIONES VASCULARES	NO PRESENTA
OTRA PRUEBA	NO APLICA
REFLEJO AQUILIANO	NEGATIVO
RODILLAS LIGAMENTOS	NEGATIVO
RODILLAS PATELLA	NEGATIVO
TEST DE LASEGUE	NEGATIVO

Columna

Organo	Hallazgo
MASAS O ESPASMOS	NO

PRESENTA DOLOR	NO
INSPECCION	NORMAL
PRUEBA DE SCHOBER	NORMAL
ROTACIÓN	NORMAL
TEST DE WELLS	NORMAL
ALINEACIÓN	NORMAL
FLEXIÓN LATERAL	NORMAL

Postura / Simetría

Organo	Hallazgo
PRUEBA DE ELASTICIDAD	NORMAL
PRUEBA DE HIPEREXTENSIÓN	NEGATIVA
SIMETRÍA DE CADERA	NORMAL
SIMETRÍA DE HOMBROS	NORMAL
TROFISMO MUSCULAR	NORMAL

Neurológico

Organo	Hallazgo
FUERZA MUSCULAR	NORMAL
NISTAGMUS	NEGATIVO
PRUEBA DE UNTERBERGER	NEGATIVO
PRUEBA ÍNDICE NARÍZ	NORMAL
ROMBERG SENSIBILIZADO	NEGATIVO
SENSIBILIDAD	CONSERVADA NORMAL
TEST DE ROMBERG	NEGATIVO

Ampliación de los Hallazgos

NO APLICA

CONSULTAS REALIZADOS

Producto	Valor	Resultado
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO		NO APLICA
AUDIOMETRIA	N	NO APLICA

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

Producto	Valor	Resultado
OPTOMETRÍA	N	NO APLICA

Observaciones de los Exámenes Paraclínicos y/o Procedimientos Realizados en Ésta Atención

NO APLICA

Código	Diagnósticos	Origen	Tipo
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	LABORAL	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	LABORAL	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
Z100	EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL	LABORAL	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Ánalisis y Plan de Tratamiento

NO APLICA

Concepto Ocupacional	Observacion Concepto Ocupacional
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA	NO APLICA

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

SIN REQUISITOS DE SALUD

Restricciones Laborales	Tipo	Recomendaciones
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

SIN RESTRICCIONES LABORALES

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES	
FORTALECIMIENTO MUSCULAR	
CONTROL DE PESO	
ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
HACER DEPORTE	
DEJAR Y/O REDUCIR BEBIDAS ALCOHOLICAS	
DIETA BALANCEADA	

RECOMENDACIONES MÉDICAS

EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

USO DE EPP	MASCARILLAS
NO ALZAR PESO MAYOR DE	25 KILOS

Otras Observaciones y Recomendaciones

OBSERVANCIA DE PROTOCOLOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

ORDEN DE MEDICAMENTOS N° 0

Nombre del Medicamento	Posología	Cant	Fecha Creación
NO APLICA	NO APLICA	0	NO APLICA

ORDEN A SERVICIOS N° 0

Nombre del Servicio	Observaciones	Cant	Fecha Creación
NO APLICA	NO APLICA	0	NO APLICA

ORDEN DE REMISION A ESPECIALISTA N° 0

Nombre de la Especialidad	Motivo de la Remisión	Fecha Creación
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA

NO REFIERE EVOLUCIONES ESTA ATENCIÓN

MÉDICO



Firma:

Nombre: GUTIERREZ MILLAN ALBERTO

R. M.: 18116 **L.S.O.:** 25-1683

TRABAJADOR



Firma:

Nombre: HERRERA GONZALEZ EDWIN SIMON

CC: 11523191

Hace constar:

Que el Sr(a) EDWIN SIMON HERRERA GONZALEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 11523191 realizó el día 17/02/2025 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:

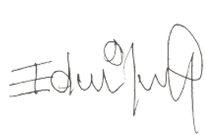
Yo EDWIN SIMON HERRERA GONZALEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 11523191 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

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 -

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) EDWIN SIMON HERRERA GONZALEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 11523191 el día 17/02/2025 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

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

BBVA
Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

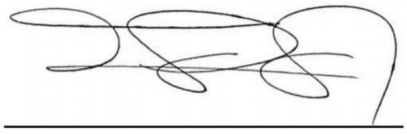
Que nuestro(a) cliente **EDWIN SIMON HERRERA GONZALEZ**, identificado(a) con **cédula ciudadanía número 11.523.191** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 816020275** aperturada el **19 de septiembre de 2014**, cuenta activa y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **17** días del mes de **febrero** del año **2025**.

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de números de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos: **0816020275**
Cuenta de 16 dígitos: **0816000200020275**
Cuenta de 20 dígitos: **00130816000200020275**

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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:
BOGOTA, D.C.	CHAPINERO	14	14-46-101134120	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
10	02	2025	10	02	2025	00:00	23	04	2026	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	HERRERA GONZALEZ EDWIN SIMON			IDENTIFICACIÓN:	C.C. :11,523,191
DIRECCIÓN:	CALLE 5B SUR N 11- 52	CIUDAD:	GUADUAS - CUNDINAMARCA	TELÉFONO:	3113836930

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:	CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL Y EMPRESARIAL SENA VILLETA REGIONAL CUNDINAMARCA			IDENTIFICACIÓN:	NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN:	CALLE 2 13-03	CIUDAD:	VILLETA - CUNDINAMARCA	TELÉFONO:	5461500
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.7456406 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: REGULAR FIC-INSTALACION DE SISTEMAS ELECTRICOS RESIDENCIALES Y COMERCIALES . PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES, TECNÓLOGO Y/O TÉCNICO PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN DEL NIVEL TÉCNICO Y/O TECNÓLOGICO DEL PROGRAMA FIC, ATENDIENDO LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE, DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES, LA PROGRAMACIÓN ESTABLECIDA Y LOS PRODUCTOS DE FORMACIÓN PACTADOS DEL CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL Y EMPRESARIAL - REGIONAL CUNDINAMARCA.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	10/02/2025	23/04/2026	$ 4,783,491.30

ACLARACIONES:

VALOR PRIMA NETA:	GASTOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
$ 22,908.34	$ 8,000.00	$ 5,872.58	$ 36,780.92	$ 4,783,491.30	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
MARTHA ALICIA OLAYA CAMPOS	143291	100,00			

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

PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CRA. 7 NO. 57 -67 - TELÉFONO: 2172417 - BOGOTA, D.C.

14-46-101134120

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

NO EFECTUAR RETENCIÓN EN LA FUENTE POR NINGUN CONCEPTO * RESPONSABLE IVA

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. 14-46-101134120, 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 BOGOTA, D.C., a los 10 días del mes de Febrero de 2025



FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

Hace constar que: **RECIBO DE PAGO N°:** 14461011341200

FECHA	
CONTADO	

RECIBIMOS DE: HERRERA GONZALEZ EDWIN SIMON C.C. C.C. :11,523,191

LA SUMA DE: TREINTA Y SEIS MIL SETECIENTOS OCHENTA CON NOVENTA Y DOS CENTAVOS PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 14-46-101134120

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
CHAPINERO - CU. ESTATAL - 101134120 - 0 - 0	$ 22,908.34	$ 8,000.00	$ 5,872.58	$ 36,780.92

FORMA DE PAGO

	EFECTIVO:	$ 36,780.92
	CHEQUE:	$ 0.00
	TARJETA:	$ 0.00
	BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO: MARTHA ALICIA OLAYA CAMPOS - 143291	**OTROS:**	$ 0.00
	TOTAL:	$ 36,780.92
	CAJERO: RAPIESTADO	

ORIGINAL

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

Hace constar que: **RECIBO DE PAGO N°:** 14461011341200

FECHA	
CONTADO	

RECIBIMOS DE: HERRERA GONZALEZ EDWIN SIMON C.C. C.C. :11,523,191

LA SUMA DE: TREINTA Y SEIS MIL SETECIENTOS OCHENTA CON NOVENTA Y DOS CENTAVOS PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 14-46-101134120

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
CHAPINERO - CU. ESTATAL - 101134120 - 0 - 0	$ 22,908.34	$ 8,000.00	$ 5,872.58	$ 36,780.92

FORMA DE PAGO

	EFECTIVO:	$ 36,780.92
	CHEQUE:	$ 0.00
	TARJETA:	$ 0.00
	BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO: MARTHA ALICIA OLAYA CAMPOS - 143291	**OTROS:**	$ 0.00
	TOTAL:	$ 36,780.92
	CAJERO: RAPIESTADO	

COPIA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

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

PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.14-46-101134120

1. AMPAROS.

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

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

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

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

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

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

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

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

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

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

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

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

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

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

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

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

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

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

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

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

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

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

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

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

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

2. EXCLUSIONES.

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

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

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

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

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

3. SUMA ASEGURADA.

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

4. VIGENCIA.

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

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

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

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

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

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

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

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

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

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

6. COMPENSACIÓN.

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

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

8. PLAZO PARA EL PAGO.

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

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

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

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

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

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

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

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

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

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

13. COASEGURO

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 09/02/2025

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	899999034	**Cédula Usuario:**	CC 52655290
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:	5461500		**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 52655290	MONICA PAOLA OBANDO RAMOS

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	211	10/02/2025	CC 11523191	HERRERA GONZALEZ EDWIN	5	6.960	**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.

2278C6502A0F6BDEAD00111485E5F0AF

Certificado impreso el día 2/9/2025 9:17:12 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

EDWIN SIMON
HERRERA GONZALEZ
11523191

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
899999034

Este carné es personal e intransferible.

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 17 de febrero de 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

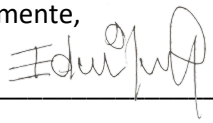
T.I.	**1048710680**	**ALHAN SIMON HERRERA SANDOVAL**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente, con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.
Cordialmente,



_____
FIRMA
Nombre: ***EDWIN SIMON HERRERA GONZALEZ***
C.C. ***11.523.191***

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1.048.710.680

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 44102244

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** D 1 T

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE CAMPOHERMOSO - COLOMBIA - BOYACA - CAMPOHERMOSO....

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
HERRERA	SANDOVAL

Nombre(s)

ALHAN SIMON

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2012 Mes DIC Día 09	MASCULINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA BOYACA MIRAFLORES

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
PRESENTACION PERSONAL Y FIRMA DEL FOLIO	

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

SANDOVAL BARRERA YUDY ISABEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 23.399.938	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

HERRERA GONZALEZ EDWIN SIMON

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 11.523.191	COLOMBIA

Adhesivo Copia Registro Civil 1098755774

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

HERRERA GONZALEZ EDWIN SIMON

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 11.523.191	

Datos Primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2013 Mes FEB Día 01	IBETH MARCELA NOVOA BACCA - REGIS Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

01.FEB.2013 - SERIAL REEMPLAZA A - 0044102233 - 14.ENE.2013.
RECONOCIMIENTO PATERNO O MATERNO - LIBRO VARIOS FOLIO 39.

CAMPOHERMOSO - BOYACA 01-02-2013
IBETH MARCELA NOVOA BACCA
REGISTRADORA DEL ESTADO CIVIL

IMPRESO POR DANARANJO S.A NIT. 860.013.711-5 10758 02-2009

ESPACIO PARA LA OFICINA DE REGISTRO