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 QUINDÍO

CENTRO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO-QUINDIO

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

Código Regional	**63**
Código Centro	**953810**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**78124-489060**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	VICTOR HUGO MEDINA LOAIZA	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	9.774.544	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	vmedina@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	86755266746
IP/Nº de contacto:	62711	**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:	7288378/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**10825**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestación de servicios para Orientar Formación Profesional Integral Titulada y/o Complementaria en la modalidad presencial y/o virtual, de acuerdo con los modelos formativos que hayan sido establecidos por el SENA y los programas de formación ofertados por el Centro de Comercio y Turismo Regional Quindío, atendiendo las políticas institucionales y la normativa vigente.

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**10/02/2025 Al 28/02/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 48.141.548
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 48.141.548
Valor Bruto Pago:	**$ 3.219.657,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 44.921.891

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.219.657	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	**$ 3.219.657**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.863.391**	**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		----------	**7961523677**
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 I		$ 7.500	$ 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		$ 321.966	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 36.062.775	$ 621.000	
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	1.863.391,00	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	15%
Reteica - 8299	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	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%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$3.219.657,00**	

SON: TRES MILLONES DOSCIENTOS DIECINUEVE MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación profesional integral en el programa de competencias básicas en la formación titulada virtual en las fichas asociaci
Se realiza el alistamiento del perfil del instructor en la plataforma virtual Zajuna tal y como lo enuncia las lineamientos.
Se realizó la calificacion de las actividades “diagrama de flujo en la ficha de Analisis y desarrollo de Software 2834917”
Se acataron los lineamientos del Sistema Integrado de Gestión y el Sistema de Seguridad de Salud en el Trabajo realizando la inducción
Se compartio la oferta virtual del centro de formación
A la fecha la certificación por competencias: “orientar formación presencial y/o virtual de acuerdo con procedimientos técnicos y norm
Se Permanece identificado con el carné dentro de las instalaciones del SENA y en las Instituciones Educativas donde se
Se realizo la actualización de los documentos en la plataforma SISGE.
LAs demás obligaciones se veran reflejadas en el desarrollo del periodo contractual.

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

VICTOR HUGO MEDINA LOAIZA
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,

JACKELINE VARON MORALES
PROFESIONAL G08

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
CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	9774544
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			VICTOR HUGO MEDINA LOAIZA
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARMENIA	DEPARTAMENTO:	QUINDIO
DIRECCIÓN:	PRIVITEQ UNI 2 BLQ 10 APT 2A	TELÉFONO:	7454590
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7961523677**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES enero AÑO 2025			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES enero AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	13				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/02/25			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1291306714

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.000	$ 0	$ 227.800	$ 2.000	$ 229.800
SUBTOTALES:										**$ 227.800**	**$ 2.000**	**$ 229.800**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 1.600	$ 0	$ 178.000	$ 1.600	$ 0	$ 179.600
SUBTOTALES:													**$ 178.000**	**$ 1.600**	**$ 0**	**$ 179.600**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 7.500	$ 7.500	$ 100	$ 0	$ 7.600
SUBTOTALES:									**$ 7.500**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 7.600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES									
																										PENSIÓN									SALUD						ARP																	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 9774544	MEDINA LOAIZA VICTOR HUGO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.786.218				NO								01-30										230201-PROTECCION	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500	9774544	$ 7.500		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 417.000**

Bancolombia

Sucursal Virtual

25 febrero 2025 14:38:32

Pago PSE

Pago exitoso

CUS 1291306714

Comercio
SOI ACH

Referencia 1
10.80.25.153

Fecha
25 febrero 2025 14:38:32

Referencia 2
CC

Número de factura
7961523677

Referencia 3
9774544

Descripción del pago
Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

Valor del Pago
$417,000

Número de comprobante
TR1437016714

Costo de la transacción
$ 0

Producto origen
Cuenta de ahorros
****** 8841**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Victor Hugo Medina Loaiza, identificado(a) con CC número 9774544, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 9774544
NOMBRES Y APELLIDOS	Victor Hugo Medina Loaiza
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	26/09/1984
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	17/03/2022
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	17/03/2022
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 9774544 VICTOR HUGO MEDINA LOAIZA Desde 01/02/2024 - Vigente N.I.T. 890000432 UNIVERSIDAD DEL QUINDIO Desde 05/02/2025 - Vigente N.I.T. 890000432 UNIVERSIDAD DEL QUINDIO Desde 06/08/2024 Hasta 29/11/2024N.I.T. 890000432 UNIVERSIDAD DEL QUINDIO Desde 07/02/2024 Hasta 09/06/2024

Generado por interfaces 25/02/2025

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **VICTOR HUGO MEDINA LOAIZA** identificado con **CC** No. **9774544**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 10/02/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 10/02/2025 **Fecha fin de Contrato:** 23/12/2025 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501012866034.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 25 días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MEDINA LOAIZA VICTOR HUGO** identificado(a) con **CC** número **9.774.544** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de noviembre de 2009 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 25 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

2025022509462

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14981511921

(415)7707212489984(8020) 000001498151192 1

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	9 7 7 4 5 4 4	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Quindío 6 3	Armenia 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MEDINA	LOAIZA	VICTOR	HUGO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Quindío 6 3	Armenia 0 0 1

41. Dirección principal: URB PROVITEQ UN 2 BL 10 AP 2 A

42. Correo electrónico: victorucsmedina@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	7 4 5 9 5 6 6	3 1 7 7 0 2 9 6 5 3

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
8 5 4 1	2 0 1 2 0 2 0 6	8 5 2 3	2 0 1 2 0 2 0 6			

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos
3 4 7 5	

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																									

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

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 MEDINA LOAIZA VICTOR HUGO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

VALSALUD

EXAMEN DE OPTOMETRIA No. 9774544

Fecha: 2023-02-23

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA:

Este documento es propiedad exclusiva del titular de la historia clínica que en él figura en virtud de lo consignado en la resolución 1995 de 1999 que establece las normas para el manejo de historias clínicas generales y las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 para historias clínicas relacionadas con procesos de salud ocupacional. Para la protección y confidencialidad de la historia clínica del paciente este documento sólo podrá ser entregado a terceras personas o empresas con la autorización previa y escrita del titular de la historia.

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	INDEPENDIENTE	Actividad económica:	Servicios
Nombre:	VICTOR HUGO MEDINA LOAIZA	Documento:	9774544
Fecha de nacimiento:	1984-09-26	Lugar de nacimiento:	ARMENIA (QUINDIO)
Edad:	38 años	Género:	Masculino
Dirección actual:	CALLEJAS DE SAN JOSE UNIDAD 2 BLOQ D APTO 402 ROJAS PINILLA 2	Municipio:	
Teléfono:	3177029653	Escolaridad:	Secundaria_completa
Ocupación:	INSTRUCTOR	EPS:	NO SABE
Responsable:	MARIA TERESA LOAIZA (MADRE)	Teléfono:	3136413198
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		



INFORMACIÓN OCUPACIONAL DEL PUESTO DE TRABAJO (Perfil del cargo)
INSTRUCTOR

2. ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES - FAMILIARES DE IMPORTANCIA VISUAL Y OCULAR (P=Positivo, N=Negativo)

	Per.-Fam.			Per.-Fam.			Per.-Fam.			Per.-Fam.	
1. Congénitos	N	N	4. Musculares	N	N	7. Autoinmunes	N	N	10. Cáncer	N	N
2. Quirurgicos	N	N	5. Tóxicos o alérgicos	N	N	8. Cardiovasculares	N	N	11. Tiroides	N	N
3. Traumáticos	N	N	6. Dermatológicos	N	N	9. Metabólicos	N	N	12. Otros	P	N

Antecedentes patológicos personales: .12. Otras (per): EPILEPSIA (LOBULO TEMPORAL DERECHO)

No refiere antecedentes patológicos familiares.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES - OCULARES Y VISUALES (P=Positivo, N=Negativo)

1. Congénitos	N	5. Patologías de los párpados	N	9. Patologías del iris	N	13. Patologías musculares	N
2. Quirúrgicos	N	6. Patologías de la conjuntiva	N	10. Patologías del cristalino	N	14. Patologías de la visión	N
3. Traumáticos	N	7. Patologías de la córnea	N	11. Patologías de la retina	N	15. Glaucoma	N
4. Infecciosas	N	8. Patologías cámara anterior	N	12. Patologías aparato lagrimal	N	16. Otras Patologías	N

Ampliación de antecedentes patológicos oculares y visuales: No refiere ningún antecedente de importancia de patología ocular o visual.

ANTECEDENTES PERSONALES SOBRE EL USO DE LENTES

Usa actualmente lentes?	No	Desde qué edad usa lentes?	0
Tipo de lentes		Frecuencia de uso	
Último cambio de lentes?		Trae los lentes al exámen?	No aplica

3. ANTECEDENTES DE EXPOSICION OCUPACIONAL DE IMPORTANCIA VISUAL

Ocupación(Ocup)-Factores de riesgo(Fr)-Tiempo de Exposición(Te)-Protección ocular(PO)
No refiere ningún antecedente de exposición ocupacional de importancia visual

4. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS OCUPACIONALES

Area afectada (AA) - Tipo de lesión (TL) - Tiempo en años (TO) - Secuelas (Sec)

No refiere ningún antecedente patológico ocupacional.

5. REVISION DE SINTOMATOLOGIA OCULAR O VISUAL ACTUAL

No refiere ninguna sintomatología de enfermedad ocular o visual actualmente.

6. EVALUACION DE LA VISION Y LOS OJOS

	VISIÓN LEJANA				VISIÓN CERCANA			
	Sin lentes	Con lentes	Agujero estenopeico		Sin lentes	Con lentes	Agujero estenopeico
Ojo derecho	20/25			Ojo derecho	0.75 m		
Ojo izquierdo	20/20			Ojo izquierdo	0.75 m		
Ambos ojos	20/20		No aplica	Ambos ojos	0.75 m		No aplica

Ampliación de hallazgos
La agudeza visual para cerca y lejos (monocular y binocularmente) está dentro de parámetros normales.

EXAMEN FISICO DE LOS OJOS Y ANEXOS (N=Normal, A=Anormal)

Cejas	N	Conjuntiva tarsal	N	Pupilas	N	Papila óptica	N
Pestañas	N	Conjuntiva bulbar	N	Cristalino	N	Mácula	N
Párpados	N	Córnea	N	Humor vitreo	N	Vasos sanguíneos	N

Powered by CamScanner

Aparato lagrimal	N	Cámara anterior	N	Retina	N	Coroides	
Órbita	N	Iris	N				

Ampliación de hallazgos:
El examen físico de los ojos está dentro de parámetros normales.

LENSOMETRIA

	Esfera	Cilindro	Eje	Ampliación de hallazgos
Ojo derecho				No usa gafas
Ojo izquierdo				
ADICION				

EXAMEN DEL PARALELISMO Y LA MOTILIDAD OCULAR (N=Normal, A=Anormal)

Reflejo de Hirschberg sin lentes	N	Cover test visión lejana sin lentes	N	Ducciones ojo derecho	N
Reflejo de Hirschberg con lentes	N	Cover test visión lejana con lentes	N	Ducciones ojo izquierdo	N
Versiones ojo derecho	N	Cover test visión cercana sin lentes	N	Punto próximo de convergencia con objeto real	N
Punto próximo de convergencia con luz	N	Cover test visión cercana con lentes	N	Versiones ojo izquierdo	N

Ampliación de hallazgos:
Las pruebas realizadas para evaluar el paralelismo, la motilidad ocular y la convergencia son normales.

QUERATOMETRIA

Ojo derecho: / X 0 grados
Ojo izquierdo: / X 0 grados
Anotaciones acerca de los resultados:
NA

REFRACCION

Tipo de retinoscopia realizada: Estática

	Esfera	Cilindro	Eje	Agudeza visual
Ojo derecho	Neutro	-0.50	10 grados	20/20
Ojo izquierdo	Neutro	-0.25	0 grados	20/20

SUBJETIVO

	Esfera	Cilindro	Eje	Agudeza visual
Ojo derecho	Neutro	-0.50	10 grados	20/20
Ojo izquierdo	Neutro	-0.25	0 grados	20/20

Visión cromática: Policromacia Normal
Estereopsis: 40 seg/arco

Ampliación de hallazgos:

7. CORRECCION OPTICA RECOMENDADA

	Esfera	Cilindro	Eje	AVL	AVC
Ojo derecho	Neutro	-0.50	10 grados	20/20	0.50 m
Ojo izquierdo	Neutro	-0.25	0 grados	20/20	0.50 m
Adición					

- Distancia pupilar:
- Distancia nasopupilar ojo derecho:
- Distancia nasopupilar ojo izquierdo:
- Altura bifocal:
- Filtro/Tratamiento:
- Material de los lentes:
- Uso recomendado de los lentes:
- Tipo de lentes recomendado:
- Remisiï¿½n a la EPS:
- Control en la fecha: 0000-00-00 (AAAA-MM-DD)

8. DIAGNOSTICOS

Z010 - Exámen de ojos y de la visión
H522 - Astigmatismo

9. CONCLUSIONES DEL EXAMEN OPTOMETRICO

Su capacidad visual actual es adecuada para el desempeño de su trabajo habitual

10. RECOMENDACIONES

Cuando trabaje con pantallas de video terminales, tenga en cuenta las siguientes recomendaciones: Parpadee cada 5 segundos o cada vez que lo

Powered by CamScanner

...20 minutos de trabajo con el computador dirija su mirada a un punto lejano (6 metros); Cada 3 horas de trabajo en ...suavemente e imagine una visión panorámica, como el mar, durante un minuto; Sitúese siempre a por lo menos 40 cms. de ...final y evite reflejos molestos; Procure que el puesto de trabajo tenga adecuadas condiciones de iluminación, acorde con las ...

1. Uso de correccion optica para mejorar su capacidad visual

OBSERVACIONES FINALES

Se recomienda uso de correccion optica para mejorar su capacidad visual

VALSALUD SAS NIT. 900069014-5

Luz Maryori Lopez Henao
Optometra
TP 24695891
Reg 3902 CTNPO
Fundacion Universitaria Del Area Andina



Indice der

VICTOR HUGO MEDINA LOAIZA
Documento: 9774544

Escanee el código si desea verificar datos

Impreso por: sandra.hernandez
Fecha: 2023-03-03 Hora: 11:49

VALSALUD SAS NIT. 900069014-5

VALSALUD SAS NIT. 900069014-5

VALSALUD SAS NIT. 900069014-5

Powered by CamScanner

VALSALUD

CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2023-02-23

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	INDEPENDIENTE	Actividad económica:	Servicios
Nombre:	VICTOR HUGO MEDINA LOAIZA	Documento:	CC 9774544
Fecha de nacimiento:	1984-09-26	Lugar de nacimiento:	ARMENIA (QUINDIO)
Edad:	38 años	Género:	Masculino
Estado civil:	Union_libre	No. hijos vivos:	1
Dirección actual:	CALLEJAS DE SAN JOSE UNIDAD 2 BLOQ D APTO 402 ROJAS PINILLA 2	Municipio:	ARMENIA
Teléfono:	3177029653	Escolaridad:	Estudios_posgrado
Ocupación:	INSTRUCTOR	EPS:	Sanitas
Responsable**:	MARIA TERESA LOAIZA (MADRE)	Teléfono:	3136413198
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		



** *La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

1. Vacuna:Covid-19 -JANSSEN Dosis 2 - Ultima dosis: 2022/01/26

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría:	NO APLICA.
Optometría:	Su capacidad visual actual es adecuada para el desempeño de su trabajo habitual
Audiometría:	Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación.
Espirometría computarizada:	NO APLICA.

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a VICTOR HUGO MEDINA LOAIZA con documento de identificación No. 9774544 se considera no presenta restricciones para desempeñar la ocupación de INSTRUCTOR del sector económico Servicios

CONDUCTAS OCUPACIONALES PREVENTIVAS

1. CLASIFICACIÓN EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OSTEOMUSCULAR: De acuerdo a la información disponible y el examen realizado se clasifica como NO CASO.

RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1.Se le recomienda continuar en su entidad de salud el plan de manejo de su patología _____ de origen común.

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

OBSERVACIONES FINALES

Optometria su capacidad visual actual es adecuada para las labores habituales

RESULTADO DE EXAMENES DE LABORATORIO CLÍNICO PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA OCUPACIONAL: Los exámenes de Laboratorio Clínico realizados presentaron los siguientes resultados:
- Triglicéridos: ELEVADO PARA valores límites normales;
- Colesterol total: ELEVADO PARA valores límites normales;
- Colesterol de alta densidad (HDL): Dentro de valores límites normales;
- Colesterol de baja densidad (LDL): Dentro de valores límites normales;
- Colesterol de muy baja densidad (VLDL): Dentro de valores límites normales.

RESULTADO DE EVALUACION PSICOLOGICA : El evaluado cuentas con unas adecuadas aptitudes mentales , lo que le permite realizar con exito determinada labor y hacer frente a los Factores de riesgo psicosociales , protegiendo asi su salud mental.

ENFASIS 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.

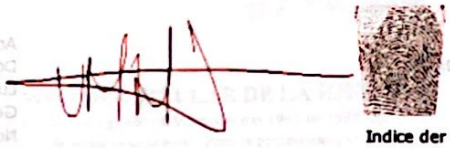
Es de vital importancia para PROTEGERNOS DEL CORONAVIRUS:
- Lavar nuestras manos regularmente con abundante agua y jabón.
- Usar tapabocas convencionales todo el tiempo en espacios donde sea imposible mantener distancias mayores a 1 metro, como: transporte público, taxis, supermercados, bancos, entre otros.
- Si se usa transporte masivo usar siempre tapabocas y lavarse las manos después de usarlo.
- Evitar tocarse la cara, especialmente después de tener contacto con superficies contaminadas o personas enfermas.
- Limpiar constantemente con desinfectante las superficies con las que tenemos contacto.
- Mantener una distancia no inferior a un metro con otras personas: No salude de beso ni de mano y evite el contacto físico.
- SI TIENE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS: Fiebre, Tos, Dificultad para respirar, dolor para tragar, notifíquelo a su empleador y su EPS, No vaya a lugares públicos, es ideal que se aísle preventivamente.

VALSALUD SAS
NIT. 900069014-5

Powered by CamScanner

VALSALUD SAS
NIT. 900069014-5

Luis Fabio Palacio Ossa
C.C 18463108
Medico Especialista en salud ocupacional
RES. 63-0638 de 6 de febrero 2019
Universidad del Quindio



Indice der

VICTOR HUGO MEDINA LOAIZA
Documento: 9774544

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE INGRESO: 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) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO DE INGRESO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun 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.

Impreso por: sandra.hernandez
Fecha: 2023-03-03 Hora: 11:48

VALSALUD SAS
NIT. 900069014-5

VALSALUD SAS
NIT. 900069014-5

VALSALUD SAS
NIT. 900069014-5

Powered by CamScanner

VALSALUD
NIT: 900069014-5

RESULTADOS DE PRUEBA PSICOLOGICA

FECHA: 2023-02-23

9774544

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA:

Este documento es propiedad exclusiva del titular de la historia clínica que en él figura en virtud de lo consignado en la resolución 1995 de 1999 que establece las normas para el manejo de historias clínicas generales y las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 para historias clínicas relacionadas con procesos de salud ocupacional. Para la protección y confidencialidad de la historia clínica del paciente este documento sólo podrá ser entregado a terceras personas o empresas con la autorización previa y escrita del titular de la historia.



PACIENTE:	VICTOR HUGO MEDINA LOAIZA	**DOCUMENTO:**	9774544	**EDAD:**	38 Años
DIRECCIÓN:	CALLEJAS DE SAN JOSE UNIDAD 2 BLOQ D APTO 402 ROJAS PINILLA 2ARMENIA	**TELÉFONO:**	3177029653	**GENERO:**	M
ESCOLARIDAD:	Secundaria_completa	**CATEGORIA DE LICENCIA:**	N/A		

BLOQUE	Resultados	NumeroPreguntas	Calificación
Transtornos amnesicos y otros transtornos congnoscitivos	3	3	Aprobado
Control de impulsos	3	3	Aprobado
Transtorno limitrofe de la personalidad	3	3	Aprobado
Transtorno de personalidad por evitacion	3	3	Aprobado
Transtorno relacionado con sustancias	4	4	Aprobado
Esquizofrenia	3	3	Aprobado
Narcisista	2	3	Aprobado
Ansiedad	3	3	Aprobado
Paranoide	3	3	Aprobado
Transtornos del estado de ánimo	3	3	Aprobado
Dependiente	3	3	Aprobado
Esquizoide	3	3	Aprobado
Transtornos por comportamiento perturbador	3	3	Aprobado
Disociativa	3	3	Aprobado
Antisocial	3	3	Aprobado
Obsesivo Compulsivo	3	3	Aprobado
Transtornos del sueño	3	3	Aprobado
Histrionico	3	3	Aprobado
Adaptativo	3	3	Aprobado
Transtornos mentales debido a enfermedad médica	2	2	Aprobado
Transtornos del desarrollo intelectual	5	5	Aprobado

Observaciones: El evaluado cuenta con unas adecuadas aptitudes mentales, lo que le permite realizar con éxito determinada labor y hacer frente a los Factores de Riesgo Psicosociales, protegiendo así su salud mental.

VALSALUD SAS
NIT. 900069014-5

Responsable: Claudia Patricia Ceron Fernandez
Psicologo Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
Corporacion Universitaria Empresarial Alexander Von Humboldt
Res. 63-00966 / 20/02/2020
Universid



VICTOR HUGO MEDINA LOAIZA

Indice der

Escanee el código si desea verificar datos

Calle 4 NORTE No. 13 - 66 - Armenia-Quindio PBX: 745 58 19
www.valsalud.com valsalud@gmail.com

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA

Powered by CamScanner

VALSALUD
NIT: 900069014-5

RESULTADOS

FECHA: 2023-02-23 HORA: 08:27:37

9774544

PERFIL LIPIDICO

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA:

Este documento es propiedad exclusiva del titular de la historia clínica que en él figura en virtud de lo consignado en la resolución 1995 de 1999 que establece las normas para el manejo de historias clínicas generales y las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 para historias clínicas relacionadas con procesos de salud ocupacional. Para la protección y confidencialidad de la historia clínica del paciente este documento sólo podrá ser entregado a terceras personas o empresas con la autorización previa y escrita del titular de la historia.



NOMBRE:	VICTOR HUGO MEDINA LOAIZA	**DOCUMENTO:**	9774544	**EDAD:**	38.42 Años
DIRECCIÓN:	CALLEJAS DE SAN JOSE UNIDAD 2 BLOQ D APTO 402 ROJAS PINILLA 2 ARMENIA	**TELÉFONO:**	3177029653	**F.Nacimiento:**	1984-09-26
				GENERO:	M
EMPRESA:	INDEPENDIENTE				

ANALISIS	RESULTADO	V.REFERENCIA
COLESTEROL TOTAL Interpretación según recomendaciones de la Sociedad Europea de Ateroesclerosis Intervalo ideal: <200 mg/dL Intervalo Límite: 200-240 mg/dL Colesterol Alto: >240 mg/dL TECNICA:Método enzimático colorimétrico	TXT 238	0 - 200 mg/dL
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL) TECNICA: Método enzimático colorimétrico 3a generación	TXT 55.5	Hombres:35-120 mg/dL Mujeres:45-120 mg/dL
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD (LDL) Rango cercano a lo optimo: <100 mg/dL Limite normal alto: 130-159 mg/dL Valor elevado: 160-189 mg/dL Limite muy alto: >190 mg/dL TECNICA: Método enzimático colorimétrico	TXT 149.9	-
TRIGLICERIDOS Interpretación según recomendaciones de la Sociedad Europea de Ateroesclerosis Límite normal alto: 150-199 mg/dL Límite Alto: 200-499 mg/dL Límite muy Alto: >500 mg/dL TECNICA: Método enzimático colorimétrico	TXT 163	0 - 150 mg/dL
VLDL (colesterol de muy baja densidad	TXT 32.6	menor de 30 mg/dL

VALSALUD SAS NIT. 900069014-5

Responsable: Maria Elena Muriel Salazar
Bacteriologa
Reg 640-1989
Pontificia Universidad Javeriana

VICTOR HUGO MEDINA LOAIZA

Indice der

Escanee el código si desea verificar datos

Calle 4 NORTE No. 13 - 66 - Armenia-Quindio PBX: 745 58 19
www.valsalud.com valsalud@gmail.com

VALSALUD SAS NIT. 900069014-5

Powered by CamScanner

VALSALUD

EXAMEN DE AUDIOMETRIA DIGITAL No. 9774544

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA:

Este documento es propiedad exclusiva del titular de la historia clínica que en él figura en virtud de lo consignado en la resolución 1995 de 1999 que establece las normas para el manejo de historias clínicas generales y las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 para historias clínicas relacionadas con procesos de salud ocupacional. Para la protección y confidencialidad de la historia clínica del paciente este documento sólo podrá ser entregado a terceras personas o empresas con la autorización previa y escrita del titular de la historia.

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	INDEPENDIENTE	Fecha:	2023-02-23
Nombre:	VICTOR HUGO MEDINA LOAIZA	Documento:	9774544
Edad:	38 años	Género:	Masculino
Ocupación:	INSTRUCTOR	Teléfono:	3177029653
Nivel de ruido en el puesto de trabajo:	Desconocido		



2. ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES (P=Positivo, N=Negativo)

Acufenos	N	Diabetes	N	Otitis media	N	Hipertensión arterial	N
Adenoidectomía	N	Epilepsia	N	Otorrea	N	Reumatológicos	N
Alergias	N	Labio y paladar hendido	N	Ototóxicos	N	Sordera familiar	N
Amigadalitis	N	Mareos	N	Patología infecciosa	N	Tabaquismo	N
Amigdalectomía	N	Meningitis	N	Patología viral	N	Vertigos	N
Cirugías de oido	N	Otalgia	N	Trauma craneo encefálico	N	Otros	N

Observaciones: No refiere patologías personales de importancia audiológica.

3. EXPOSICION AL RUIDO NO INDUSTRIAL

Uso de moto Diario, Conducción de vehículos Diario, Audífonos Ocasional.

4. EXPOSICION OCUPACIONAL AL RUIDO

Ocupación(Ocup)-Tiempo de exposición(Te)-Protección auditiva(PA)

Ocup: Instructor - Te: 120 Meses - Fr: Diariamente - PA: Ninguna

5. EVALUACIÓN DEL OIDO (N=Normal, A=Anormal)

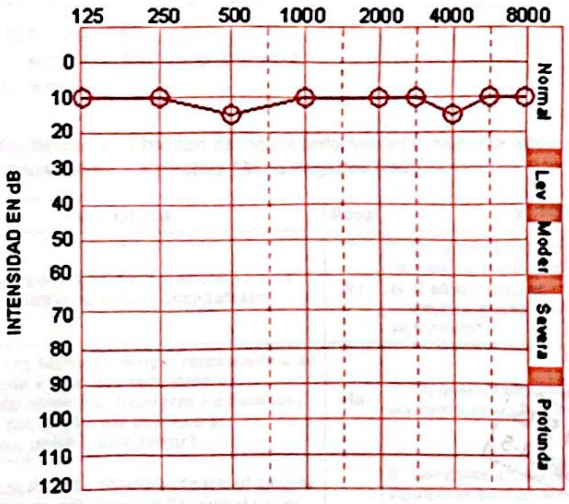
Pabellón	N	Conductos	N	Timpanos	N	Lóbulos	N

Ampliación de hallazgos: El examen de los oidos es normal y no se evidencian patologÃas.

6. AUDIOMETRIA TONAL

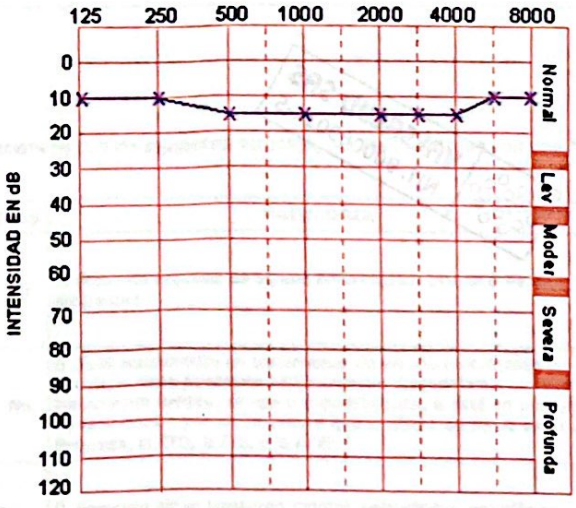
OIDO DERECHO

FRECUENCIA EN Hz



OIDO IZQUIERDO

FRECUENCIA EN Hz



	PROMEDIO (Frec. 500-1k-2k-3k)	CLASIFICACION ELI	INTERPRETACION
Oído derecho:	11	A	Normal excelente
Oído izquierdo:	15	A	Normal excelente
CLASIFICACION S.A.L.:	A	Normal	
PRESBIACUSIA:	9 dB		

7. CONCEPTO AUDIOLOGICO

AUDIOMETRIA DE INGRESO:

Audición normal bilateral

Powered by CamScanner

8. RECOMENDACIONES

Realizar control de acuerdo al programa de vigilancia epidemiológica de la empresa.

VALSALUD SAS
NIT. 900069014-5

Yulisa Muñoz Campo
Fonoaudiologa
Universidad del Cauca
Reg.1061818832

Indice der

VICTOR HUGO MEDINA LOAIZA
Documento: 9774544

Escanee el código si desea verificar datos

ANEXO: RESULTADOS DE AUDIOMETRIAS ANTERIORES Vs ULTIMA AUDIOMETRIA

A continuación se presentan los audiogramas de evaluaciones anteriores que reposan en nuestro sistema para este usuario, con las fechas de realización y dos tablas con lo resultados obtenidos en cada una de las frecuencias de prueba, así como el cambio en decibeles con la audiometría actual. Esto de acuerdo a lo establecido en el GATISO del Ministerio de la Protección Social, permite hacer el seguimiento de la variabilidad en cada una de las frecuencias.

OIDO DERECHO



Audiometría realizada en **2021-01-19**								
Frec.	250	500	1K	2K	3K	4K	6K	8K
VA	10	15	15	10	10	15	10	10
VO	0	0	0	0	0	0		

Variación en dB con audiometría actual

Frec.	250	500	1K	2K	3K	4K	6K	8K
VA	0	0	5	0	0	0	0	0
VO	0	0	0	0	0	0		

OIDO IZQUIERDO



Audiometría realizada en **2021-01-19**								
Frec.	250	500	1K	2K	3K	4K	6K	8K
VA	10	15	15	15	15	15	10	10
VO	0	0	0	0	0	0		

Variación en dB con audiometría actual

Frec.	250	500	1K	2K	3K	4K	6K	8K
VA	0	0	0	0	0	0	0	0
VO	0	0	0	0	0	0		

Calle 4 NORTE No. 13 - 66 - Armenia-Quindio PBX: 745 58 19
www.valsalud.com valsalud@gmail.com

Impreso por: sandra.hernandez
Fecha: 2023-03-03 Hora: 11:50

VALSALUD SAS
NIT. 900069014-5

VALSALUD SAS
NIT. 900069014-5

VALSALUD SAS
NIT. 900069014-5

Powered by CamScanner

VALSALUD

CONSENTIMIENTO Y DECLARATORIA
Fecha: 2023-02-23 Hora: 09:59:07

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA:

Este documento es propiedad exclusiva del titular de la historia clínica que en él figura en virtud de lo consignado en la resolución 1995 de 1999 que establece las normas para el manejo de historias clínicas generales y las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 para historias clínicas relacionadas con procesos de salud ocupacional. Para la protección y confidencialidad de la historia clínica del paciente este documento sólo podrá ser entregado a terceras personas o empresas con la autorización previa y escrita del titular de la historia.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN EN LA IPS Val-Salud

Declaro que asisto de manera voluntaria a la Institución Prestadora de Servicios de Salud Val-Salud para la realización de un Examen Médico Ocupacional y unas pruebas complementarias diagnósticas, que permitan establecer mi condición de salud y aptitud para el desempeño de la ocupación en la Empresa, de manera segura para mi integridad personal y la de terceros. Por ello, al firmar este documento, acepto conocer y entender las condiciones para someterme voluntariamente a la realización de los procedimientos. Me queda entendido que en caso de posteriormente no estar de acuerdo su realización, podré retirar este consentimiento para lo cual tendré que firmar el respectivo desistimiento.

Adicionalmente, se me ha informado que las Pruebas Complementarias o Ayudas Diagnósticas que se me podrían realizar, puede ser una o varias de las siguientes:

- Evaluación de mi capacidad visual mediante un examen realizado por Optómetra.
- Evaluación de mi capacidad respiratoria mediante una Espirometría.
- Evaluación de mi capacidad auditiva y/o de la voz por medio de un examen de Fonoaudiología.
- Evaluación de mi capacidad osteomuscular para el manejo de cargas o movimientos repetitivos
- Evaluación de mi capacidad mental mediante una Evaluación Psicológica.
- Examen para evaluar el consumo de sustancias psicoactivas.
- Toma de muestras de laboratorio.

Estas evaluaciones no representan en si mismas ningún riesgo que ponga en peligro mi integridad física o mental y no existe un riesgo especial previsible.
Cada evaluador está a su disposición para ampliarle la información de la prueba a realizar, por lo que le puede preguntar cualquier duda o inquietud que usted tenga.
El uso de su firma electrónica, se reglamenta según los criterios de Ley 527 de 1999 â€œPor medio de la cual se define y reglamenta el acceso y uso de los mensajes de datos, del comercio electrónico y de las firmas digitales, y se establecen las entidades de certificación y se dictan otras disposiciones." y el Decreto 2364 de 2012 "Por medio del cual se reglamenta el artículo 7 de la Ley 527 de 1999, sobre la firma electrónica y se dictan otras disposiciones", y acompaÃ±ado al uso de su imagen y huella dactilar, servirá como mecanismo para comprobar su identidad y ratificar de su voluntad de aceptación. Así entonces, se considera que usted acepta conocer y entender las condiciones para someterse voluntariamente a la realización de los procedimientos y queda entendido para nosotros que en caso de posteriormente no estar de acuerdo con alguno, podrá retirar este consentimiento.

Acepta que los documentos de la atención tengan su imagen, huella dactilar y firma electrónica según corresponda, ello entendiendo que garantizamos la reserva y confidencialidad de su información y que la misma es usada estrictamente para el proceso de su atención en el marco de la ejecución de las evaluaciones médicas ocupacionales y las normas referidas anteriormente.

DECLARATORIA DE ESTADO DE SALUD GENERAL Y ANTECEDENTES PERSONALES DE IMPORTANCIA

Para que el Médico Especialista en Salud en el Trabajo pueda evaluar su condición de salud y antecedentes de enfermedades, usted acepta y se compromete a suministrar información veraz y real sobre su condición de salud, a no decir mentiras ni ocultar datos o información que pudiese afectar los conceptos e intervenciones de los médicos. La información suministrada por usted puede ser usada para intervenir su condición de salud procurando su mejoramiento de acuerdo al Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la Empresa. Además, podrá ampliar al Médico lo que considere necesario.

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre VICTOR HUGO MEDINA LOAIZA
Documento: 9774544

Si ha padecido, padece o es tratado de alguna enfermedad o presenta algún tipo de incapacidad, relacionada con los siguientes aspectos, por favor marque con una "X" en la columna correspondiente a afirmativo (**SI**) o negativo (**NO**).

PATOLOGIA	Resp	PATOLOGIA	Resp	PATOLOGIA	Resp
1. En los últimos 12 meses ha asistido a una consulta médica o ha estado hospitalizado?	No	2. Ha tenido alguna operación, transfusión de sangre, hospitalización, tratamiento o está en consulta por una enfermedad que le afecte o pueda afectar el desempeño de su trabajo?	No	3. Presenta secuelas de alguna enfermedad, cirugía o de un accidente?	No
4. Alguna vez ha tenido alergia respiratoria o en piel, asociada a: uso de medicamentos, consumo de alimentos, picaduras de insectos, contactos con productos químicos y detergentes, polvo u otro factor?	No	5. Ha presentado alguna enfermedad o accidente relacionado con su trabajo?	No	6. Está actualmente en tratamiento de alguna enfermedad o cirugía, o tiene pendiente algún examen diagnóstico, tratamiento médico, cirugía o procedimiento, o está en proceso de reclamación por algún evento que le afectó su salud en una Empresa, la EPS, la ARL o la AFP?	No
7. Tiene actualmente alguna incapacidad laboral, se encuentra en condición de discapacidad, es limitado en su movilidad, o se le ha calificado alguna merma de su capacidad laboral?	No	8. Consume actualmente alguna de las siguientes sustancias psicoactivas: Marihuana, bazuco, perico, cocaína, disolventes, pastillas o alcohol hasta quedar ebrio?	No	9. Presenta algún trastorno mental, psiquiátrico, psicológico, epilepsia o "ataques"?	No
10. Si es mujer, presenta o ha presentado alguna enfermedad ginecológica, de la pelvis o de las mamas, incluido dolores? o Tiene prótesis mamaria?	No	11. Actualmente toma medicamentos de cualquier tipo?	No	12. Presenta o ha presentado adormecimiento, calambres, picadas o dolor en las manos?	No
13. Presenta o ha presentado dolor, enfermedad o tiene una cirugía en los hombros?	No	14. Presenta o ha presentado dolor, Enfermedad pérdida de la fuerza, cirugía en codos muñecas o manos, enfermedad de síndrome del túnel del carpo, tendinitis de la mano, muñecas o codos?	No	15. En las rodillas Presenta o ha presentado dolor, enfermedad, o dificultad para moverse, agacharse, caminar o para poder estar en cuclillas, o levantar cargas, cirugía en una o las 2 rodillas rodillas, piernas o caderas, secuelas de accidente deportivo, de trabajo o tránsito, o secuelas por alguna otra causa?	No

Powered by CamScanner

o articulación del cuerpo? o Tiene actualmente insertados clavos, varillas, placas o cualquier tipo de material de osteosíntesis en algún hueso o articulación?	No	cirugía de la columna o espalda, limitaciones o dolor que le impidan movilizar o levantar cargas, estar en posición de pie o sentado por largo tiempo?	No	18. Presenta o ha presentado dolor, enfermedad o cirugía de brazos, antebrazo o codos?	No
19. Presenta o ha presentado una lesión de los ligamentos, meniscos o esguinces de rodilla?	No	20. Presenta o ha presentado dolor, enfermedad, cirugía o limitaciones en las articulaciones?	No	21. Presenta o ha presentado enfermedad, cirugía de los ojos o tiene un déficit visual?	No
22. Presenta alguna enfermedad de los oídos o alguna deficiencia auditiva que no le permita oír bien?	No	23. Presenta o ha presentado trastornos del peso, enfermedades del metabolismo del azúcar (diabetes, hipoglicemia), o de las grasas (colesterol, triglicéridos altos o dislipidemia)?	No	24. Tiene alguna enfermedad cardíaca como: soplos, infarto, trombosis, derrames, o le han realizado cirugía cardiovascular?	No
25. Tiene miedo a los espacios cerrados, que sean oscuros o estrechos (claustrofobia)?	No	26. Tiene actualmente miedo, pánico o temor anormal para realizar trabajos en alturas (acrofobia) o en socavones, aún con la protección necesaria y el entrenamiento adecuado?	No	27. Sufre de hipertensión arterial (presión alta), vértigos, mareos o enfermedades vasculares?	No
28. Sufre de alguna enfermedad infectocontagiosa que sea un riesgo en el trabajo?	No	29. Sufre o ha tenido alguna enfermedad respiratoria como infecciones, bronquitis, asma, rinitis alérgica, tuberculosis, laringitis, sinusitis; o tiene dificultad para usar protección respiratoria?	No	30. Presenta o ha presentado hernias en el abdomen (inguinal, umbilical o epigástrica)?	No
31. Presenta o ha presentado dificultades de cualquier tipo que le hayan afectado su capacidad de trabajo, su aptitud para desempeñar el trabajo o que le haya obligado a retirarse y buscar otro trabajo?	No	32. Tiene usted disponible su carnet de vacunación para revisión por el médico?	SI		

VALSALUD SAS NIT.900069014-5

Luis Fabio Palacio Ossa
C.C 18463108
Medico Especialista en salud ocupacional
RES. 63-0638 de 6 de febrero 2019
Universidad del Quindio

Indice der

VICTOR HUGO MEDINA LOAIZA
Documento: 9774544

Escanee el código si desea verificar datos

Impreso por: sandra.hernandez
Fecha: 2023-03-03 Hora: 11:49

VALSALUD SAS NIT. 900069014-5

VALSALUD SAS NIT. 900069014-5

VALSALUD SAS NIT. 900069014-5

Powered by CamScanner

FECHA: 14 DE FEBRERO DE 2024
PACIENTE: VICTOR HUGO MEDINA LOAIZA
IDENTIFICACION: 9774544
EMPRESA: INDEPENDIENTE

QUIMICA SANGUINEA

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	VALOR DE REFERENCIA
Glicemia	98	mg/dl	Hasta 70-100 mg/dl

Dra. Maria Elena Muriel Salazar
Reg. No. 640-1989
Calle 4 Norte 13-66 Barrio Alcázar Armenia, Quindío
laboratorioclinicovalsalud@gmail.com

Outlook

Re: RV: Solicitud Concepto Medico - VICTOR HUGO MEDINA LOAIZA

Desde Romero Arango Luz Andrea <laromero52@yahoo.com>
Fecha Mar 21/01/2025 10:58
Para Centro de Comercio y Turismo <contratacionccyt@sena.edu.co>

Buenos días Respetado Centro:

Recibo paquete por primera vez en el 2025 de exámenes completos y vigentes, por lo anterior emito visto bueno por este medio.

Ingreso a programa de vigilancia (Visual)

VICTOR HUGO MEDINA LOAIZA

Gracias,

Dra. Luz Andrea Romero Arango
Medico Especialista en Salud Ocupacional
Cel. 3128518160

El martes, 21 de enero de 2025, 08:28:26 a.m. GMT-5, Centro de Comercio y Turismo <contratacionccyt@sena.edu.co> escribió:

Buenos días Dra. Romero,

Nuevamente solicitamos su colaboración para la revisión y concepto de los exámenes médicos de **VICTOR HUGO MEDINA LOAIZA,** para ello adjuntamos documentos actualizados.

Muchas gracias.

De: Romero Arango Luz Andrea <laromero52@yahoo.com>
Enviado: jueves, 16 de enero de 2025 14:06
Para: Centro de Comercio y Turismo <contratacionccyt@sena.edu.co>
Asunto: Re: Solicitud Concepto Medico - VICTOR HUGO MEDINA LOAIZA

Buenas tardes:

Debe anexar la glicemia,

Gracias,

Dra. Luz Andrea Romero Arango
Medico Especialista en Salud Ocupacional
Cel. 3128518160

El jueves, 16 de enero de 2025, 11:29:56 a.m. GMT-5, Centro de Comercio y Turismo <contratacionccyt@sena.edu.co> escribió:

Buenos días Dra. Romero,

Solicito comedidamente revisión y concepto de los exámenes médicos de **VICTOR HUGO MEDINA LOAIZA,** para un nuevo proceso.

Muchas gracias.

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:
ARMENIA	ARMENIA	60	60-46-101004230	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
27	01	2025	10	02	2025	00:00	23	04	2026	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	MEDINA LOAIZA VICTOR HUGO			IDENTIFICACIÓN:	C.C. :9,774,544
DIRECCIÓN:	CALLEJAS DE SANJOSE UNIDAD 2 BLOQUE D APTO 402	CIUDAD:	ARMENIA - QUINDIO	TELÉFONO:	3177029653

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			IDENTIFICACIÓN:	NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN:	CRA. 18 7-58	CIUDAD:	ARMENIA - QUINDIO	TELÉFONO:	6053851285
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.7288378 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA ORIENTAR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA EN LA MODALIDAD PRESENCIAL Y/O VIRTUAL, DE ACUERDO CON LOS MODELOSFORMATIVOS QUE HAYAN SIDO ESTABLECIDOS POR EL SENA Y LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓNOFERTADOS POR EL CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO REGIONAL QUINDÍO, ATENDIENDO LASPOLÍTICAS INSTITUCIONALES Y LA NORMATIVA VIGENTE.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	10/02/2025	23/04/2026	$ 4,814,154.80

ACLARACIONES:

ENTIDAD CONTRATANTE SENA REGIONAL QUINDIO Grupo de Apoyo Administrativo Mixto

VALOR PRIMA NETA:	GASTOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
$ 23,055.19	$ 8,000.00	$ 5,900.49	$ 36,955.68	$ 4,814,154.80	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
PATRIMONIO SEGURO AGEN	184497	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. 14 NO. 14 N - 30 PISO 1 - TELÉFONO: 7358800 - ARMENIA

60-46-101004230.

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. 60-46-101004230, 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 ARMENIA, a los 27 días del mes de Enero de 2025



FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

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

Hace constar que: **RECIBO DE PAGO N°:** 60461010042300

FECHA	
CONTADO	

RECIBIMOS DE: MEDINA LOAIZA VICTOR HUGO C.C. C.C. :9,774,544

LA SUMA DE: TREINTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y CINCO CON SESENTA Y OCHO CENTAVOS PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 60-46-101004230

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
ARMENIA - CU. ESTATAL - 101004230 - 0 - 0	$ 23,055.19	$ 8,000.00	$ 5,900.49	$ 36,955.68

FORMA DE PAGO

		EFECTIVO:	$ 36,955.68
		CHEQUE:	$ 0.00
		TARJETA:	$ 0.00
		BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO:	PATRIMONIO SEGURO AGEN - 184497	**OTROS:**	$ 0.00
		TOTAL:	$ 36,955.68
		CAJERO: RAPIESTADO	

ORIGINAL

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: **RECIBO DE PAGO N°:** 60461010042300

FECHA	
CONTADO	

RECIBIMOS DE: MEDINA LOAIZA VICTOR HUGO C.C. C.C. :9,774,544

LA SUMA DE: TREINTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y CINCO CON SESENTA Y OCHO CENTAVOS PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 60-46-101004230

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
ARMENIA - CU. ESTATAL - 101004230 - 0 - 0	$ 23,055.19	$ 8,000.00	$ 5,900.49	$ 36,955.68

FORMA DE PAGO

		EFECTIVO:	$ 36,955.68
		CHEQUE:	$ 0.00
		TARJETA:	$ 0.00
		BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO:	PATRIMONIO SEGURO AGEN - 184497	**OTROS:**	$ 0.00
		TOTAL:	$ 36,955.68
		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.60-46-101004230

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



Comprobante

Estado de la transacción Aprobada

Código PSE: 1224119701

Referencia de pago: 30000099122335

Fecha de la transacción: 28/01/2025 09:59

Importe: 36.955,00

Entidad bancaria: BANCOLOMBIA

Razon social: 8600095786

Comprobante de pago en línea

Comercio
SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Número de comprobante
DBUv0etO6opN

CUS
1224119701

Fecha y hora
28 enero 2025 09:59:44

Número de factura
30000099122335

Descripción del pago
Seguros generales

Referencia 1
60-46-101004230

Referencia 2
8600095786

Referencia 3
9774544

Producto origen
****6746

Costo de la transacción
$ 00.0 COP

Total Pagado: $ 36,955.0

Copyright © 2020 Grupo Bancolombia.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

INTEGRIDAD PÚBLICA

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

Victor hugo Medina Loaiza

C.C 9.774.544

Participó y completó el curso virtual:

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 25 de febrero 2025

Aura Isabel Mora

Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano

Código: 76797101000