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 LA TECNOLOGÍA DEL DISEÑO Y LA PRODUCTIVIDAD-CUNDINAMARCA

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

Código Regional	**25**
Código Centro	**951110**
Fecha Elaboración	**Abril de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**03062-293480**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JAMIT ARMANDO MONTENEGRO ORTIZ	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	14.399.532	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	jamortiz4983@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	06874190398
IP/Nº de contacto:		**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**	NO

¿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:	7682520/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**76925**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES, EN LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LA FORMACIÓN, ASÍ COMO LA EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE APRENDIZAJE DEFINIDOS EN LOS DISEÑOS CURRICULARES ASIGNADOS RAD: 25-9-2025-010542

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**21/03/2025 Al 31/03/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 42.008.867
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 42.008.867
Valor Bruto Pago:	**$ 1.686.487,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 40.322.380

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.686.487	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 1.686.487**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 823.138**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Marzo	Febrero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**Dec.1273/2018**
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	II	$ 14.900	$ 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		$ 168.649	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 32.784.341	$ 274.000	
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	823.138,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	1.686.487,00	
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 - 8551 - GIRARDOT	13.492,00	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	**$1.672.995,00**	

SON: UN MILLÓN SEISCIENTOS SETENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

DURANTE EL MES DE MARZO SE DESAROLLARON ACTIVIDADES DE SOCIALIZACION DE OFERTA DE PROGRAMAS FORMACION COMPLEMENTARIA DE LA ESTRATEGIA CAMPESENA AGROINDUSTRIA EN LOS MUNICIPIOS DE:

MUNICIPIO APULO - VEREDA CHARCO LARGO - NARANJAL -CURSOS DE FORMACION MANEJO POSCOSECHA DE FRUTAS Y HORTALIZAS - TECNICAS DE ENOLOGIA

MUNICIPIO NILO - VEREDA MARGARITAS - CURSOS EVALUACION DE LA CALIDAD SENSORIAL DEL CACAO - CHOCOLATERIA FINA ARTESANAL

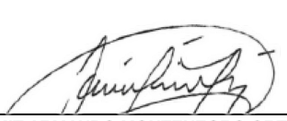
MUNICIPIO ANAPOIMA - VEREDA LUTAIMA - CURSOS DE FORMACION ELABORACION DE CONSERVAS DE FRUTAS - TECNICAS DE ENOLOGIA

MUNICIPIO JERUSALEN - VEREDA ALTO DEL TRIGO - CURSOS ANALISIS SENSORIAL -PERFILACION - TOSTION - ELABORACIÓN DE BEB. A BASE DE CAFÉ

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE LOS DIAS 22 DE MARZO A 31 DE MARZO DE 2025.

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



JAMIT ARMANDO MONTENEGRO ORTIZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

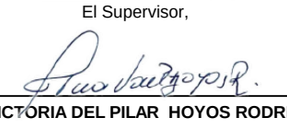
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

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,



IRMA VICTORIA DEL PILAR HOYOS RODRIGUEZ
INSTRUCTOR

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
LUIS JAVIER PRADA PAEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

03/04/25 10:20:13 USUARIO: SIC - C.C. 14399532

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Girardot, 31 de Marzo del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
Girardot

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:

RC	1107988657	ABBY LOANNE MONTENEGRO MORALES	Hijo(a)

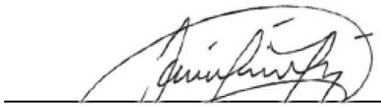
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

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,



JAMIT ARMANDO MONTENEGRO ORTIZ
C.C. 14399532

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1107988657

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55288200

55288200

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 03 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ **Código** 168

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

COLOMBIA TOLIMA IBAGUE

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MONTENEGRO	MORALES

Nombre(s)

ABBY LOANNE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2017 Mes JUN Día 28	FEMENINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA TOLIMA IBAGUE

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	17186468-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

MORALES CRUZ NORMA CONSTANZA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 65765141 de IBAGUE TOLIMA	COLOMBIANO

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

MONTENEGRO ORTIZ JAMIT ARMANDO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 14299352 de IBAGUE TOLIMA	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MORALES CRUZ NORMA CONSTANZA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 65765141 de IBAGUE TOLIMA	

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 2017 Mes 07 Día 11	TERESA DE JESUS ALDANA ORTIZ Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	TERESA DE JESUS ALDANA ORTIZ Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS TOMO 81 FOLIO 225

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL. 430 2110

CERTIFICA QUE:

El (La) Señor (a) JAMIT ARMANDO MONTENEGRO ORTIZ identificado(a) con CC 14399532 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**01/08/2008**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**UNION TEMPORAL VIVA TOLIMA - SEDE IBAGUE**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE,** a los 28 días del mes de marzo 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

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JAMIT ARMANDO MONTENEGRO ORTIZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **14399532,** se encuentra afiliado/a desde **11/05/2009** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 03 de marzo de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Hacienda

POSITIVA COMPAÑÍA 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, **JAMIT ARMANDO MONTENEGRO ORTIZ** identificado con **CC** No. **14399532**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 21/03/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 21/03/2025 **Fecha fin de Contrato:** 23/12/2025 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 2

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): 202501013709606.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 30 días del mes de marzo 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

Certificado Bancario

Viernes, 28 de marzo de 2025

Señor(a)
SENA - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que JAMIT ARMANDO MONTENEGRO ORTIZ identificado(a) con CC 14399532, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	06874190398	2017/03/17	CXC PENDIENTES

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

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

Hace constar:

Que el Sr(a) JAMIT ARMANDO MONTENEGRO ORTIZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 14399532 realizó el día 26/03/2025 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:

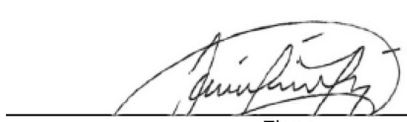
Yo JAMIT ARMANDO MONTENEGRO ORTIZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 14399532 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

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) JAMIT ARMANDO MONTENEGRO ORTIZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 14399532 el día 28/03/2025 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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14587625035

(415)7707212489984(8020) 000001458762503 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 4 3 9 9 5 3 2	0	Impuestos y Aduanas de Ibagué 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 4 3 9 9 5 3 2	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MONTENEGRO	ORTIZ	JAMIT	ARMANDO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

41. Dirección principal: MANZANA J CASA # 4 URBANIZACION VILLA VANNESA

42. Correo electrónico: jamitarmandom@gmail.com

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

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 5 1	2 0 0 9 0 5 0 5	7 0 2 0	2 0 0 9 0 4 2 4	7 0 1 0	7 4 9 0	2 2 1 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	4	9																								

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 06 - 05

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

MUNICIPIO DE GIRARDOT
Nit: 890680378-4
IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO, AVISOS Y TABLEROS
FORMULARIO DE REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA

MATRÍCULA
217530

INFORMACION GENERAL

RAZÓN SOCIAL	NIT	DV
MONTENEGRO ORTIZ JAMIT ARMANDO	|1|4|3|9|9|5|3|2|	-0

DIRECCIÓN COMERCIAL PRINCIPAL	CIUDAD DIRECCIÓN COMERCIAL PRINCIPAL
MZ J CA 4 URBANIZACION VILLA VANNESA	**TOLIMA-IBAGUÉ**
DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN	CIUDAD DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN
MZ J CA 4 URBANIZACION VILLA VANNESA	**TOLIMA-IBAGUÉ**

NOMBRE COMERCIAL
MONTENEGRO ORTIZ JAMIT ARMANDO

TIPO DE PERSONA	REGIMEN ICA	GRAN CONTRIBUYENTE:	AGENTE RETENEDOR:
NATURAL	**Especial**	**No**	**No**

TELÉFONO/CELUALR	CORREO ELECTRÓNICO
6022662891	**jamitarmandom@gmail.com**

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PROPIETARIO Y/O REPRESENTANTE LEGAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	OTROS NOMBRES
MONTENEGRO	**ORTIZ**	**JAMIT**	**ARMANDO**

FECHA DE INICIO	ESTADO DE LA MATRÍCULA	CIERRE	INSCRIPCION	ACTO DE CANCELACION
07/03/2025	**ACTIVO**		**17/03/2025**	

ACTIVIDADES ECONOMICAS REGISTRADAS

AÑO	CÓDIGO	ACTIVIDAD
2025	8551	Formación para el trabajo.

La información aquí registrada será responsabilidad del contribuyente y en consecuencia debe corresponder a la realidad económica y legal. Por lo anterior cualquier falsedad o inexactitud en ella podría ser sancionada.
Firma Contribuyente o Apoderado:

Sin perjuicio de las verificaciones que la Secretaria de Hacienda o Tesorería pueda adelantar.

Firma Autorizada:

MIRIAM CONSUELO LONGAS SERRANO

Resolución Secretaría de Salud del Tolima No 3088 del 27 de Oct. 2017

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Nombre de la Empresa		Empresa en Misión		
PACIENTE PARTICULAR				
NIT	**Dirección Empresa**	**Teléfono Empresa**	**Ciudad**	
730001			Ibagué	

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres	Documento de Identidad	Edad	Género
MONTENEGRO ORTIZ JAMIT ARMANDO	CC 14399532	40 AÑOS	MASCULINO

Lugar de Nacimiento	Lugar de Residencia	Estado Civil
Ibagué	Ibagué	UNION LIBRE
Teléfono Fijo	**Dirección**	**Celular**
3224314897	JARDIN	3224314897

Correo Electrónico

jamitarmandom@gmail.com

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Cargo	Fecha
INSTRUCTOR DE ALIMENTOS	2023-08-11

Lugar de realización examen Ibagué

EVALUACION MÉDICA OCUPACIONAL

Tipo de examen realizado

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL MANIPULACION DE ALIMENTOS - EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO MANIPULACION DE ALIMENTOS

Concepto

APTO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS DE ACUERDO AL NUMERAL 7 DE LA NTC - USNA 007

Motivo

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- **EXAMENES DE LABORATORIO:** (PERFIL LIPIDICO) SE REALIZA
- **EXAMENES DE LABORATORIO:** (GLICEMIA) SE REALIZA
- **EXAMENES DE LABORATORIO:** (FROTIS DE GARGANTA) SE REALIZA
- **EXAMENES DE LABORATORIO:** (KOH) SE REALIZA
- **EXAMENES DE LABORATORIO:** (COPROLOGICO) SE REALIZA
- **EXAMEN DE VOZ:** SE REALIZA
- **EXAMEN FISICO:** SE REALIZA
- **ANAMNESIS DE HC :** SE REALIZA
- **OPTOMETRÍA OCUPACIONAL:** SE REALIZA
- **AUDIOMETRIA:** SE REALIZA
- **CONCEPTO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL MANIPULACION DE ALIMENTOS:** SE REALIZA

ANEXO EXAMENES COMPLEMENTARIOS
VALORACION COMPLEMENTARIA (AUDIOMETRIA)
Control Auditivo En 1 Año/
Reposo Auditivo Extralaboral/
VALORACION COMPLEMENTARIA (OPTOMETRIA Y/O VISIOMETRIA)
Control Periodico/
Proteccion Ocular/
Higiene Visual/
No Requiere Valoracion Complementaria/
Su Capacidad Visual Es Adecuada Para El Desempeño De Su Trabajo Habitual/
CONDUCTAS (OCUPACIONALES - RESTRICTIVAS)
Ninguna/
CONDUCTAS (OCUPACIONALES PREVENTIVAS)
Capacitar En La Prevención De Los Riesgos Propios Del Oficio A Realizar/
Se Indica Hábitos Saludables De Vida (Dieta Baja En Sal Y, Azúcar) Realizar Actividades Deportivas Y Controles Preventivos Con Su Médico./
CONDUCTAS - GENERALES (ocupacion laboral)
Seguir Las Normas De Higiene Y Seguridad Para La Manipulación De Alimentos. Informar Oportunamente Lesiones Dermatológicas En Manos Y Vías Respiratorias. Evitar El Uso De Anillos, Relojes Y Pulseras. Fomentar Una Buena Higiene Personal Y Hábitos Higiénicos. Utilizar Todos Los Elementos De Protección Personal Adecuados Y Necesarios Para La Labor. Cumplir Con Los Procedimientos Para El Trabajo Seguro En Zona E Informar Oportunamente De Los Peligros Identificados En El Trabajo. Utilizar Una Adecuada Higiene Postural Y Mecánica Corporal Para La Movilización De Cargas Y Para Realizar Las Demás Tareas De Su Ocupación. Cumplir Con La Normatividad De Manejo O Manipulación De Cargas (Hombre O Mujer). Utilizar Protección Auditiva Tipo Silicona En Ambientes Ruidosos Tanto Laboral Como Por Fuera Del Trabajo, También Seleccionar La Protección Respiratoria Adecuada Teniendo En Cuenta Producto Y Nivel De Exposición, Condiciones Del Trabajador Y Tipo De Trabajo. Realizar Marcha Segura Para Desplazamientos Por Escaleras, Pisos Irregulares Y Vías Públicas. Fomentar Estilos De Vida Y De Trabajo Saludables/
EXAMEN DE VOZ
Hidratacion Constante/
Calentamiento De C.V./
MEDICAS PERSONALES
Se Informa Asistir O Continuar En Controles Preventivos Por El Medico Lider De Su Eps De Promoción Y Prevención De La Salud Y Seguir Indicaciones Con Seguimiento Puntual De Sus Cifras Tensionales./
Bajar De Peso, Se Indica Hábitos Saludables De Vida, Realizar Actividades Deportivas Y Recreativas, Se Fomenta Hábitos Saludables De Trabajo. Alimentación Balanceada./
Se Informa Asistir O Continuar En Controles Preventivos De Su Perfil Lipidico Por El Medico Lider De Su Eps De Promoción Y Prevención De La Salud Y Seguir Indicaciones Medicas./
OBSERVACION Y CONCLUSION FINAL
Enfasis Del Sistema Osteomuscular Y De Piel: Este Examen Médico Ocupacional Se Realiza En Condiciones De Reposo Y Esté Enfocado En Una Revisión, Buscando Patologías Activas O Secuelas Osteomusculares Extremidades Y Columna?, Durante Su Evaluación No Se Evidencio Patología O Sintomatología De Origen Osteomuscular Ni Se Evidencia Enfermedades Dermatológicas, Que Pudieran Genera Limitaciones O Riesgo Para Desempeñar Sus Funciones Laborales. Resultados De Los Examenes De Laboratorio Clinico Para El Sistema De Vigilancia Epidemiologica Sanitaria De La Inocuidad De Los Alimentos Se Encuentran Negativos. /
OTRAS RECOMENDACIONES
Se Recomienda Realizar Induccion Al Puesto De Trabajo Se Recomienda Realizar Pausas Activas En Jornada Laboral Se Recomienda Realizar Control Periodico Ocupacional Control Por Servicio De Promocion Y Prevencion De Eps Se Recomienda Capacitar Temas De Manipulacion De Alimentos Enfasis Manipulacion De Alimentos, Apto Para Manipulacion De Alimentos Enfasis Musculo Esqueletico Y Cardiovascular /

CLASIFICACION GATISO OSTEOMUSCULAR	
EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS:	MANIPULACION DE ALIMENTOS, OSTEOMUSCULAR
INGRESARLO AL PVE PREVENTIVO:	BIOMECANICO, AUDITIVO
REMISION Y CONTROLES POR SU EPS:	MEDICINA GENERAL, NUTRICION Y DIETETICA
ESTÁ EN CONTROLES CON LA ARL:	NO

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVO A LOS EXÁMENES

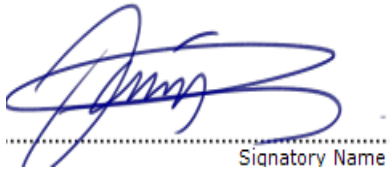
Las respuestas dadas por mi en este(os) examenes(es) estan completas y son verificadas autorizo a la IPS para que suministre las recomendaciones médicas ocupacionales descritas Anteriormente, dando cumpliendo el decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, para retroalimentar los SVE (SISTEMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO) / programas de salud y se recomienda realizar exámenes ocupacionales anualmente acorde a la matriz de peligro y profesiograma.

Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro), dando cumpliendo con la (Resolución 2346 del 2007 Art 10 y Resolución 1111 del 2017 al ítem 3.1.4),y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

Según lo contemplado en las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009,la resolución 839 del 23 de marzo del 2017 y Decreto 1072/2015 - Artículo 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social, y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, las evaluaciones médicas ocupacionales tiene como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud temporales, permanentes o secundarias a la labor o por el medio ambiente de trabajo al cual está expuesto el trabajador, y para detectar precozmente enfermedades de origen común agravadas por la exposición a los mismos.Fortaleciendo los sistemas de prevención y promoción de la salud de los trabajadores. Dichas resoluciones hacen énfasis en la confidencialidad de la Historia clínica ocupacional, la reserva profesional de la misma; y el hecho de que dicha información queda bajo nuestra guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador lo demande, solo los certificados médicos serán conocidos por la empresa.



PERDOMO CAICEDO CARLOS GUILLERMO
93410956
R,M. 2972 LIC. ESPE. SALUD OCUPA. 2640



FIRMA DEL TRABAJADOR

La informacion incluída en este concepto es copia fiel de los datos contenidos en la historia clinica ocupacional.

LINA MARCELA FERREIRA GUERRERO
PSICOLOGA
ESPECIALISTA DE GERENCIA DE RECURSOSHUMANOS Y D O.

I. DATOS PERSONALES

Nombre: **JAMIT ARMANDO MONTENEGRO ORTIZ** EDAD:40 AÑOS CC 14.399.532
Fecha de Evaluación: 11-08-2023
Empresa: SENA
Cargo: INSTRUCTOR ALIMENTOS
Nivel de Estudio: ESPECIALISTA
Instrumentos aplicados: 16 PF SISTEMATIZADO
Examinador: Lina Marcela Ferreira Guerrero

INTERPRETACION DE RESULTADO

De acuerdo a la prueba (16 PF), **JAMIT MONTENEGRO** se muestra como un individuo sociable, expresivo, cooperativo y seguro de sí mismo con una autoimagen saludable.

De igual manera, se evidencia que el señor **JAMIT** tiende a ser una persona respetuosa de la norma. En ocasiones puede llegar a ser un poco dependiente emocionalmente, pues se muestra como una persona cariñosa, introspectiva e imaginativa, lo que evidencia sensibilidad.

Su contacto con la realidad es saludable. Se evidencia tendencia a ser una persona relajada, tolerante y paciente.

Así mismo, se observa que el señor **MONTENEGRO** tiende a resistirse al cambio, ya que se observa apego por lo familiar y conocido. De igual forma, se observa capacidad para el manejo de las emociones, organización y disciplinapara el desempeño de sus labores.

En cuanto al nivel intelectual **JAMIT MONTENEGRO** muestra capacidad de razonamiento verbal y para la resolución de problemas.

En conclusión, **JAMIT MONTENEGRO** es apto paro el cargo de Instructor en alimentos.

Lina Marcela Ferreira G.
PSICÓLOGA
Gerente de Recursos Humanos y Desarrollo Organizacional

LINA MARCELA FERREIRA GUERRERO
Psicóloga - Especialista en Gerencia de Recursos Humanos y Desarrollo Organizacional
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL REGISTRO N° 3668 T.P.: 10019

FICHA AUDIOLÓGICA OCUPACIONAL

SALUD OCUPACIONAL REGIONAL SAS

NIT: 900421821-1
DIRECCIÓN: Avenida Ferrocarril N°41-46 B/ La
TELÉFONO: 6082647277 - 6082701329

Nombre Paciente:	MONTENEGRO ORTIZ JAMIT ARMANDO	**Lugar Residencia:**	Ibagué (Urbano)
No. Documento:	CC 14399532	**Telefono:**	3224314897
Fecha de Nacimiento:	04/09/1983	**Telefono Celular:**	3224314897
Edad:	40 AÑOS	**Correo Electronico:**	jamitarmandom@gmail.com
Fecha:	2023-08-11 11:10	**Estado Civil:**	UNION LIBRE
Lugar de Nacimiento:	Ibagué	**Ocupación:**	OTRO
Direccion Residencia	JARDIN	**Cliente Aseguradora Cargo Salud:**	PACIENTE PARTICULAR
Genero:	Masculino	**Plan:**	PARTICULAR
Grupo Etnico	SIN GRUPO ETNICO		
Grado Institución:	ESPECIALISTA	**Pension**	COLPENSIONES
Tipo Sangre:	A+	**Riesgos Laborales:**	POSITIVA
Cargo:	INSTRUCTOR DE ALIMENTOS	**Empresa en Mision:**	
Tipo de Admision	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	**Programa:**	
Lugar de realización	Ibagué	**EPS:**	



AUDIOMETRIA

ANTECEDENTES

MENINGITIS: NO ; **ACUFENOS:** NO ; **SARAMPION:** NO

EXPOSICION A EXPLOSIONES: NO ; **ALERGIAS RESPIRATORIAS:** NO ; **VERTIGO:** NO

CIRUGIA DE OIDO: NO ; **PAROTIDITIS:** NO ; **OTITIS:** NO

OTALGIA: NO ; **RUBEOLA:** NO ; **AMIGDALECTOMIA:** NO

DROGAS OTOTOXICAS: NO ; **SORDERA FAMILIAR:** NO ; **TUBERCULOSIS:** NO

TRAUMA CRANEOENCEFALICO: NO ; **HIPERTENSION:** NO ; **VARICELA:** NO

TRAUMA ACUSTICO: NO ; **DIABETES:** NO ; **PARALISIS FACIAL:** NO

OBSERVACIONES: NR

EXPOSICION A RUIDO

TRABAJO CON MAQUINARIA: NO ; **MUSICA AUDIFONOS:** NO

TEJO: NO ; **CAZA:** NO

USA MOTO: NO ; **SERVICIO MILITAR:** NO

DISCOTECA: NO ; **ESPECTACULOS RUIDOSOS:** NO ; **OTROS:** NO

OBSERVACIONES: NR

OTOSCOPIA:

PABELLON AURICULAR OD: NORMAL, ; **PABELLON AURICULAR OI:** NORMAL,

CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO OD: Normal, ; **CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO OI:** Normal,

TAPON DE CERUMEN OD: NO ; **TAPON DE CERUMEN OI:** NO

MEMBRANA TIMPANICA OI: Normal, ; **MEMBRANA TIMPANICA OD:** Normal,

OBSERVACIONES: NR

HISTORIA OCUPACIONAL:

PROTECCION AUDITIVA 1: NO

PROTECCION AUDITIVA 2: NO

OBSERVACIONES: NR

CLASIFICACIÓN LARSEN:

RESULTADO

OD: NORMAL
OI: CAIDA LEVE EN FREC. 4000 HZ

RECOMENDACIONES

CONTROL AUDITIVO EN 1 AÑO

REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL

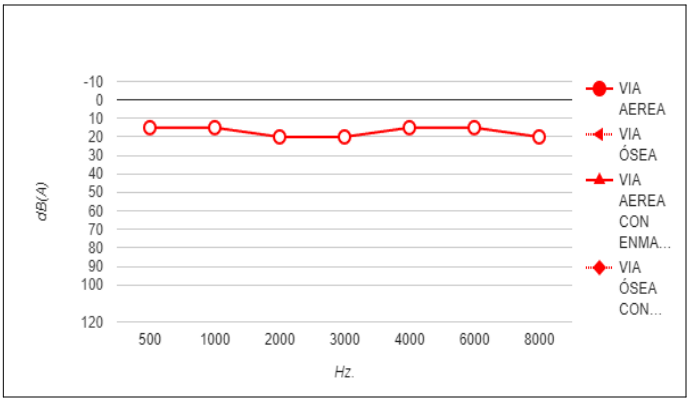
DIAGNÓSTICOS			
Diagnóstico:	(H919) HIPOACUSIA, NO ESPECIFICADA	**Lateralidad:**	OIDO IZQUIERDO
Diagnóstico 2:	(Z011) EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	**Lateralidad 1:**	OIDO DERECHO

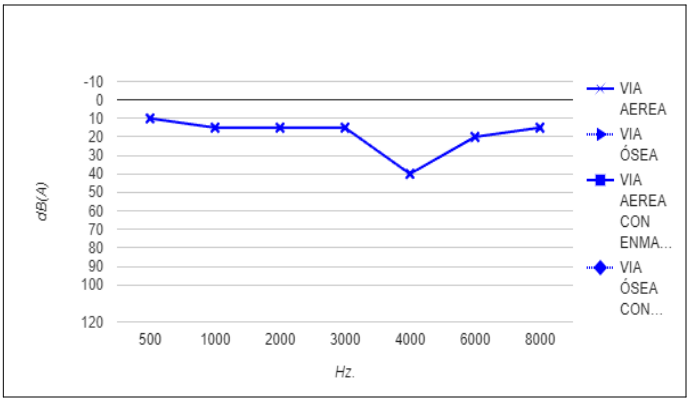
	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VIA AEREA	15	15	20	20	15	15	20
VIA ÓSEA							
VIA AEREA CON							
VIA ÓSEA CON							

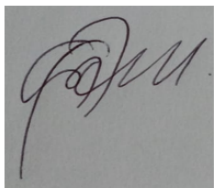
Factor de Presbiacusia:	11
Promedio Tonal Auditivo OD:	16.7
Escala E.L.I. Oido Derecho:	A (EXCELENTE)
Gatiso Oido Derecho:	17.50
SAL:	A

	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VIA AEREA	10	15	15	15	40	20	15
VIA ÓSEA							
VIA AEREA CON							
VIA ÓSEA CON							

Factor de Presbiacusia:	11
Promedio Tonal Auditivo OI:	13.3
Escala E.L.I. Oido Izquierdo:	D (SOSPECHOSO TRAUMA ACÚSTICO)
Gatiso Oido Izquierdo:	13.75
SAL:	A







ALDANA MOLINA IRIAN NAYIVE
CC 65696356
RESOLUCION N° 1360



FIRMA DEL TRABAJADOR

SALUD OCUPACIONAL REGIONAL SAS
NIT: 900421821-1
DIRECCIÓN: Avenida Ferrocarril N°41-46 B/ La Macarena parte baja
TELÉFONO: 6082647277 - 6082701329

Nombre Paciente:	MONTENEGRO ORTIZ JAMIT ARMANDO	**Lugar Residencia:**	Ibagué (Urbano)
No. Documento:	CC 14399532	**Telefono:**	3224314897
Fecha de Nacimiento:	04/09/1983	**Telefono Celular:**	3224314897
Edad:	40 AÑOS	**Correo Electronico:**	jamitarmandom@gmail.com
Fecha:	2023-08-11 15:54	**Estado Civil:**	UNION LIBRE
Lugar de Nacimiento:	Ibagué	**Ocupación:**	OTRO
Direccion Residencia	JARDIN	**Cliente Aseguradora Cargo Salud:**	PACIENTE PARTICULAR
Genero:	Masculino	**Plan:**	PARTICULAR
Grado Institución:	ESPECIALISTA		
Grupo Etnico	SIN GRUPO ETNICO	**Pension**	COLPENSIONES
Tipo Sangre:	A+	**Riesgos Laborales:**	POSITIVA
Cargo:	INSTRUCTOR DE ALIMENTOS	**Empresa en Mision:**	
Tipo de Admision	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	**Programa:**	
Lugar de realización	Ibagué	**EPS:**	



OPTOMETRÍA OCUPACIONAL

1. ANAMNESIS

USA CORRECCION OPTICA: NO ; **CUAL:** NINGUNO, ; **TIPO USO:** NINGUNO, ; **ÚLTIMO CONTROL VISUAL:** 2022

CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA: NO ; **CIRUGIAS O TRAUMAS OCULARES:** NO ; **EN TRATAMIENTO:** NO EXPLIQUE HTA EN TTO

PRUEBA CON CORRECCIÓN ÓPTICA: NO

2. LENSOMETRÍA

OJO DERECHO

OJO IZQUIERDO

3. AGUDEZA VISUAL

OJO DERECHO

SIN CORRECCION (LEJOS): 20/20, ; **SIN CORRECCION (CERCA):** 20/20,

OJO IZQUIERDO

SIN CORRECCION (LEJOS): 20/20, ; **SIN CORRECCION (CERCA):** 20/20,

AMBOS OJOS

SIN CORRECCION (LEJOS): 20/20, ; **SIN CORRECCION (CERCA):** 20/20,

4. EXAMEN EXTERNO

EXAMEN EXTERNO: NORMAL,

5. EXAMEN MOTOR

COVER TEST

DUCCIONES

TEST DE HIRSCHBERG

OBSERVACIONES: NINGUNA

6. ESTADO REFRACTIVO

RETINOSCOPIA: ESTATICA,

DERECHO

IZQUIERDO

(SUBJETIVO) DERECHO

ESFERA: NEUTRO ; **AV LEJOS:** 20/20 ; **AV CERCA:** 20/20

(SUBJETIVO) IZQUIERDO

ESFERA: NEUTRO ; **AV LEJOS:** 20/20 ; **AV CERCA 2:** 20/20

7. OFTALMOSCOPÍA

OJO DERECHO: APARENTEMENTE NORMAL

OJO IZQUIERDO: APARENTEMENTE NORMAL

8. ESTEREOPSIS

SEGUNDOS DE ARCO: 100,

9. VISIÓN CROMÁTICA

TEST ISHIHARA: NORMAL,

DIAGNÓSTICO

OPTOMETRIA_DIAGNOSTICO: EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION (Z010) 2023-08-11 TIPO DIAGNOSTICO: CONFIRMADO CLASIFICACION DIAGNOSTICO: PRINCIPAL

CONDUCTA A SEGUIR

CORRECCION OPTICA: NO,

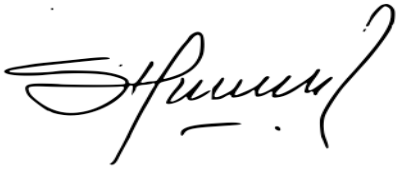
REMISION

REMISION: NO,

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES: SU CAPACIDAD VISUAL ES ADECUADA PARA EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO HABITUAL NO REQUIERE VALORACION COMPLEMENTARIA HIGIENE VISUAL CONTROL PERIODICO PROTECCION OCULAR

OPTOMETRIA_RECOMENDACIONES: ESTADO VISUAL Y OCULAR DENTRO DE PARAMETROS NORMALES, SE INDICA CONTROL ANUAL.



HERRERA RODRIGUEZ SANDRA LILIANA
CC 38260005
REG. PROFESIONAL 14814



FIRMA DEL TRABAJADOR

SALUD OCUPACIONAL REGIONAL SAS

NIT: 900421821-1

DIRECCIÓN: Avenida Ferrocarril N°41-46 B/ La Macarena parte baja

TELÉFONO: 6082647277 - 6082701329

Nombre Paciente:	MONTENEGRO ORTIZ JAMIT ARMANDO	**Lugar Residencia:**	Ibagué (Urbano)
No. Documento:	CC 14399532	**Telefono:**	3224314897
Fecha de Nacimiento:	04/09/1983	**Telefono Celular:**	3224314897
Edad:	40 AÑOS	**Correo Electronico:**	jamitarmandom@gmail.com
Fecha:	2023-08-11 11:30	**Estado Civil:**	UNION LIBRE
Lugar de Nacimiento:	Ibagué	**Ocupación:**	OTRO
Direccion Residencia	JARDIN	**Cliente Aseguradora Cargo Salud:**	PACIENTE PARTICULAR
Genero:	Masculino	**Plan:**	PARTICULAR
Grado Institución:	ESPECIALISTA		
Grupo Etnico	SIN GRUPO ETNICO	**Pension**	COLPENSIONES
Tipo Sangre:	A+	**Riesgos Laborales:**	POSITIVA
Cargo:	INSTRUCTOR DE ALIMENTOS	**Empresa en Mision:**	
Tipo de Admision	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	**Programa:**	
Lugar de realización	Ibagué	**EPS:**	



EXAMEN DE VOZ

ANTECEDENTES

OTROS, CUAL: NR

FARMACEUTICOS: NO ; **HABITOS:** NO ; **FUMA:** NO ; **TOMA LICOR:** NO

OCUPACIONALES: INSTRUCTOR

FAMILIARES: NR

AMBIENTALES: NR

TRATAMIENTOS FONOAUDIOLÓGICOS PREVIOS: NR

POSTURA ESTATICA

I. VISTA ANTERIOR: ADECUADA A DERECHA: SI ; **I. VISTA ANTERIOR: ADECUADA A IZQUIERDA:** SI

II. VISTA LATERAL: ADECUADA A DERECHA: SI ; **II. VISTA LATERAL: ADECUADA A IZQUIERDA:** SI

RESPIRACIÓN

RESPIRACIÓNENREPOSO: NASAL, ; **RESPIRACIÓN EN FONACIÓN:** MIXTA, ; **TIPO RESPIRATORIO:** MIXTA,

COORDINACION FONORESPIRATORIA: MUY ALTERADA, ; **CICLO RESPIRATORIO:** MIXTO,

PRUEBA DE GLATZER

ENREPOSO(EXISTEESCAPENASALDEAIRE): SI ; **ENFONACIO(EXITEESCAPENASADEFONACIÓN):** SI

PARAMETROS VOCALES

CARRASPEO: NO ; **TOS:** NO ; **VARIACION DE LA VOZ:** NO ; **FATIGA VOCAL :** NO ; **QUIEBRES TONALES :** NO

INTENSIDAD ALTA : NO ; **INTENSIDADA BAJA:** NO ; **TONO AGUDIZADO :** NO ; **TONO AGRAVADO :** NO ; **NASALIZACION:** NO

OTROS: NR

OBSERVACIONES: NR

SONATO SENSORIALES

SENSACION DE CUERPO EXTRAÑO : NO ; **SED O RESEQUEDAD :** NO ; **SENSACION DE OPRECION EN EL CUELLO :** NO ; **ARDOR:** NO

ACIDEZ: NO ; **AHOGO:** NO ; **CAMBIOS EN LA CONSISTENCIA DE LA SALIVA :** NO

OTROS: NR

OBSERVACIONES: HIDRATACION CONSTANTE

CUALIDADES DE LA VOZ

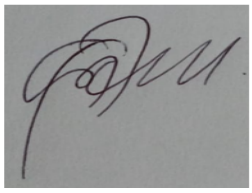
EMISION: NORMAL, ; **INTENSIDAD:** DEBIL, ; **ALTURA TONAL:** GRAVE, ; **EXTENSION TONAL:** ADECUADO,

ATAQUE VOCAL: NORMAL, ; **APERTURA BUCAL:** NORMAL, ; **TEMBLOR DE VOZ:** PRESENTE,

DIAGNOSTICO DESCRIPTIVO: PARAMETROS VOCALES NORMALES Y ACORDES A LA EDAD Y SEXO. LA COORDINACION NEUMOFONICA MODERADAMENTE ALTERADA, SECUNDARIA A INCONVENIENTE DE CORNETES, LOS CUALES ESTAN EN PROCESO DE CIRUGIA.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES: HIDRATACION CONSTANTE CALENTAMIENTO DE C.V.





ALDANA MOLINA IRIAN NAYIVE
CC 65696356
RESOLUCION N° 1360

FIRMA DEL TRABAJADOR

02714922

Sede Antioquia
Cra 48 # 46A sur - Centro Oncológico de Antioquia - Envigado
Tel: (4) 4479665 - Cel: 3225843864

Sede Tolima
Carrera 4D No 33-47 Barrio Cadiz
Tel:(8) 2667588 - Cel: 3102701692 - 3227930894

E- mail: contacto@laboratoriobioanalisis.co - www.laboratoriobioanalisis.co

Paciente : MONTENEGRO ORTIZ JAMIT ARMANDO
Historia : 14399532
Identificación : 14399532
Edad/Sexo : 40 / M
Telefono : 3223572958
Remisión : 02714922

Origen : IBAGUE - TOLIMA
Convenio : SALUD OCUPACIONAL REGION
Fecha Recepción: 2023-08-11 09:23:24
Fecha Impresión : 2023-08-11 12:09:01.
Empresa :

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

COPROANALISIS
COPROLOGICO
COPROLOGICO

EXAMEN FISICO

Color	**Café**	
Consistencia	**Blanda**	
Moco	**No se observa**	
Sangre Macroscópica	**No se observa**	

EXAMEN MICROSCOPICO

Leucocitos	**No se observan**	x campo
Hematies	**No se observan**	x campo
Flora Bacteriana	**Normal**	
Levaduras	**No se observa**	
Fibras Vegetales	**No se observa**	
Fibras musculares	**No se observa**	
Almidones	**No se observa**	
Grasas neutras	**No se observa**	

EXAMEN PARASITOLOGICO

Resultado	**Negativo para Parasitos Intestinales**

Fecha / Hora Validado : 2023-08-11 / 11:34

Validado por:

MARIA STELLA PEÑA BOTERO
BACTERIOLOGA
T.P. 42067747

MICROSCOPIA

ADVERTENCIA LEGAL

- Le informamos, como destinatario de este mensaje, que el correo electrónico y las comunicaciones por medio de Internet no permiten asegurar ni garantizar la confidencialidad de los mensajes transmitidos, así como tampoco su integridad o su correcta recepción, por lo que el Laboratorio Clínico BIOANALISIS S.A.S. no asume responsabilidad alguna por tales circunstancias. Si no está de acuerdo con la utilización del correo electrónico o de las comunicaciones vía Internet, le rogamos nos lo comunique y ponga en nuestro conocimiento de manera inmediata.
- Este mensaje va dirigido, de manera exclusiva, a su destinatario y contiene información confidencial y sujeta al secreto profesional, cuya divulgación no está permitida por la ley. En caso de haber recibido este mensaje por error, le rogamos que, de forma inmediata, nos lo comunique al correo electrónico recepcion@laboratoriobioanalisis.co o a través del teléfono (8) 265 77 83, proceda a su eliminación, así como a la de cualquier documento adjunto al mismo.
- Asimismo, le comunicamos que la distribución, copia o utilización de este mensaje, o de cualquier documento adjunto al mismo, cualquiera que fuera su finalidad, están prohibidas por la ley.

Para verificar la autenticidad de este documento, debe escanear el código QR o ingresar a la siguiente URL, desde donde deberá ingresar el documento de identidad y este código: 02714922

URL : https://n9.cl/validaresultbioanalisisibague

02714922

Sede Antioquia
Cra 48 # 46A sur - Centro Oncológico de Antioquia - Envigado
Tel: (4) 4479665 - Cel: 3225843864

Sede Tolima
Carrera 4D No 33-47 Barrio Cadiz
Tel:(8) 2667588 - Cel: 3102701692 - 3227930894

E- mail: contacto@laboratoriobioanalisis.co - www.laboratoriobioanalisis.co

Paciente : MONTENEGRO ORTIZ JAMIT ARMANDO
Historia : 14399532
Identificación : 14399532
Edad/Sexo : 40 / M
Telefono : 3223572958
Remisión : 02714922

Origen : IBAGUE - TOLIMA
Convenio : SALUD OCUPACIONAL REGION
Fecha Recepción: 2023-08-11 09:23:24
Fecha Impresión : 2023-08-11 12:09:01.
Empresa :

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

MICROSCOPIA

Hongos- Examen Directo (KOH)

EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS - KOH — **Muestra Negativa para estructuras micoticas**

Fecha / Hora Validado : 2023-08-11 / 11:20

Frotis de Garganta

FROTIS DE SECRECION FARINGEO

Reacción Leucocitaria: **MODERADA**
Flora Observada: **MICROBIOTA MIXTA NORMAL**

Fecha / Hora Validado : 2023-08-11 / 11:23

Validado por:

MARIA STELLA PEÑA BOTERO
BACTERIOLOGA
T.P. 42067747

QUIMICA

Glucosa

-

Glucosa	**98.20**	mg/dl	70 -	105 mg/dL

Valor de Referencia: 70-105 mg/dL
Técnica:Colorimetrica

Fecha / Hora Validado : 2023-08-11 / 11:57

RESULTADOS HISTORICOS	6/10/2022	13/03/2017
RESULTADO	91.13	90.77

ADVERTENCIA LEGAL

- Le informamos, como destinatario de este mensaje, que el correo electrónico y las comunicaciones por medio de Internet no permiten asegurar ni garantizar la confidencialidad de los mensajes transmitidos, así como tampoco su integridad o su correcta recepción, por lo que el Laboratorio Clínico BIOANALISIS S.A.S. no asume responsabilidad alguna por tales circunstancias. Si no está de acuerdo con la utilización del correo electrónico o de las comunicaciones vía Internet, le rogamos nos lo comunique y ponga en nuestro conocimiento de manera inmediata.
- Este mensaje va dirigido, de manera exclusiva, a su destinatario y contiene información confidencial y sujeta al secreto profesional, cuya divulgación no está permitida por la ley. En caso de haber recibido este mensaje por error, le rogamos que, de forma inmediata, nos lo comunique al correo electrónico recepcion@laboratoriobioanalisis.co o a través del teléfono (8) 265 77 83, proceda a su eliminación, así como a la de cualquier documento adjunto al mismo.
- Asimismo, le comunicamos que la distribución, copia o utilización de este mensaje, o de cualquier documento adjunto al mismo, cualquiera que fuera su finalidad, están prohibidas por la ley.

Para verificar la autenticidad de este documento, debe escanear el código QR o ingresar a la siguiente URL, desde donde deberá ingresar el documento de identidad y este código: 02714922

URL : https://n9.cl/validaresultbioanalisisibague

02714922

Sede Antioquia
Cra 48 # 46A sur - Centro Oncológico de Antioquia - Envigado
Tel: (4) 4479665 - Cel: 3225843864

Sede Tolima
Carrera 4D No 33-47 Barrio Cadiz
Tel:(8) 2667588 - Cel: 3102701692 - 3227930894

E- mail: contacto@laboratoriobioanalisis.co - www.laboratoriobioanalisis.co

Paciente : MONTENEGRO ORTIZ JAMIT ARMANDO
Historia : 14399532
Identificación : 14399532
Edad/Sexo : 40 / M
Telefono : 3223572958
Remisión : 02714922

Origen : IBAGUE - TOLIMA
Convenio : SALUD OCUPACIONAL REGION
Fecha Recepción: 2023-08-11 09:23:24
Fecha Impresión : 2023-08-11 12:09:01.
Empresa :

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
QUIMICA			
Triglicéridos			
Trigliceridos	**175**	mg/dl	> 500 mg/dL MUY ALTO 200 - 499 mg/dL ALTO 150 - 199 mg/dL DUDOSO Hasta 150 mg/dL BAJO

Técnica:Colorimetrica enzimatica

Fecha / Hora Validado : 2023-08-11 / 11:57

RESULTADOS HISTORICOS	6/10/2022	13/03/2017
RESULTADO	106	539

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
Colesterol Total			
Colesterol	**138.7**	mg/dl	Optimo : Hasta 200 mg/dl Moderado: 200 - 239 mg/dl Elevado : > 240 mg/dl

Técnica: Colorimetrica Enzimática

Fecha / Hora Validado : 2023-08-11 / 11:57

RESULTADOS HISTORICOS	6/10/2022	13/03/2017
RESULTADO	178.9	_

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
Colesterol de Alta Densidad - HDL			
Colesterol de Alta Densidad - HDL	**36.78**	mg/dl	Riesgo elevado: Hasta 35 mg/dL Riesgo bajo: > 60 mg/dL

Técnica: DIRECTO

Fecha / Hora Validado : 2023-08-11 / 11:57

ADVERTENCIA LEGAL

- Le informamos, como destinatario de este mensaje, que el correo electrónico y las comunicaciones por medio de Internet no permiten asegurar ni garantizar la confidencialidad de los mensajes transmitidos, así como tampoco su integridad o su correcta recepción, por lo que el Laboratorio Clínico BIOANALISIS S.A.S. no asume responsabilidad alguna por tales circunstancias. Si no está de acuerdo con la utilización del correo electrónico o de las comunicaciones vía Internet, le rogamos nos lo comunique y ponga en nuestro conocimiento de manera inmediata.
- Este mensaje va dirigido, de manera exclusiva, a su destinatario y contiene información confidencial y sujeta al secreto profesional, cuya divulgación no está permitida por la ley. En caso de haber recibido este mensaje por error, le rogamos que, de forma inmediata, nos lo comunique al correo electrónico recepcion@laboratoriobioanalisis.co o a través del teléfono (8) 265 77 83, proceda a su eliminación, así como a la de cualquier documento adjunto al mismo.
- Asimismo, le comunicamos que la distribución, copia o utilización de este mensaje, o de cualquier documento adjunto al mismo, cualquiera que fuera su finalidad, están prohibidas por la ley.

Para verificar la autenticidad de este documento, debe escanear el código QR o ingresar a la siguiente URL, desde donde deberá ingresar el documento de identidad y este código: 02714922

URL : https://n9.cl/validaresultbioanalisisibague

02714922

Sede Antioquia
Cra 48 # 46A sur - Centro Oncológico de Antioquia - Envigado
Tel: (4) 4479665 - Cel: 3225843864

Sede Tolima
Carrera 4D No 33-47 Barrio Cadiz
Tel:(8) 2667588 - Cel: 3102701692 - 3227930894

E- mail: contacto@laboratoriobioanalisis.co - www.laboratoriobioanalisis.co

Paciente : MONTENEGRO ORTIZ JAMIT ARMANDO
Historia : 14399532
Identificación : 14399532
Edad/Sexo : 40 / M
Telefono : 3223572958
Remisión : 02714922

Origen : IBAGUE - TOLIMA
Convenio : SALUD OCUPACIONAL REGION
Fecha Recepción: 2023-08-11 09:23:24
Fecha Impresión : 2023-08-11 12:09:01.
Empresa :

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

QUIMICA

Colesterol de Baja Densidad - LDL Enzimático

Colesterol de Baja Densidad - LDL	**66.92**	mg/dl	

Hasta 100 mg/dL OPTIMO
100-129 mg/dL CASI OPTIMO
130-159 mg/dL MODERADO
160-189 mg/dL ELEVADO
> 190 mg/dL MUY ELEVADO

Fecha / Hora Validado : 2023-08-11 / 11:57

Colesterol VLDL

Colesterol VLDL	**35.00**	mg/dl	5 - 40

Fecha / Hora Validado : 2023-08-11 / 11:57

Indice Arterial

Indice Arterial	**3.8**		Hasta 5

Fecha / Hora Validado : 2023-08-11 / 11:57

Validado por:

CARLOS ALBERTO RAMIREZ
BACTERIOLOGO
007110

ADVERTENCIA LEGAL

- Le informamos, como destinatario de este mensaje, que el correo electrónico y las comunicaciones por medio de Internet no permiten asegurar ni garantizar la confidencialidad de los mensajes transmitidos, así como tampoco su integridad o su correcta recepción, por lo que el Laboratorio Clínico BIOANALISIS S.A.S. no asume responsabilidad alguna por tales circunstancias. Si no está de acuerdo con la utilización del correo electrónico o de las comunicaciones vía Internet, le rogamos nos lo comunique y ponga en nuestro conocimiento de manera inmediata.
- Este mensaje va dirigido, de manera exclusiva, a su destinatario y contiene información confidencial y sujeta al secreto profesional, cuya divulgación no está permitida por la ley. En caso de haber recibido este mensaje por error, le rogamos que, de forma inmediata, nos lo comunique al correo electrónico recepcion@laboratoriobioanalisis.co o a través del teléfono (8) 265 77 83, proceda a su eliminación, así como a la de cualquier documento adjunto al mismo.
- Asimismo, le comunicamos que la distribución, copia o utilización de este mensaje, o de cualquier documento adjunto al mismo, cualquiera que fuera su finalidad, están prohibidas por la ley.

Para verificar la autenticidad de este documento, debe escanear el código QR o ingresar a la siguiente URL, desde donde deberá ingresar el documento de identidad y este código: 02714922

URL : https://n9.cl/validaresultbioanalisisibague

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
IBAGUE	IBAGUE	25	25-44-101201039	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
21	03	2025	21	03	2025	00:00	23	04	2026	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	MONTENEGRO ORTIZ, JAMIT ARMANDO		CC: 14.399.532
DIRECCIÓN: CRA 1 A NO. 30 11 B. AMERICA	CIUDAD: IBAGUE, TOLIMA	TELÉFONO:	2662891

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - CENTRO DE TECNOLOGIA DEL DISEÑO Y LA PRODUCTIVIDAD EMPRESARIAL DE GIRARDOT		NIT: 899.999.034-1
DIRECCIÓN: KR 10 NRO. 30 - 04	CIUDAD: GIRARDOT, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	8310808

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:

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. CO1.PCCNTR.7682520 CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES, EN LA PLANEACION Y EJECUCION DE LA FORMACION, ASI COMO LA EVALUACION DE LOS RESULTADOS DE APRENDIZAJE DEFINIDOS EN LOS DISEÑOS CURRICULARES ASIGNADOS, PARA EL DESARROLLO DE HABILIDADES Y COMPETENCIAS TECNICAS DE LA POBLACION CAMPESINA, APORTANDO AL FORTALECIMIENTO DE LA ECONOMIA CAMPESINA, FAMILIAR, ETNICA Y COMUNITARIA, EN CONCORDANCIA CON LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA DIRECCION DEL SISTEMA NACIONAL DE FORMACION PARA EL TRABAJO Y LA COORDINACION NACIONAL DE ATENCION INTEGRAL, DIFERENCIAL E INCLUYENTE A LA ECONOMIA CAMPESINA - CAMPESENA.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	21/03/2025	23/04/2026	$4,200,886.70

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******18,322.00	$ *******8,000.00	$ *******5,001.00	$ ***********31,324.00	$ ********4,200,886.70	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
FRANCY LUZ CABEZAS MORENO	999236	100.00			

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

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

25-44-101201039

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN
FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
NO._25-44-101201039_ SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015

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.

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.

PARA CONSTANCIA DE LO EXPUESTO, Y EN SEÑAL DE ASENTIMIENTO Y COMPROMISO CON TODO LO AQUÍ PACTADO SE FIRMA EN ___GIRARDOT___ A LOS __VEINTIUNDIAS_ (21) DÍAS DEL MES DE ___MARZO_ DEL AÑO ____2025___.

