SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CÓRDOBA
DESPACHO DIRECCION

Código Regional	**23**
Código Centro	**101023**
Fecha Elaboración	**Agosto de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**12007-277729**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: LICETH MARCELA ALVIS BEDOYA
Correo electrónico contratista: lalvisv@sena.edu.co
C.C. 1.064.989.857 **IP/Nº de contacto** 53417

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** NO **Es Pensionado?** NO

Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000 NO **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 10532143441

Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato? NO **Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los $ 117.503.000** NO

Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas: N/A

Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: N/A

Se acogió para el mes objeto de cobro, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: N/A

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 1738009/2020 **Nº Compromiso SIIF** 24120

Valor Total del Contrato	$ 13.500.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 13.500.000	**1**	**Del**	**01/08/2020**	**Al**	**31/08/2020**	**$ 2.700.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 10.800.000		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.700.000		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 2.700.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.794.150**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Agosto	Julio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9409560770**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.080.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 135.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 172.800	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL V	$ -	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ -	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 598.050	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.794.150,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.392.200,00	
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	4.784,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 2.695.216,00**	

SON: DOS MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS DIECISEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

OFICINA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
ACOMPAÑAMIENTO DE LOS BOMBEROS A LA VERIFICACIÓN DEL PLAN DE EMERGENCIA
ACOMPAÑAMIENTO DE LAS CAPACITACIONES DE BRIGADISTAS
PARTICIPACION COPASST MES DE AGOSTO
SEGUIMIENTO TELEFONICO A POBLACION OBJETO SENA REGIONAL
EDUCACIÓN INCIDENTAL SOBRE LA MITIGACION Y PREVENCION DEL COVID - 19
REGISTRO DE TOMA DE TEMPERATURA A LOS FUNCIONARIOS Y SUBCONTRATISTAS

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 diligenciados.

LICETH MARCELA ALVIS BEDOYA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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,

CARLOS ENCISO LUQUE
PROFESIONAL G06

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

VICTOR MANUEL ARIZA PALMA
DIRECTOR REGIONAL C G05

aportes en línea

Pagos aportes en línea

Módulo de pagos electrónicos

Pago electrónico

El pago electrónico de su autoliquidación se ha realizado exitosamente

Resumen del pago electrónico

Dirección IP:	186.83.188.128
Estado de la transacción:	APROBADA
Clave planilla:	9409560770
Valor:	307,800
Período de pago:	2020-08
No Transacción (CUS):	718761382
Fecha:	2020/08/21
Banco:	SCOTIABANK COLPATRIA
Aportes en línea:	9999001472382

Aceptar

Imprimir

Copyright © 2020 Aportes en Línea. Todos los derechos reservados.

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1064989857		ALVIS BEDOYA LICETH MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	manz D lote 41 Santa Helena 5	MONTERIA-CORDOBA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-08	2020-08	718761382	9409560770	I	2020/09/14	2020/08/21	SCOTIABANK COLPATRIA	0	$307,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,080,000	$172,800			$1,080,000	$135,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0		$307,800
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,080,000	$172,800			$1,080,000	$135,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0		$307,800
Ciudad: MONTERIA Depto: CORDOBA (1 Afiliados)																						$1,080,000	$172,800			$1,080,000	$135,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0		$307,800
1	CC	1064989857	ALVIS LICETH	X																230301	30	$1,080,000	$172,800	EPS002	30	$1,080,000	$135,000		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0	No	$307,800
Total		**Afiliados(1)**																				$1,080,000	$172,800			$1,080,000	$135,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0		$307,800

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1064989857		ALVIS BEDOYA LICETH MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	manz D lote 41 Santa Helena 5	MONTERIA-CORDOBA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-08	2020-08	718761382	9409560770	I	2020/09/14	2020/08/21	SCOTIABANK COLPATRIA	0	$307,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$172,800	$0	$0	$172,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$172,800	$0	$0	$172,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$135,000	$0	$0	$135,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$135,000	$0	$0	$135,000
TOTAL				**1**	**$307,800**	**$0**	**$0**	**$307,800**

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN DEL DIA 20/08/2020

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	899999034	**Cédula Usuario:**	C 1067871771
Nombre:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA				
Dirección:	CL 57 8 64				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	LAGUIRREM@SENA.EDU.CO				
Teléfono:	5481500		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1806001 ESTABLECIMIENTOS DE EDUCACION NO FORMAL INCLUYE PROGRAMAS DE ALFABETIZACION PARA ADULTOS ETC.				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
C 1067871771	HAROLD GABRIEL CORDOBA PACHECO

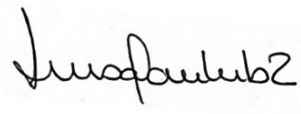
DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	119	21/08/2020	C 1064989857	ALVIS BEDOYA LICETH	5	6.960	**Independiente**

OBSERVACIONES

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

Cordial saludo,



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

E9A146395E542E268586E6CCA180EA97 Certificado impreso el día 8/20/2020 2:20:40 PM por el portal de empresas Edesk

www.positiva.gov.co

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

LICETH MARCELA
ALVIS BEDOYA
1064989857

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
899999034

Este carné es personal e intransferible.

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. Sucursal	Nro. Póliza	Anexo
MONTERIA	AGENCIA MONTERIA	53	53-46-101002367	0

Fecha Expedición: Día	Mes	Año	Vigencia Desde: Día	Mes	Año	A las: Horas	Vigencia Hasta: Día	Mes	Año	A las: Horas	Tipo Movimiento
01	08	2020	31	07	2020	00:00	07	05	2021	00:00	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social		Identificación	
ALVIS BEDOYA LICETH MARCELA		1064989857	
Dirección: CALLE 62 N 7-117	Ciudad: MONTERIA - CORDOBA	Teléfono:	3228104448

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social		Identificación	
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA		899999034-1	
Dirección: CL 57 NRO. 8 - 69 TORRES UR	Ciudad: BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL	Teléfono:	5940100

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.1738009 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE UN PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN ARAS DE ATENDER, DILIGENCIAR, VERIFICAR LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD DE ACUERDO A LAS DIRECTRICES EXPEDIDAS POR EL MINISTERIO DE SALUD DENTRO DE LA PANDEMIA COVID-19.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	31/07/2020	07/05/2021	$ 1,350,000.00

OBSERVACIONES:

Valor Prima Neta:	Gastos Expedición:	IVA:	Total a Pagar:	Valor Asegurado Total:	Fecha Límite de Pago:
$ 20,000.00	$ 7,000.00	$ 5,130.00	$ 32,130.00	$ 1,350,000.00	01/08/2020

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
BURGOS FADUL DIANA PATRICIA	153492	100,00			

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

Para efecto de notificaciones la dirección de Seguros del Estado S.A. es CALLE 28 NO.1-23 LOCAL 3 - Teléfono: 7813230 - MONTERIA

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdelestado.com

Oficina Principal: Cra. 11 No. 90-20 Bogotá D.C. Teléfono: 2180377

Verifique su póliza escaneando el código QR. Aplica únicamente para la emisión original.

Escaneado con CamScanner

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. 53-46-101002367, 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 MONTERIA, a los 1 días del mes de Agosto de 2020

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

Escaneado con CamScanner

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.53-46-101002367

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.

Escaneado con CamScanner

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

3. SUMA ASEGURADA.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 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.

Escaneado con CamScanner

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14684553171

(415)7707212489984(8020) 000001468455317 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 6 4 9 8 9 8 5 7	3	Impuestos y Aduanas de Montería 1 2	

IDENTIFICACION

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 0 6 4 9 8 9 8 5 7	2 0 0 7 0 9 1 9

Lugar de expedición / 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Córdoba 2 3	Cereté 1 6 2

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ALVIS	BEDOYA	LICETH	MARCELA

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Córdoba 2 3	Montería 0 0 1

41. Dirección principal: CL 62 7 117 BRR LOS ALCAZARES

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
liceth_1889@hotmail.com		3 2 2 8 1 0 4 4 4 8	

CLASIFICACION

Actividad económica

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

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:	2	0																								

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	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: 2 0 2 0 0 2 2 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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre: ALVIS BEDOYA LICETH MARCELA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Hace constar:

Que el Sr(a) LICETH MARCELA ALVIS BEDOYA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1064989857 realizó el día 21/08/2020 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 LICETH MARCELA ALVIS BEDOYA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1064989857 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.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.

_____
Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General - SENA

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN Y AUTOCONTROL

Un compromISO de Todos.

Hace constar:

Que el Sr(a) LICETH MARCELA ALVIS BEDOYA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1064989857 realizó el día 22/08/2020 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General - SENA

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

Escaneado con CamScanner

Certificado Bancario

Viernes, 24 de Julio de 2020

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que LICETH MARCELA ALVIS BEDOYA identificado(a) con CC 1064989857, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	10532143441	2014/10/08	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: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
Es el momento de todos Bancolombia

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4005389570	2|6|0|7|2|0|2|0

. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo) Página 1 de

I.tipo de tramite
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion
B. Colectiva ☐ A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐
B. Institucional ☐ B. De oficio ☐

3.Regimen
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

I. Tipo de afiliado
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante
A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS) 59

A. AFILIACIÓN

I. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6.Apellidos y nombres			
ALVIS Primer apellido	BEDOYA Segundo apellido	LICETH Primer nombre	MARCELA Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1064989857	Femenino ☒ Masculino ☐	1|8|0|5|1|9|8|9

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad		13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M	Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	PORVENIR FPC	877803

18.Residencia

MZ K LT 23 BRR SANTA ELENA Dirección	Telefono fijo	3228104448 Telefono celular	LICETH_1889@HOTMAIL.COM Correo electronico
MONTERIA Municipio/Distrito	zona Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	CORDOBA Departamento

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino ☐ Masculino ☐	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad				
			Tipo			Condición	
			F	N	M	T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona		Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
		Urbana	Rural			
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS UAB SINU CENTRO - VS UOD PERLA DEL SINU	VSSINUCENT - VSUODPERLA
B	-	-
B	-	-
B	-	-

/. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA,INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
LICETH MARCELA ALVIS BEDOYA	CC	1064989857	01

39.Ubicación

MZ K LT 23 BRR SANTA ELENA Dirección	3228104448 Teleéfono	LICETH_1889@HOTMAIL.COM Correo electrónico	MONTERIA Municipio/distrito	CORDOBA Departamento

M-PYGA-F001 V 1.0-201

Escaneado con CamScanner

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripcion en la EPS. Código: ☐
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 10. Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 14.Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento
- ☐ 16.Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ 17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 18. Reporte de la calidad del pensionado

I. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		2|7|0|7|2|0|2|0

43.EPS anterior	44.Motivo de traslado Código:	45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

II. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.

47. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.

48. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

49. ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .

50. ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

51. ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran

52. ☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013

53. ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

III. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
Liceth Alvis Bedoya	Liceth Alvis Bedoya

X.ANEXOS

56. ☐ Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

57. ☐ Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

58. ☐ Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.

59. ☐ Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.

60. ☐ Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor

61. ☐ Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.

62. ☐ Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.

63. ☐ Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud

64. ☐ Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

65. ☐ Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

C. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN Número ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	71.Firma del funcionario

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

Escaneado con CamScanner

LABORATORIO CLINICO SERVILAB DEL CARIBE
NIT 901093730-5
Tel: (4) 789-07-43
Cra 11 # 27-62
Montoria Cordoba

Impreso	24 jul. 2020 01:29:04 pm		RESULTADOS				Software Baxlab v20170721
Sede	LABORATORIO SERVILAB DEL CARIBE						Página 1 de 4
Paciente	ALVIS BEDOYA LICETH			Sexo F	Edad 31A 2M 6D	Nro. De Recepción	13829
Identf.	CC 1064989857	Telefono 3205831155			Fecha De Recepción	24 jul. 2020 08:05:14 am	
Entidad	PARTICULAR			SubEntidad	SIN SUBENTIDAD		
Sala	CONSULTA EXTERNA		Cama	Médico	ASIGNADO NO .		

	Resultados	Unidades	Valores Referencia

QUIMICA

1. GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTROS FLUIDOS

Glicemia en Ayunas	85	mg/dl	70 a 105

Colorimetria

INTERPRETACION:

Prematuro:	20 a 60
0 a 1 dia:	40 a 60 mg/dl
> 1 dia:	50 a 80 mg/dl
Niños Y Adultos:	70 a 105mg/dl

Reportado Por: LUIS MIGUEL SEGURA CALAO — Fecha Reporte 24 jul. 2020 01:02 pm

2. Colesterol total sérico — 200 — mg/dl

Colorimetria

Valores de Refencia:

Optimo:	Menor de 200 mg/dl
Intermedio Alto:	De 200 a 239 mg/dl
Alto:	Mayor de 240 mg/dl

NIÑOS Y ADOLESCENTES:

Optimo Menor de.....170 mg/dL
Limitrofe .....170 a 199 mg/dL
Alto mayor de.....200 mg/dL

Reportado Por: LUIS MIGUEL SEGURA CALAO — Fecha Reporte 24 jul. 2020 01:27 pm

3. Colesterol HDL — 42 — mg/dL — 40 a 55

Reportado Por: LUIS MIGUEL SEGURA CALAO — Fecha Reporte 24 jul. 2020 01:28 pm

LABORATORIO CLINICO SERVILAB DEL CARIBE
NIT 901093730-5
Tel: (4) 789-07-43
Cra 11 # 27-62
Montoria Cordoba

Impreso	24 jul. 2020 01:29:04 pm		RESULTADOS			Software Baslab v20170721	
Sede	LABORATORIO SERVILAB DEL CARIBE						
Paciente	ALVIS BEDOYA LICETH		Sexo F	Edad 31A 2M 6D	Nro. De Recepción	13829	
Identf.	CC 1064989857	Teléfono 3205831155		Fecha De Recepción	24 jul. 2020 06:05:14 am		
Entidad	PARTICULAR		SubEntidad	SIN SUBENTIDAD			
Sala	CONSULTA EXTERNA	Cama	Médico	ASIGNADO NO .			

	Resultados	Unidades	Valores Referencia

QUIMICA

4. Colesterol LDL — 122.2 — mg/dl

Colorimetria

Valor de Referncia:
Optimo: Menor de 100 mg/dl
Intermedio Alto: De 100 a 150 mg/dl
Alto: Mayor de 150 mg/dl

Colesterol VLDL — 35.8 — mg/dl

Colorimetria

Valor de Referencia:
Menor de 50 mg/dl

Reportado Por: LUIS MIGUEL SEGURA CALAO — Fecha Reporte 24 jul. 2020 01:28 pm

5. Triglicéridos sérico — 179 — mg/dl

Colorimetria

Valor de Referencia:

Optimo: Menor de 160 mg/dl
Intrmedio Alto: De 160 a 199 mg/dl
Alto: Mayor de 200 mg/dl

Reportado Por: LUIS MIGUEL SEGURA CALAO — Fecha Reporte 24 jul. 2020 01:02 pm

HEMATOLOGIA

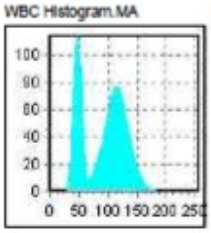
LABORATORIO CLINICO SERVILAB DEL CARIBE
NIT 901093730-5
Tel: (4) 789-07-43
Cra 11 # 27-62
Montoria Cordoba

Impreso	24 Jul. 2020 01:29:04 pm		RESULTADOS			Software Baxlab v20170721	
Sede	LABORATORIO SERVILAB DEL CARIBE						
Paciente	ALVIS BEDOYA LICETH		Sexo F	Edad 31A 2M 6D		Nro. De Recepción	13829
Identif.	CC 1064989857	Telefono 3205831155		Fecha De Recepción		24 Jul. 2020 08:05:14 am	
Entidad	PARTICULAR		SubEntidad	SIN SUBENTIDAD			
Sala	CONSULTA EXTERNA	Cama	Médico	ASIGNADO NO .			

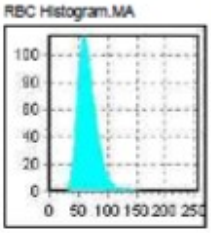
	Resultados	Unidades	Valores Referencia
HEMATOLOGIA			
6 . HEMOGRAMA TIPO IV			
Hemoglobina	11	gr/dl	12 a 17
Hematocrito	35,50	%	36 a 52
Recuento de Eritrocitos(RBC)	4,30	x10^6/uL	3,50 a 5
Volumen Medio Corpuscular (MCV)	82,60	fL	80 a 100
Hemoglobina Corpuscular Media(MCH)	25,60	pg	27 a 34
Conc Media de Hb Corpuscular (MCHC)	31	gr/dl	31 a 36
Indice de distribución eritrocitaria (RDW-CV)	17,20	fL	11 a 16
Indice de distribución eritrocitaria (RDW-SD)	45,30	fL	35 a 56
Recuento de Leucocitos(WBC)	7,86	x10^6/L	4 a 10
Neutrófilos(%)	57,30	%	45 a 70
Neutrofilos(/mmc)	4,50	x10^3/mmc	2 a 7
Linfocitos(%)	36,50	%	25 a 45
Linfocitos(/mmc)	2,87	x10^3/mmc	0,80 a 4
Monocitos(%)	6,20	%	3 a 12
Monocitos(/mmc)	0,49	x10^3/mmc	0,12 a 1,20
Recuento de Plaquetas(PLT)	446	x10^3/uL	150 a 450
Plaquetocrito (PCT)	0,48	%	0,11 a 0,50
Volumen plaquetario medio (MPV)	10,70	fL	6,50 a 12
Indice de distribuciónPlaquetario (PDW)	16,30	fL	6,50 a 12

Reportado Por: LUIS MIGUEL SEGURA CALAO — Fecha Reporte 24 jul. 2020 01:26 pm

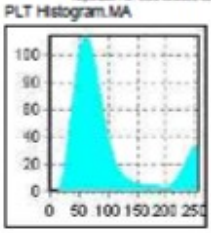
WBC Histogram.MA



RBC Histogram.MA



PLT Histogram.MA



PRUEBAS ESPECIALES

7 . Antigeno de Superficie Hepatitis B	No Reactivo	
TECNICA ELFA		

Reportado Por: LUIS MIGUEL SEGURA CALAO — Fecha Reporte 24 jul. 2020 12:31 pm

LA INTERPRETACIÓN DE SUS

LABORATORIO CLINICO SERVILAB DEL CARIBE

NIT 901093730-5
Tel: (4) 789-07-43
Cra 11 # 27-62
Montoria Cordoba

Impreso	24 Jul. 2020 01:29:04 pm		RESULTADOS			Software Baxlab v20170721	
Sede	LABORATORIO SERVILAB DEL CARIBE					Página 4 de 4	
Paciente	ALVIS BEDOYA LICETH			Sexo F	Edad 31A 2M 6D	Nro. De Recepción	13829
Identif.	CC 1064989857	Telefono 3205831155			Fecha De Recepción	24 Jul. 2020 08:05:14 am	
Entidad	PARTICULAR			SubEntidad	SIN SUBENTIDAD		
Sala	CONSULTA EXTERNA		Cama	Médico	ASIGNADO NO .		

Resultados	Unidades	Valores Referencia
		RESULTADOS CORRESPONDEN A SU MEDICO.

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
NIT 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3053775382-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha Impresión:	MONTERÍA - 2020/07/24	Nro Ingreso:	003644 / PRINCIPAL
Paciente:	LICETH MARCELA ALVIS BEDOYA	Origen:	PARTICULAR
CC:	1064989857	Destino:	SENA
Edad:	28 años	Cargo:	ENFERMERA
Género:	Femenino	Fecha Ingreso:	2018-01-23 17:05:46
Tipo Evaluación:	EXAMEN INGRESO	Fecha Salida:	2018-01-24 10:07:17

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS **LABORATORIO CLINICO** **COMPLEMENTARIOS** **VACUNAS**

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	PACIENTE CON SOBREPESO Y MIOPIA QUE CORRIGE CON GAFAS, QUE NO LA LIMITA PARA SUS FUNCIONES DIARIAS, CLINICAMENTE SANA APTA PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES. SE LE DAN RECOMENDACIONES. RESTO DE COMPLEMENTARIOS NORMALES
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NORMAL

Recomendaciones Generales

- [ ] Examen Periodico Ocupacional
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [ ] Continuar Manejo Medico
- [x] Pausas Activas
- [x] Uso de E.P.P.
- [x] Higiene Postural
- [ ] Remitir a EPS

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Recomendaciones Específicas y/o Restricciones

1. BAJAR DE PESO 2. DIETA BAJA EN GRASA Y CALORÍAS RICAS EN FRUTAS, VERDURAS Y PROTEÍNA 3. EJERCICIO DIARIO UNA HORA DE CAMINATA 4. AUTOEXAMEN DE MAMA PERIÓDICO 5. CITOLOGÍA ANUAL. 6. PAUSAS ACTIVAS 7. HIGIENE POSTURAL 8. HACER BUENA TÉCNICA DE LAVADO DE MANOS 9. UTILIZAR LAS EPP.

Autorizo la realizaoión de exámenes ocupaoionales según oonsentimiento informado y politioa de proteoción de datos diligenoiadas en el autoreporte de oondioiones de salud que previamente firme. La firma del paoiente referida en este dooumento es imagen extraida del oonsentimiento informado y politioa de proteoción de datos diligenoiada y firmada por oada paoiente antes de ingresar a la atenoión donde nos autoriza a praotioarle los exámenes médioos y paraolinioos oorrespondientes. La imagen de firma del paoiente oertifioa que se presento y diligenoio el dooumento de oonsentimiento informado el oual reposa en los arohivos de FUNDACION CERTIFICAR.

Profesional Ocupacional: GIACOMO FRANCESCO SALAZAR YOUNG
Registro M.D: 232280
Licencia S.O: 000129

Firma del Paciente: LICETH MARCELA ALVIS BEDOYA
Identificacion: CC. - 1064989857

Todos los derechos reservados - www.innovasoft.col.com

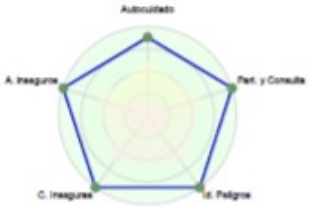
Reporte Stest

Nombres **LICETH MARCELA ALVIS BEDOYA**
Doc CC1064989857
Fecha 24/07/2020
Ocupación ENFERMERA.
Empresa SENA
Referencia SENA

FUNDACION CERTIFICAR
Fundacion Certificar Principal
900754805-2
CALLE 25 N 10-27 MONTERIA/ CORDOBA
Tel:7963219

PPAC SALUD OCUPACIONAL

1.- PPAC-SO Escala: Salud Ocupacional



VARIABLE	P(RANGO)	INTERPRETACIÓN
Autocuidado	P88 (>P61)	El ususario posee habilidades y competencias para desarrollar procesos para su cuidado personal.
Actos Inseguros	P100 (>P59)	El usuario presenta comportamientos responsables que promueven su salud y seguridad laboral.
Condiciones Inseguras	P100 (>P64)	El usuario se encuentra dentro de un ambiente de trabajo seguro, que promueve procesos y situaciones para evitar incidentes.
Identificación de Peligros	P100 (>P68)	El usuario identifica y prevee posibles situaciones de peligro y sus caracteristicas .
Participación y Consulta	P100 (>P62)	El usuario participa activamente en entrenamientos y comunica oportunamente situaciones de peligro que atentan contra sus seguridad laboral y de los demás.

2.- PPAC-SO - Escala: Personalidad

VARIABLE	P(RANGO)	INTERPRETACIÓN
Afectivos	P24 (<=P67)	El estado de ánimo y el humor del usuario se encuentran dentro de un perfil normal.
Disociativos	P34 (<=P52)	La integracion de la conciencia la percepcion de la identidad corporal del usuario se encuentran dentro de un perfil normal.
Sueño	P36 (<=P65)	El usuario presenta estados de sueño y vigilia dentro de los parámetros normales.
Desórdenes Mentales	P58 (<=P62)	El usuario se relaciona con los demás y con su contexto dentro de parámetros normales.

3.- PPAC-SO Escala: Atención

VARIABLE	P(RANGO)	INTERPRETACIÓN
Atención	P56 (>P56)	El usuario presenta adecuada capacidad de seleccionar información y concentrarse en estímulos relevantes.

TRAZABILIDAD	Num Orden	Doc	Nombre	Evaluador	Fecha	Baremos
FUNDACION CERTIFICAR	1	368376	CC1064989857 LICETH MARCELA ALVIS BEDOYA	funcertificar_ydiaz	2020-07-24 06:26:18am	SPSO-1-SO-2019 | SPSO-2-Pers-2019 | SPSO-SO-3-Ate-2019

Nota: Este test corresponde a pruebas de tamizaje, las cuales permiten de forma estandarizada, conocer el estado de una persona frente a determinado grupo poblacional en torno a una variable, situación médica, trastorno o una enfermedad. Para interpretación detallada consule el manual del test: PPAC Version Salud Ocupacional - Version Beta (de Prueba).

Yessenia Del Carmen Diaz Lara
Psicologa , TP. 127466

LICETH MARCELA ALVIS BEDOYA
Evaluado

Fundación CERTIFICAR	**CERTIFICADO EXAMEN OPTOMTERIA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** **DEPENDENCIA: ASISTENCIAL**	**COD**	**GA-F-004**
		PROC	**ADM**
		VERSION	**1**
		FECHA	**2/02/2015**

INFORMACION GENERAL

LUGAR Y FECHA:	MONTERIA CORDOBA 24/07/2020		
PACIENTE:	LICETH MARCELA ALVIS BEDOYA		
IDENTIFICACION:	1064989857	**ORIGEN:**	PARTICULAR
EDAD:	**31 años**	**DESTINO:**	SENA
TIPO DE EVALUACION:	OPTOMETRIA	**CARGO:**	**ENFERMERA**
FECHA INGRESO:	24/07/2020	**FECHA SALIDA:**	24/07/2020

ANAMNESIS:

NIEGA PATOLOGIA VISUAL

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCION

VISION LEJANA	**OD**	**20/70**	**VISION PROXIMA**	**OD 20/70**
	OI	**20/70**		**OI 20/70**

EXAMEN EXTERNO

VISION CROMATICA	**NORMAL**	**OFTALMOSCOPIA**	
REFRACCION Y SUBJETIVO		**ESTEREOPSIS**	**20CM ARCOS**

AGUDEZA VISUAL CON LENTES EN USO

VISION LEJANA	**OD N/A**	**VISION PROXIMA**	**OD N/A**
	OI N/A		**OI N/A**

DIAGNOSTICO

MIOPÍA MAS ASTIGMATISMO.

RECOMENDACIONES

USO DE GAFAS PARA CORRECIÓN VISUAL.

ELABORADO POR: C.C. 25955514

FUNDACION CERTIFICAR

Código del Prestador: 230010172301 **NIT:** 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Teléfono: 7953219-3053775382-3013716603
Web: www.nomips.com
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

Descripcion del Informe

Fecha de Impresión: **2020/07/24 12:31:42**
Impreso por: **GIACOMO FRANCESCO SALAZAR YOUNG 0**

FORMATO INSTITUCIONAL PARA EL USO Y MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA AUDIOMETRIA

Datos del Paciente

Identificación:	**CC - 1064989857**	Nro Historia:	**1064989857**
Paciente:	**ALVIS BEDOYA LICETH MARCELA**	Nro Ingreso:	**2020072402016**
Fecha Nac:	**1989/05/18**	Fecha Ingreso:	**2020-07-24 07:31:20.000**
Dirección:	**MZ K LOTE 23**	Tipo de Evaluación:	**Ingreso**
Edad:	**31 años**	Enfasis:	**Osteomuscular**
Teléfono:			
Nombre del Cargo:	**ENFERMERA**		

Audiometria - Antecedentes personales

Otologicos

	Presenta	Descripcion
Otitis	no	NO REFIERE
Sinusitis	no	NO REFIERE
Rinitis	no	NO REFIERE
Otalgia	no	NO REFIERE
Vértigo	No	NO REFIERE
Hipertension Arterial	No	NO REFIERE
Diabetes	No	NO REFIERE
Acúfenos	no	NO REFIERE
Enfermedades Virales	no	NO REFIERE
Otorrea	no	NO REFIERE
Otorragia	no	NO REFIERE
Prurito	no	NO REFIERE
Sensación de Oido Tapado	no	NO REFIERE
Tinnitus	no	NO REFIERE
Hipoacusia Subjetiva	no	NO REFIERE
Otros Otologicos	NO REFIERE	

Sintomaticos

Patologicos

	Presenta	Descripcion
Parotiditis	no	NO REFIERE
Sarampión	no	NO REFIERE
Rubeola	no	NO REFIERE
Alteración de Tiroides	no	NO REFIERE
Otros Patologicos	NO REFIERE	

Traumaticos

	Presenta	Descripcion
Trauma Craneoencefálico	no	NO REFIERE
Trauma Directo	no	NO REFIERE
Trauma Acústico	no	NO REFIERE
Otros Traumaticos	NO REFIERE	

Quirurgicos