SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE ELECTRICIDAD Y ELECTRONICA Y TELECOMUNICACION - BTA DC

Código Regional	11
Código Centro	921010
Fecha Elaboración	Octubre de 2020
Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
ID de Proceso	86160-361488

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	DIANA LUISA PINZON GAITAN	**C.C.**	51.922.663	**IP/Nº de contacto**	14970
Correo electrónico contratista:	dlpinzong@misena.edu.co				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE | **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO | **Es declarante de renta?** SI | **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** 3515807330

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:	1883571/2020			**Nº Compromiso SIIF**	54220		
Valor Total del Contrato	$ 7.359.480	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 7.359.480	**1**	**Del**	**05/10/2020**	**Al**	**31/10/2020**	**$ 3.189.108,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 4.170.372		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.189.108		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	**$ 3.189.108**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.832.781**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Octubre	Septiembre			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	———	7767109570	Valor Base retención en la fuente	1.832.781,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.275.643	$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	2.825.408,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 159.500	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 204.200	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL I	$ 6.700	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	27.293,00	0,966%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -		-	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ 381.700		Descuentos de Libranza	0,00	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 610.927		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		**VALOR A PAGAR**	**$ 3.161.815,00**	

SON: TRES MILLONES CIENTO SESENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1959593, 2024533 G2, 2024533 G3 y 2068272 G1 Técnico Sistemas se impartió formación Competencia Promover guías Generar hábitos saludables y Principios y valores.
1922343 Tecnólogo Gestión de Redes de Datos se impartió Competencia Promover guías Principios y Valores y Cultura Física
1927893 Tecnólogo Gestión de Redes de Datos se impartió Competencia Promover guía Generar Hábitos Saludables
1963943 G1, 1963945 G2 y2068266 G2 Tècnicos Ssitemas se impartió formación Competencia Promover guías Proyecto de vida y Desarrollar Habilidades Psicomotrices
2025927 G1 Tecnólogo Gestión de Redes de Datos se impartió formación Competencia Promover guías Expresión Oral y Comunicación asertiva

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:
1. Cumpli 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.

DIANA LUISA PINZON GAITAN
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,

GERMAN GILBERTO ALARCON ROZO
INSTRUCTOR G20

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

CLAUDIA JANET GOMEZ LARROTTA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	51922663
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DIANA LUISA PINZON GAITAN
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 149 # 48-31 APTO 504	TELÉFONO:	4785046
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7767109570**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	septiembre	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	septiembre
	AÑO:	2020		AÑO:	2020
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/10/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		768777596

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800227940	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 160.000
SUBTOTAL:			1	**$ 160.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 125.000
SUBTOTAL:			1	**$ 125.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 5.300
SUBTOTAL:			1	**$ 5.300**

TOTAL PAGADO:	**$ 290.300**

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **DIANA LUISA PINZON GAITAN** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **51922663** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 51922663
NOMBRES Y APELLIDOS	DIANA LUISA PINZON GAITAN
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/09/2020
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	0
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	0

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **01/10/2020**

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

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14513113924

(415)7707212489984(8020) 000001451311392 4

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

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	5 1 9 2 2 6 6 3	1 9 8 7 0 3 0 6

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PINZON	GAITAN	DIANA	LUISA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CL 149 48 31 AP 504

42. Correo electrónico: dianaluisap@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	4 7 8 5 0 4 6	3 1 1 2 1 7 4 5 0 5

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Ocupación	
51. Código	52. Número establecimientos

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

Obligados 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 - 05 - 20

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Cendiatra
centro de diagnóstico y tratamiento



DATOS PACIENTE

Nombres:	DIANA LUISA PINZON GAITAN
Tipo de Documento:	CC **Documento** 51922663
Sexo F **F. Nacimiento:**	06/10/1968 **Edad:** 49 Años
Entidad:	PARTICULAR/OCCIDENTE
Centro de Costo:	N/A
Cargo:	CONTRATISTA
Fecha de Atencion:	2018-01-10
Fecha y Hora entrega resultados:	10/01/2018 4.10 PM

CERTIFICADO MEDICO DE CONDICIONES GENERALES DE SALUD
Resolución No. 2346 de 2007 y Resolución No. 1918 de 2009

Realizado la valoración Médico Ocupacional de INGRESO, el suscrito médico certifica que el aspirante al cargo es:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Tipo de Restricciones ó Limitaciones:

NO TIENE

Recomendaciones:

OTRAS: REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE LAS JORNADAS LABORALES, HIGIENE POSTURAL.

Se Sugiere Control en Programas de Vigilancia Epidemiológica

RIESGO BIOMECANICO

Exámenes Realizados:

ENFASIS CARDIOVASCULAR SIMPLE	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar.
Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A): JOHANA SAAVEDRA DELGADO RM: 6961 DEL 2015

JOHANA SAAVEDRA
Johana Saavedra
Esp. Salud Ocupacional
Res. 6961 del 26/05/15
TP. 18 602/2012

Firma y sello del Médico Evaluador

DIANA LUISA PINZON GAITAN
C.C 51922663
Firma del trabajador Evaluado

Claudia Mª Torres García
Prof. Salud Ocupacional
Esp. Gestión [illegible]

ISO 9001:2008
BUREAU VERITAS
Certification
CO15.00035

SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LTDA.

Código del Prestador: 110010653701 **Nit:** 830029102-0
Dirección: Cra 24 Nro 84 - 37
Teléfono: 7560686
Web: www.saludocupacionalandes.com
Email: conceptos@soandes.co

Descripcion del Informe

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

Fecha de Impresión: **2018/01/10 14:33:56**
Impreso por: **CRISTINA LOPEZ ARANZAZU**

Datos del Paciente

Identificación:	**CC - 51922663**	Nro Historia:	**51922663**
Paciente:	**PINZON GAITAN DIANA LUISA**	Nro Ingreso:	**713896**
Fecha Nac:	**1968/10/06**	Fecha Ingreso:	**2018-01-10 13:28:53**
Dirección:	**CLL 149 N48-41 APTO 504**	Origen:	**PARTICULAR**
Edad:	**49 años**	Destino:	
Teléfono:	**4785046**	Enfasis:	**OSTEOMUSCULAR**
Nombre del Cargo:	**ESPECIALISTA EN SEGURIDAD**		

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	niega	

Sintomaticos

	Presenta	Descripcion
Sintomas Oído	no	NO REFIERE
Sintomas Nariz	no	NO REFIERE
Sintomas Garganta	no	NO REFIERE

Extralaborales

	Presenta	Descripcion
Servicio Militar	no	NO REFIERE
Otros Extralaborales	NIEGA	

Patologicos

	Presenta	Descripcion
Parotiditis	no	NO REFIERE
Sarampión	si	EN LA INFANCIA
Rubeola	no	NO REFIERE
Alteración de Tiroides	no	NO REFIERE
Otros Patologicos	NIEGA	

Traumaticos

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

Quirurgicos

	Presenta	Descripcion
Cirugia de Oído	no	NO REFIERE
Cirugia de Garganta	si	AMIGDALECTOMIA
Cirugia de Nariz	no	NO REFIERE
Cirugia de Cabeza y Cuello	no	NO REFIERE
Timpanoplastia	no	NO REFIERE
Otros Quirurgicos	NIEGA	

Toxicos y Farmacos

	Presenta	Descripcion
Medicamentos Ototoxicos	no	NO REFIERE
Fármacos	no	NO REFIERE
Tóxicos Industriales	no	NO REFIERE
Ultima Audiometria Realizada	De 0 a 6 meses ▼	Normal
Observaciones	NO REFIERE TRABAJOS CON RUIDO	

Claudia Mª Torres García
Prof. Salud Ocupacional
Esp. Gestión Ambiental
Nº 72367

Audiometria - Habitos

Tejo	No Practica	NO REFIERE
Poligono	No Practica	NO REFIERE
Musica a Alto Volumen	No Practica	NO REFIERE
Walkman, Ipod, Mp3, Mp4	No Practica	NO REFIERE

Otros habitos NO REFIERE

Audiometria - Examen Fisico

OIDO DERECHO

Pabellon Auricular	Normal	SIN HALLAZGOS
Conductos Auditivos	Normal	SIN HALLAZGOS
Membrana Timpanica	Normal	SIN HALLAZGOS

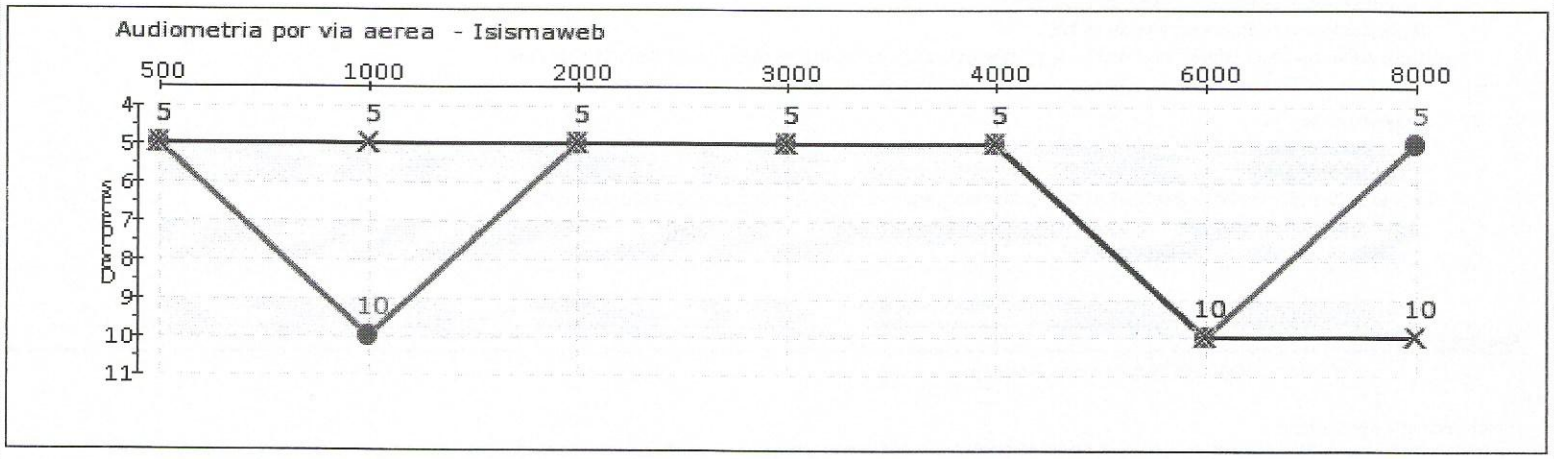
Otro SIN HALLAZGOS

OIDO IZQUIERDO

Pabellon Auricular	Normal	SIN HALLAZGOS
Conductos Auditivos	Normal	SIN HALLAZGOS
Membrana Timpanica	Normal	SIN HALLAZGOS

Otro SIN HALLAZGOS

Audiometria - Grafica



Audiometria - Audiograma Actual

Tipo de Examen: Via Aerea

- [x] Aerea - OD
- [x] Aerea - OI
- [x] Osea - OD
- [x] Osea - OI
- [x] Aerea Enmascarada - OD
- [x] Aerea Enmascarada - OI
- [x] Osea Enmascarada - OD
- [x] Osea Enmascarada - OI

PTA (5123)

OI 5 dB

OD 6.25 dB

Audiometría Previa
1900-01-01 00:00:00

Frecuencias

500	1.000	2.000	3.000	4.000	6.000	8.000	Oido
5	10	5	5	5	10	5	**Derecho**
5	5	5	5	5	10	10	**Izquierdo**

Audiometria - Audiograma Anterior

500	1.000	2.000	3.000	4.000	6.000	8.000	Oido
0	0	0	0	0	0	0	**Derecho**
0	0	0	0	0	0	0	**Izquierdo**

Cambio Significativo: No

Audiometria - Audiograma Diferencia

500	1.000	2.000	3.000	4.000	6.000	8.000	Oido
0	0	0	0	0	0	0	**Derecho**
=	=	=	=	=	=	=	STS
0	0	0	0	0	0	0	**Izquierdo**
=	=	=	=	=	=	=	STS

Observaciones

NO REFIERE

Audiometria - Recomendaciones

- [ ] Remision ORL
- [ ] Rotar Diadema Telefonica
- [x] Control segun PVE
- [ ] Auditiva segun PVE
- [ ] Pausa Auditiva
- [ ] Pruebas Complementarias
- [ ] Remision a Medicina Laboral
- [ ] Uso de EPP Auditivo
- [ ] Elemento de proteccion
- [ ] Conducir con ventanas cerradas
- [x] Reposo auditivo Extralaboral
- [ ] Limpieza OD
- [ ] Limpieza OI
- [ ] Lavado de Oido

Claudia Mª Torres García
Prof. Salud Ocupacional
Esp. Gestión Ambiental
Nº 72367

Audiometria - Controles

- [ ] Mensual
- [ ] Trimestral
- [x] Anual
- [ ] Bimensual
- [ ] Semestral
- [ ] Audiometria Confirmatoria

Audiometria - Impresion Diagnostica

Diagnostico Principal EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION
Diagnostico Interno AUDICION NORMAL BILATERAL
Descripcion del GATI-SO AUDICION NORMAL BILATERAL (1) CONTROL SEGUN PVE EN RUIDO REPOSO AUDITIVO EXTRA LABORAL

Diagnostico Rel 1 0
Diagnostico Rel 2 0
Diagnostico Rel 3 0
Diagnostico Bilateral AUDICION NORMAL BILATERAL (1) CONTROL SEGUN PVE EN RUIDO REPOSO AUDITIVO EXTRA LABORAL
Diagnostico O.D AUDICION NORMAL OD
Diagnostico O.I AUDICION NORMAL OI

Audiometria - Resultado

Resultado de Audiometria Normal

* Descripcion del Resultado general
AUDICION NORMAL BILATERAL (1) CONTROL SEGUN PVE EN RUIDO REPOSO AUDITIVO EXTRA LABORAL

Consentimiento Informado del Trabajador

Autorizo al médico quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Nombre Profesional: SANDRA BIBIANA ESCOBAR ROMERO
Registro Profesional: 39707955

Nombre del Paciente: **DIANA LUISA PINZON GAITAN**
Identificacion del Paciente: **CC - 51922663**

Todos los derechos reservados Innovasoft Colombia S.A.S.

corporación oir
salud auditiva

ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO
Fundada en 1980 por el CR Bogotá Chapinero
AV. CRA. 13 # 63 – 39
EDIFICIO SEGUROS BOLÍVAR CHAPINERO
PASAJE LIBERTADOR - OFICINA 604. - BOGOTÁ, D.C.
TELÉFONO: 640 0875 - CELULAR: 321 490 3882
servicioalcliente@corporacion-oir.org
www.corporacion-oir.org

FICHA DE AUTOPERCEPCIÓN DE LA VOZ

Ciudad y fecha: Bogotá 10 de enero/2023 Doc. Ident. _____
Nombre del Trabajador: Diana Pinzón García
Edad: 44 Sexo: M ___ F X Cargo: Secretaria auxiliar Tipo de examen: I ☒ P ☐ R ☐ E ☐ C ☐
Horas de uso vocal por día: Entre 0 y 4 _____ Entre 4 y 8 _____ Más de 8 horas _____

Evaluación por el paciente de la normalidad o gravedad de su voz.

Si el ítem lo requiere puntúe su respuesta del 1 al 5 teniendo en cuenta que:

1 No Hay Alteración

2 Alteración Leve

3 Alteración Moderada

4 Alteración de Moderada a Severa

5 Alteración Severa

Tenga en cuenta: M (mañana), T (tarde), N (noche)

ÍTEMS	SI	NO	PUNTUACIÓN (1 - 5)
¿Su voz cambia a lo largo del día?		X	1
¿Su voz suena quebrada y ronca?		X	1
¿Cuándo está hablando siente que se queda sin aire?		X	1
¿La gente lo oye con dificultad?		X	1
¿Necesita aclarar (carraspear o toser) su voz cuando está hablando?		X	1
¿Las personas le piden que repitan lo que está hablando?		X	1
¿Su problema de voz afecta su rendimiento laboral?		X	1
¿Su calidad de voz es buena siempre? y ¿en qué momento del día es peor?	✓	X	M ___ T ___ N ___
¿Siente que su voz es molesta para los que la escuchan?		X	1

Firma Paciente
C.C. 51922663 BTA

Claudia Mp Torres García
Prof. Salud Ocup.

IMPRESO POR: JOSÉ ABEL RIVERA M. NIT: 79.338.817-1 CEL: 311-620-7

*"El sentido de **OIR** es ayudar a integrarse al mundo, es **vivir**"*

EVALUACIÓN DEL ÓRGANO FONOARTICULADOR

SEGMENTO	NORMAL	ANORMAL	HALLAZGO
Labio superior	✓		
Labio inferior	✓		
Lengua	✓		
Maxilar	✓		
Paladar anterior (duro)	✓		
Paladar posterior (blando)	✓		
Articulación témporomandibular	✓		
Cuello	✓		

CUALIDADES DE LA VOZ

SEGMENTO	NORMAL	ANORMAL	HALLAZGO
Timbre	✓		RASPOJA
Tono	✓		AGUDO.
Intensidad	✓		ALTA
Duración	✓		ALTA

CARACTERÍSTICAS RESPIRATORIAS

O: Torácica ___ Abdominal ✓ Mixto ___ **MODO:** Nasal ___ Oral ✓ Mixto ___

Tiempo espiratorio: Abierto (TEA): N ✓ A ___ Cerrado (TEC): N ✓ A ___

PERMEABILIDAD NASAL

Prueba de Glatzel: Narina Derecha: N ✓ A ___ Narina Izquierda: N ✓ A ___

COORDINACIÓN FONORESPIRATORIA

Prueba de Rosenthal: Normal ✓ Ruido ___ Fatiga ___ Mareo ___

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Cualidades de la voz: NORMAL: ___ ANORMAL: ✓ CUAL?: ___

Características respiratorias: NORMAL: ___ ANORMAL: ✓ CUAL?: ___

Permeabilidad nasal: NORMAL: ___ ANORMAL: ✓ CUAL?: ___

Coordinación fonorespiratoria: NORMAL: ___ ANORMAL: ✓ CUAL?: ___

Órgano fonoarticulador: NORMAL: ✓ ANORMAL: ___ HALLAZGO ___

OTRO (CUAL): ___

RECOMENDACIONES

CONTROL SEGÚN PVE: ___ CAPACITACIÓN EN CUIDADOS DE LA VOZ: ✓

VALORACIÓN POR: FONOAUDIOLOGÍA: ✓ OTORRINOLARINGOLOGÍA: ___

REPOSO VOCAL EXTRALABORAL: ✓ PAUSAS ACTIVAS: ✓ OTRA: HIDRATACION

OBSERVACIONES

CUALIDADES DE VOZ PEATRO DE PARAMETROS DE VOZ MALOS AG. BUENA COORDINACION FONORESPIRATORIA, MANTENER BUEN ENTRENADOR Y TIEMPO DE HIDRATA.

JAIR STEVEN TRUJILLO RUIZ
Evaluador

Licencia Profesional

Paciente

C.C. 5197663 BTA

Claudia Mª Torres García

EVALUACIÓN DEL ÓRGANO FONOARTICULADOR

SEGMENTO	NORMAL	ANORMAL	HALLAZGO
Labio superior	✓		
Labio inferior	✓		
Lengua	✓		
Maxilar	✓		
Paladar anterior (duro)	✓		
Paladar posterior (blando)	✓		
Articulación témporomandibular	✓		
Cuello	✓		

CUALIDADES DE LA VOZ

SEGMENTO	NORMAL	ANORMAL	HALLAZGO
Timbre	✓		RASPOSA
Tono	✓		AGUDO.
Intensidad	✓		ALTA
Duración	✓		ALTA

CARACTERÍSTICAS RESPIRATORIAS

TIPO: Torácica ___ Abdominal ___ Mixto ___ **MODO:** Nasal ___ Oral ___ Mixto ___

Tiempo espiratorio: Abierto (TEA): N ___ A ___ Cerrado (TEC): N ___ A ___

PERMEABILIDAD NASAL

Prueba de Glatzel: Narina Derecha: N ___ A ___ Narina Izquierda: N ___ A ___

COORDINACIÓN FONORESPIRATORIA

Prueba de Rosenthal: Normal ___ Ruido ___ Fatiga ___ Mareo ___

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Cualidades de la voz: NORMAL: ___ ANORMAL: ___ CUAL?: ___

Características respiratorias: NORMAL: ___ ANORMAL: ___ CUAL?: ___

Permeabilidad nasal: NORMAL: ___ ANORMAL: ___ CUAL?: ___

Coordinación fonorespiratoria: NORMAL: ___ ANORMAL: ___ CUAL?: ___

Órgano fonoarticulador: NORMAL: ___ ANORMAL: ___ HALLAZGO ___

OTRO (CUAL): ___

RECOMENDACIONES

CONTROL SEGÚN PVE: ___ CAPACITACIÓN EN CUIDADOS DE LA VOZ: ✓

VALORACIÓN POR: FONOAUDIOLOGÍA: ___ OTORRINOLARINGOLOGÍA: ___

REPOSO VOCAL EXTRALABORAL: ✓ PAUSAS ACTIVAS: ✓ OTRA: HIDRATACION

OBSERVACIONES

CUALIDADES DE VOZ PRESENTO DISFONIA MIXTA HIPERFUNCIONAL DE LEVE A MODERADA. BUENA COORDINACION FONORESPIRATORIA. MANTIENE BUEN FONOARTICULADOR Y TIPO DE RESPIRACION.

JAIR STEVEN TRUJILLO VIDAL
Evaluador

Licencia Profesional

Paciente

C.C. 5197663 BTA

SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LIMITADA

SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LTDA.

Prestador: 110010653701
Direccion: Cra 24 Nro 84 - 37
Telefono: 7560686
Email: conceptos@soandes.co

SOA-FDSO-1 / REV 5 - JUL/14

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	Bogota D.C. - 2017/01/26		
Paciente:	DIANA LUISA PINZON GAITAN	Origen:	PARTICULAR
CC:	51922663	Destino:	
Edad:	48 años	Cargo:	GESTION AMBIENTAL
Tipo Evaluación:	**EXAMEN PRE - INGRESO**	Nro Ingreso:	479180 / BOGOTA - POLO CLUB I
Fecha Ingreso:	2017-01-26 08:46:25	Fecha Salida:	2017-01-26 11:36:32

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS

OPTOMETRIA
PSICOLOGIA

LABORATORIO CLINICO

HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO
GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
COLESTEROLTOTAL TRIGLICERIDOS COLESTEROL HDL COLESTEROL LDL

COMPLEMENTARIOS

VACUNAS

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN PRE - INGRESO:	**APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO CON RECOMENDACIONES**
OBSERVACIONES:	ANTEOJOS PARA LECTURA
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	SEGUIR ACTIVIDAD FISICA

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [ ] Remitir a ARL
- [x] Pausas Activas
- [ ] Manejo de cargas o Posturas
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [ ] Control Periodico PP por EPS
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico
- [ ] Uso de E.P.P.

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Visual: Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Recomendaciones Especificas

ADOPTAR BUENA POSTURA PARA REALIZAR SU LABOR- HACER PAUSAS ACTIVAS Y REALIZAR ESTIRAMIENTO MUSCULAR PARA BRAZOS Y ESPALDA 2 VECES AL DÍA -

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACION ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO.

Profesional Ocupacional: RODRIGO HERNAN MORA CARREÑO
Registro M.D: 19133340
Licencia S.O: 4388 de 28/4/2011

Firma del Paciente: DIANA LUISA PINZON GAITAN
Identificacion: C.C. - 51922663

Todos los derechos reservados
www.innovasoftcol.com

SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LIMITADA

SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LTDA.
Código Prestador: 110010653701
Nit: 830029102-0
Dirección: Cra 24 Nro 84 - 37
Teléfono: 7560686
Email: conceptos@soandes.co

Fecha de Impresión: **2017/01/26 11:45:08**
Resultados Paraclinicos

Datos del Paciente

Identificación:	**CC - 51922663**	Nro Historia:	**51922663**
Paciente:	**PINZON GAITAN DIANA LUISA**	Nro Ingreso:	**479180**
Fecha Nac:	**1968/10/06**	Fecha Ingreso:	**2017-01-26 08:46:25**
Dirección:	**CLL 149 N48-41 APTO 504**	Origen:	**PARTICULAR**
Edad:	**48 años**	Destino:	
Teléfono:	**4785046**	Enfasis:	**OSTEOMUSCULAR**
Nombre del Cargo:	**GESTION AMBIENTAL**		

	Resultado	Unidad	Valor de Referencia
COLESTEROLTOTAL TRIGLICERIDOS COLESTEROL HDL COLESTEROL LDL			
QUÍMICA SANGUÍNEA			
COLESTEROL TOTAL	161	MG/DL	OPTIMO: MENOR DE 200 - LIMITE ALTO: 200-239 - ALTO: MAYOR A 240
TRIGLICERIDOS	90		" NORMAL MENOR DE 150 - LEVEMENTE ELEVADO150-199 - ELEVADO 200-499
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL] INMUNOLÓGICO DIRECTO	43.1	MG/DL	BAJO: MENOR DE 40 - NORMAL: 40 A 59 - ALTO: MAYOR O IGUAL 60
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] INMUNOLÓGICO DIRECTO	99.9	MG/DL	OPTIMO: MENOR DE 100 - CERCANO AL OPTIMO: 100-129 - LIMITE ALTO: 130-159 - ALTO: 160-189 - MUY ALTO: MAYOR O IGUAL A 190
COLESTEROL MUY BAJA DENSIDAD VLDL	18.0	MG/DL	2,0-30,0
TÉCNICA	.		ESPECTROFOTOMETRIA
HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO			
HEMATOLOGÍA Y COAGULACIÓN			
RTO DE GLOBULOS ROJOS	4.59	X10^6/MM^3	4,00-5,50
HEMOGLOBINA	13.8	G/DL	12-17,4
HEMATOCRITO	41.29	%	36-52
V.C.M	90	FL	76-96
H.C.M	30.0	PG	27-32
C.C.M.H	33.4	G/DL	30-35
RDW	13.6	%	12-14,5
RTO. DE LEUCOCITOS	6990	/MM^3	5000-10000
NEUTROFILOS	68	%	50-75
LINFOCITOS	31	%	25-40
EOSINOFILOS	1	%	1,0-4,0
RTO DE PLAQUETAS	217.000	/MM^3	150000-450000
TÉCNICA	.		IMPEDANCIA
GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA			
QUÍMICA SANGUÍNEA			
GLUCOSA EN SUERO	83 .	MG/DL	65 - 110
TÉCNICA:	.		TÉCNICA: ESPECTROFOTOMETRIA

ANA BEYBA ANGULO DELGADILLO
C.C. 52715445
Bacteriologo (a)

Copyright 2006 - 2017 Innovasoft Colombia S.A.S. Todos los Derechos Reservados.

SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LTDA.

Código del Prestador: 110010653701 **Nit:** 830029102-0
Dirección: Cra 24 Nro 84 - 37
Teléfono: 7560686
Web: www.saludocupacionalandes.com
Email: conceptos@soandes.co

Descripcion del Informe

FORMATO INSTITUCIONAL PARA EL USO Y MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA OPTOMETR A

Fecha de Impresión: **2017/01/26 11:49:31**
Impreso por: **GINA ALEJANDRA TOVAR ATARA**

Datos del Paciente

Identificación:	**CC - 51922663**	Nro Historia:	**51922663**
Paciente:	**PINZON GAITAN DIANA LUISA**	Nro Ingreso:	**479180**
Fecha Nac:	**1968/10/06**	Fecha Ingreso:	**2017-01-26 08:46:25**
Dirección:	**CLL 149 N48-41 APTO 504**	Origen:	**PARTICULAR**
Edad:	**48 años**	Destino:	
Teléfono:	**4785046**	Enfasis:	**OSTEOMUSCULAR**
Nombre del Cargo:	**GESTION AMBIENTAL**		

Optometria - Antecedentes Quirurgicos

Refractiva ☐ Catarata ☐

Pterigio: no NO REFIERE

Otra: NO REFIERE

Usa correccion visual si

Permanente ☐ Lejos ☐ Cerca ☑ Lejos - Cerca ☐ Descanso ☐

Ultimo Examen De 0 a 6 meses

Optometria - Antecedentes Personales

	Presenta	*Descripcion*
Glaucoma:	No	NO REFIERE
Cataratas:	No	NO REFIERE
Rinitis:	No	NO REFIERE
Traumas Oculares::	No	NO REFIERE
Patologia Visual:	Si	PRESBICIA

Optometria - Antecedentes Laborales

☐ Iluminacion inadecuada ☐ Cambios de temperatura

☐ Usuario de computador ☐ Mala ventilacion

☐ Radiaciones Ultravioleta ☐ Gases o humos toxicos

Otros Antecedentes: NO REFIERE

Optometria - Sintomas

☐ Fotofobia ☐ Ojo Rojo ☐ Mala Vision Cercana ☐ Cansancio

☐ Lagrimeo ☐ Vision Borrosa ☐ Mala Vision Lejana ☐ Dolor

☐ Ardor ☐ Vision Doble ☐ Cefalea ☐ Secreción

Otros Sintomas: NO REFIERE

Optometria - Examen Externo

	Presenta	*Descripcion*
Parpados:	Normal	NORMAL
Conjuntivas:	Normal	NORMAL
Escleras:	Normal	NORMAL
Pupilas:	Normal	NORMAL

Optometria - Rx en Uso

Ojo Derecho: +125

Ojo Izquierdo: +125

Optometria - Agudeza Visual

Vision Lejana

	Sin Correccion	Con Correccion	Ph
Ojo derecho	20/20	0	0
Ojo izquierdo	20/20	0	0
Ambos Ojos	20/20	0	0

Observaciones NO

Vision Proxima

	Sin Correccion	Con Correccion
Ojo derecho	20/200	20/20
Ojo izquierdo	20/200	20/20
Ambos Ojos	20/100	20/20

Observaciones NO

Optometria - Vision

	Normal	Anormal
Cromatica	NORMAL	0
Profundidad	40 Sec Arco	

Observaciones NO

Optometria - Motilidad Ocular

* Punto proximo de convergencia: 4 CENTIMETROS
* Cover Test - Lejos: ORTHOFORIA
* Cover Test - Cerca: EXOFORIA

Optometria - Oftalmoscopía

Ojo Derecho: FONDO DE OJO NORMAL, MEDIOS TRANSPARENTES

Ojo Izquierdo: FONDO DE OJO NORMAL, MEDIOS TRANSPARENTES

Optometria - Retinoscopía

Ojo Derecho: NEUTRO

Ojo Izquierdo: NEUTRO

Optometria - Queratometría

Ojo Derecho: NO REALIZO

Ojo Izquierdo: NO REALIZO

Optometria - Refraccion

RX Final

O.D	NEUTRO	ADD+	150	AV	20/20	DP	60/62
O.I	NEUTRO	ADD+	150	AV	20/20	DP	0

Optometria - Estado de Corrección

Estado de Correccion: Anormal Corregido

Patologia Ocular: NO

Optometria - Diagnosticos

Diagnostico Principal: PRESBICIA

Observaciones al Diagnostico: 0

Diagnostico Relacionado 1: 0

Diagnostico Relacionado 2: 0

Diagnostico Relacionado 3: 0

Optometria - Recomendaciones

- [ ] Debe usar correccion visual para trabajar
- [x] Uso de AR video Terminales
- [x] Uso de Lentes de roteccion Solar
- [ ] Uso EPP Visual
- [x] Uso de Rx para Vision Proxima
- [ ] Pausas Activas
- [ ] Uso de Rx de Descanso
- [ ] Uso Permanente de Rx Optica
- [ ] PyP
- [x] Lubricante Ocular

Observaciones de las Recomendaciones: RX V PROXIMA FILTRO SOLAR FILTRO ANTIREFLEJO HUMECTANTE OCULAR

Optometria - Remisiones

- [ ] Valoracion Oftalmologica
- [ ] Topografía Corneal
- [ ] Tratamiento Ortoptica
- [ ] Test de Farnsworth
- [ ] Realizar prueba ambulatoria

Otras Remisiones: NO

Optometria - Controles

- [ ] Mensual
- [ ] Bimensual
- [ ] Trimestral
- [ ] Semestral
- [x] Anual
- [ ] Confirmatoria

Optometria - Resultado

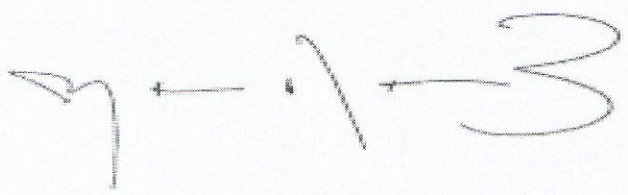
Resultado de Optometria Normal

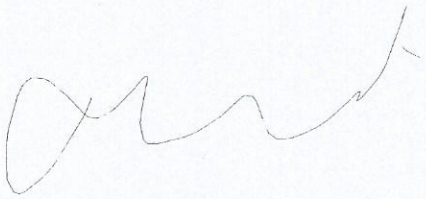
* Descripcion de la observacion general

RX V PROXIMA FILTRO SOLAR FILTRO ANTIREFLEJO HUMECTANTE OCULAR

Consentimiento Informado del Trabajador

Autorizo al médico quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.





Nombre Profesional: CLAUDIA ELIZABETH MERCHAN AREVALO

Registro Profesional: 51787381

Nombre del Paciente: **DIANA LUISA PINZON GAITAN**

Identificacion del Paciente: **CC - 51922663**

Todos los derechos reservados Innovasoft Colombia S.A.S.

SALUD OCUPACIONAL
DE LOS ANDES LIMITADA

No. SOA-PSI-424-17

Bogotá, 26/01/2017

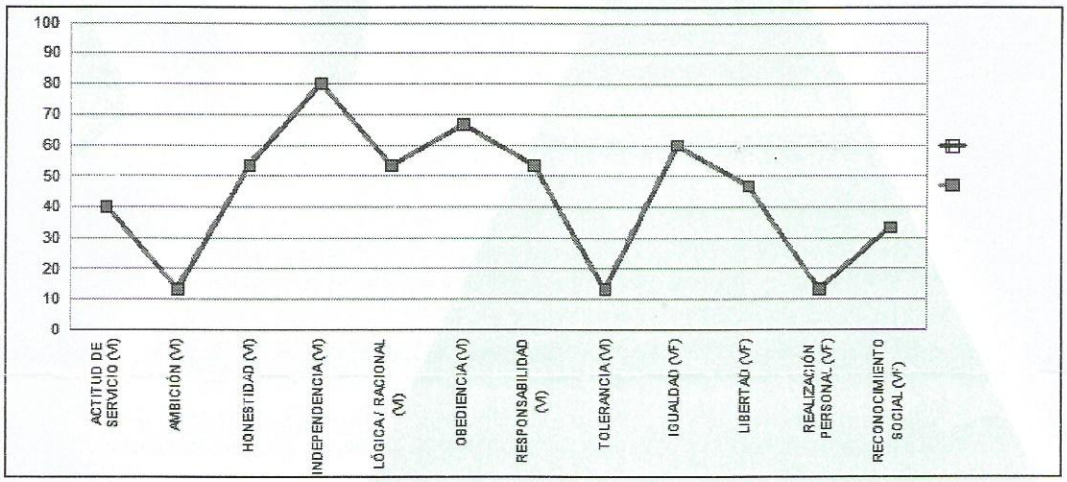
RESULTADOS DE EVALUACION DE PSICOLOGIA

EMPRESA: SENA
NOMBRE: PINZON DIANA LUIS
Cargo: GESTION AMBIENTAL
Cedula Nº: 51992663

PRUEBA DE PERSONALIDAD

De acuerdo a los resultados de la prueba se registra en la evaluada una tendencia a la estabilidad emocional.

ANALISIS DE VALORES



Actitud de servicio:
Se presenta como alguien que poco le agrada dar información, o prestar un servicio, lo realiza casi que forzada, no es su tendencia acudir a prestar una ayuda o favor. Está muy orientada a cubrir primero sus necesidades, motivaciones y expectativas descuidando un poco lo que hay a su alrededor. Puede mostrarse indiferente ante los problemas de los demás.

Si usted necesita verificar la autenticidad de este concepto, envíenos su solicitud al correo: conceptos@soandes.co
Conmutador 7560685 -7560686/ www.saludocupacionalandes.com / Bogotá D.C. – Colombia

Ambición:
No es clara en los propósitos que se fija, poco estructurados los tiene; eso hace que su esfuerzo se pierda o no lo dirija correctamente, por ello la perciben como una persona de pocas aspiraciones en la vida. De igual forma su cumplimiento se limita a realizar o cumplir escasamente con lo que hace o "tiene que hacer".

Honestidad:
Tiene unos principios claros, pero no en todas las ocasiones actúa de acuerdo a ellos, tal vez por presiones sociales o personales. Termina por hablar a media verdad, ocultar cosas que aparentemente no es delicado o grave pero que no es totalmente lo adecuado.

Independencia:
Orientada a la autonomía, a ser autosuficiente y muy segura de sí misma. Tiene el control de su vida, poco o nada le preocupan los intereses y posturas "de moda", tiene clara las suyas, definidas y con bases firmes; las cuales defiende a toda cabalidad. Su forma de actuar es precisa y muy ligada a sus principios.

Lógica/ Racional:
Tiende a mostrar una posición que oscila entre actuar con aplomo y control en algunas situaciones y actividades que se le presentan en la vida, y en otras se deja llevar por juicios a priori, por realizar poco análisis y actuar de forma intempestiva; por lo que se observa su ánimo influye en sus relaciones.

Obediencia:
Persona que no es totalmente disciplinada en sus labores, ni acata fielmente y con total rigurosidad las cosas, en algunas ocasiones por actuar apresuradamente o por parecerle no relevante esa regla, según su parecer; eso también hace que la priorización de las tareas y cosas no sea la más correcta y adecuada.

Responsabilidad:
Se observa que es una persona que actúa entre la dedicación y finalización de las tareas y el abandono o retardo de las mismas, esto debido a que su nivel de exigencia es poco parejo en cuanto al cumplimiento; ni valora del mismo modo las cosas que tiene y su propósito igualmente no es claro en algunas de sus obligaciones.

Tolerancia:
Tiende a aceptar poco la equivocación y el error, sobre todo si es propia y se la hacen ver. Es alguien resistente a los cambios, generalmente es muy radical en sus opiniones y apreciaciones incomodándose con los cambios si son imprevistos.

Si usted necesita verificar la autenticidad de este concepto, envíenos su solicitud al correo: conceptos@soandes.co

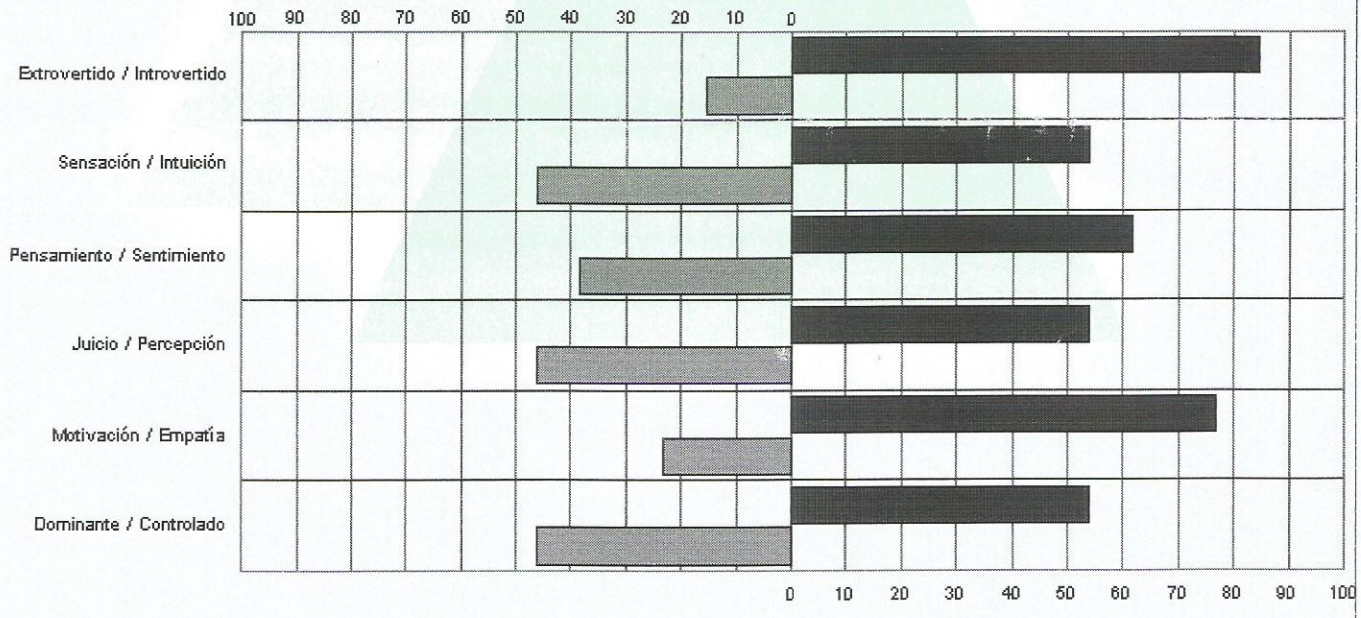
Igualdad:
Es una persona que se esfuerza por ser equitativa en su actuar y en sus decisiones, aunque lo logra a nivel cercano no ha logrado transmitirlo en todas las esferas en las que se mueve, o le cuesta aún aceptar y/o practicar la igualdad entre hermanos.

Libertad:
Se esfuerza por ser independiente en sus decisiones, por respetar la opinión, actos y actividades de los demás, valorándolas tanto como las propias. Trata de ser abierta y de expresar abiertamente y con un marco de respeto sus opiniones, sin dejarse afectar por intereses individuales o particulares o por otro tipo de influencias.

Realización Personal:
Generalmente se conforma con lo que tiene o los resultados que alcanza, sin exigirse en sus verdaderas capacidades. Sus metas pueden ser bajas, o poco definidas, lo que le hace sentir temor o evadir el buscar y aceptar retos.

Reconocimiento social:
Es una persona que poco le interesa ser reconocida o que poco se interesa por valorar y saber su labor a donde lo conduce como meta final, por ello desconoce o no se preocupa por saber a ciencia cierta cuáles son sus fortalezas y debilidades.

ANALISIS GENERAL DE INDICADORES PSICOLOGICOS



Si usted necesita verificar la autenticidad de este concepto, envíenos su solicitud al correo: conceptos@soandes.co
Conmutador 7560685 -7560686/ www.saludocupacionalandes.com / Bogotá D.C. – Colombia

Puntuaciones mas altas:
Extrovertido/introvertido
Aunque tiende a trabajar de forma individual cuando es necesario, le agrada hacer parte de grupos pequeños, en los que se expresa abiertamente sólo cuando ha establecido un nivel alto de confianza, razón por la que en ocasiones sus compañeros piensan que quiere retener información para sí o que no les interesa el desarrollo del tema, dando una impresión de apatía o indiferencia.

Pensamiento/sentimiento
Guiada por el sentimiento tiende a ser vivencial, apreciativa y emocional. Algunas veces sus decisiones se basan en el valor que dan a las cosas y se inclina a orientarse a trabajar por la gente, a obtener y mejorar procesos, a manejar las situaciones con una visión humana y a estar comprometida con el personal, le pone "el corazón" a los sucesos.

Motivación/empatía
Tiende a orientar y enfocar su comportamiento y metas en factores de afiliación, en objetivos grupales o comunes. Debido a esto, más que resultados materiales la prioridad se focaliza algunas veces en identificar, asesorar, y aprovechar el potencial de las personas que le rodean, obtener resultados de crecimiento en la gente.

Dominante/controlado
Tiende a ser abierta a las críticas y a la reflexión, es fácil algunas veces para ella, acceder a reconocer sus debilidades y sus puntos fuertes y hacerlo en otros, debido a una conciencia en los límites que sabe hay en las cosas.

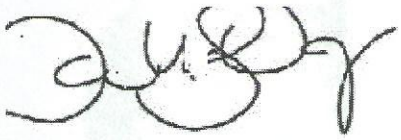
FORTALEZAS

- **INDEPENDENCIA**

Si usted necesita verificar la autenticidad de este concepto, envíenos su solicitud al correo: conceptos@soandes.co
Conmutador 7560685 -7560686/ www.saludocupacionalandes.com / Bogotá D.C. – Colombia

ENTREVISTA

La evaluada refiere llevar trabajando en la entidad quince años años, proyecta seguridad de sus capacidades; niega haber tenido algún contratiempo en el desarrollo de las funciones asignadas o con grupos de trabajo. Se considera como una persona capacitada, laboralmente cumplida y con disposición. A nivel personal, lleva con su esposo diecinueve años, los valores que prevalecen en su hogar son: felicidad, respeto y amor.



SANDRA LILIANA VARGAS
PSICOLOGA EMPRESARIAL
TP52087656
sandralvargasm@hotmail.com

Si usted necesita verificar la autenticidad de este concepto, envíenos su solicitud al correo: conceptos@soandes.co
Conmutador 7560685 -7560686/ www.saludocupacionalandes.com / Bogotá D.C. – Colombia

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) DIANA LUISA PINZON GAITAN Identificado(a) con cédula de ciudadanía 51922663 realizó el día 11/10/2020 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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) DIANA LUISA PINZON GAITAN Identificado(a) con cédula de ciudadanía 51922663 realizó el día 11/10/2020 la Capacitación Módulo 2 - Riesgos en el puesto de trabajo y medidas de prevención 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

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

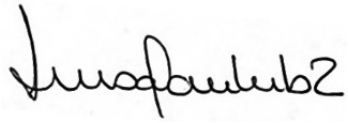
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que DIANA LUISA PINZON GAITAN, con Cédula Ciudadanía No. 51922663 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 14/02/2020, para el contrato registrado con fecha desde 02/10/2020 y fecha hasta 04/12/2020, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 1.

Recuerde que una vez cumplida la fecha hasta indicada en el presente certificado, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202001020115113.

Dada en Bogotá, a los 11 días del mes de octubre de 2020



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Certificado Bancario

Jueves, 1 de Octubre de 2020

Señor(a)
A quien le interesa

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que DIANA LUISA PINZON GAITAN identificado(a) con CC 51922663, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado	Saldo
CUENTA DE AHORROS	03515807330	2003/11/27	ACTIVA	2,277,446.57

*** 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

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:
BOGOTA, D.C.	CENTRO INTERNACIONAL	12	12-46-101040888	0

Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:	Vigencia Hasta:			A las:	Tipo Movimiento:
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	
05	10	2020	05	10	2020	00:00	14	04	2021	00:00	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social:	PINZON GAITAN DIANA LUISA			Identificación:	51922663
Dirección:	CL 149 NRO. 48 - 31 APT 504	Ciudad:	BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL	Teléfono:	3112174505

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA – CENTRO DE ELECTRICIDAD ELECTRONICA Y TELECOMUNICACIONES D.C.			Identificación:	899999034-1
Dirección:	CARRERA 30 NO 17B-25 SUR	Ciudad:	BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL	Teléfono:	5960050

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.1883571 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DE FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA DE FORMA PRESENCIAL Y/O VIRTUAL JUNTO CON OTRAS ACTIVIDADES QUE SE DERIVEN DE LA FORMACIÓN, EN LOS DIFERENTES PROGRAMAS DE LAS ÁREAS DE ELECTRICIDAD, ELECTRÓNICA, BIOMÉDICA, REFRIGERACIÓN, TELECOMUNICACIONES, TELEINFORMÁTICA Y GESTIÓN DE PROYECTOS PARA LOS SECTORES INDUSTRIAL Y DE SERVICIOS ATENDIDOS POR EL CENTRO DE ELECTRICIDAD Y ELECTRÓNICA Y TELECOMUNICACIONES DEL SENA

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	05/10/2020	14/04/2021	$ 735,948.00

OBSERVACIONES:

LA PRESENTE POLIZA AMPARA EL PAGO DE MULTAS Y LA CLAUSULA PENAL PECUNIARIA CONVENIDA EN EL CONTRATO

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	$ 735,948.00	05/10/2020

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
WILCHES ROJAS JAIRO	10178	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 AVENIDA 39 NO 7-88 - Teléfono: 2881662 - BOGOTA, D.C.

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas
Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdelestado.com

FIRMA TOMADOR
Oficina Principal: Cra. 11 No. 90-20 Bogotá D.C. Teléfono: 2186977

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

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

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. 12-46-101040888, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

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

Dado en BOGOTA, D.C., a los 5 días del mes de Octubre de 2020

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: **RECIBO DE PAGO N°:** 12461010408880

FECHA	
05/10/2020	

RECIBIMOS DE: PINZON GAITAN DIANA LUISA C.C. 51922663

LA SUMA DE: TREINTA Y DOS MIL CIENTO TREINTA PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 12-46-101040888

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
CENTRO INTERNACIONAL - CU. ESTATAL - 101040888 - 0 - 0	$ 20,000.00	$ 7,000.00	$ 5,130.00	$ 32,130.00

FORMA DE PAGO

EFECTIVO:	$ 32,130.00
CHEQUE:	$ 0.00
TARJETA:	$ 0.00
BD:	$ 0.00
OTROS:	$ 0.00
TOTAL:	$ 32,130.00

INTERMEDIARIO: WILCHES ROJAS JAIRO - 10178

CAJERO: RAPIESTADO

ORIGINAL

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: RECIBO DE PAGO N°: 12461010408880

FECHA 05/10/2020

RECIBIMOS DE: PINZON GAITAN DIANA LUISA C.C. 51922663

LA SUMA DE: TREINTA Y DOS MIL CIENTO TREINTA PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 12-46-101040888

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
CENTRO INTERNACIONAL - CU. ESTATAL - 101040888 - 0 - 0	$ 20,000.00	$ 7,000.00	$ 5,130.00	$ 32,130.00

FORMA DE PAGO

EFECTIVO:	$ 32,130.00
CHEQUE:	$ 0.00
TARJETA:	$ 0.00
BD:	$ 0.00
OTROS:	$ 0.00
TOTAL:	$ 32,130.00

INTERMEDIARIO: WILCHES ROJAS JAIRO - 10178

CAJERO: RAPIESTADO

COPIA

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.12-46-101040888

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.

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

3. SUMA ASEGURADA.

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

4. VIGENCIA.

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

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

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

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

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

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

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

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

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

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

6. COMPENSACIÓN.

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

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

8. PLAZO PARA EL PAGO.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO DEBERÁ EFECTUAR EL PAGO DEL SINIESTRO DENTRO DEL MES SIGUIENTE AL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HAYA ACREDITADO LOS REQUISITOS DEL ARTÍCULO 1077 DEL CODIGO 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.

Pago de Pólizas Seguros de Vida del Estado S.A.

GENERAL

Datos de la Transacción

Descripción:	Pago de iRecaudo Seguros del Estado Generales
Razón Social:	Seguros del Estado
Nit:	8600095786
No Factura:	10000024630548
Canal:	2765187
Nro. Identificación:	51922663
Banco:	BANCOLOMBIA
Valor:	$32,130.00
Fecha:	07/10/2020
No transacción PSE:	765477240
Estado Transacción:	Transacción Aprobada Si desea conocer el estado de su transaccion comuniquese con Pago de iRecaudo Seguros del Estado Generales en el Tel: NUL-SEGUROS DEL ESTADO 3078288 Opc 5 Ext 326 o 419 o PSE SOPORTE 7X24 4044773
IP:	181.61.156.246

Imprimir Transaccion | Fin de la Transaccion

Allianz

Allianz Seguros de Vida S.A.

NIT 860.027.404-1

CERTIFICA

Que el (la) señor(a) **PINZON GAITAN, DIANA LUISA**, identificado (a) con CC **51922663** contrató para el año 2019 la póliza de salud N°**021354586** a través de Allianz Seguros de Vida S.A y registro pagos por concepto de primas de los asegurados asociados a esta póliza, los cuales se relacionan a continuación:

ASEGURADOS:

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	PRIMA
PINZON GAITAN, DIANA LUISA	CC-51922663	Asegurado principal	4.647.669,52
		TOTAL	4.647.669,52
		IVA	232.383,47
		TOTAL + IVA	**4.880.052,99**

LA SUMA DE: 4.880.052,99 (CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA MIL MIL CINCUENTA Y DOS PESOS CON NOVENTA Y NUEVE CENTAVOS)

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, en Bogotá D.C. a los 15 días del mes de Enero de 2020 (15/01/2020), de acuerdo a lo establecido por el artículo 87 del Estatuto Tributario.

Cordialmente,

Representante Legal
Allianz Seguros de Vida S.A.

Scanned with CamScanner