

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO) REGIONAL CAQUETÁ CENTRO TECNOLÓGICO DE LA AMAZONÍA-CAQUETÁ Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional	18
			Código Centro	951610
			Fecha Elaboración	Junio de 2026
			Versión	ENERO - 1,26
			ID de Proceso	53867-457030
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos: CARLOS HERNANDEZ JOVEN		Banco a consignar: BANCOLOMBIA		
Cédula de Ciudadanía 17.683.113		Tipo de cuenta: AHORROS		
Correo electrónico: chernandez@sena.edu.co		Número de Cuenta: 84700019143		
IP/Nº de contacto:		Presta Servicios Excluidos de IVA:		NO
Inducción SST: SI		Pertenece al régimen simple de tributación:		NO
Régimen del IVA: NO RESPONSABLE		Es declarante de renta por el año gravable 2025		NO
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?				
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a \$69.718.600				
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2026 es igual o superior a \$209.496.000 (debe registrarse como responsable del IVA)				
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?				
Concepto del pago corresponde a: Ninguno				
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T. 0,00%				
DATOS DEL CONTRATO				
Nº del contrato: 9102312/2026		Nº Compromiso SIIF 136726		Número de pagos durante la vigencia del contrato 4
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA TEMPORAL, DESARROLLANDO ACTIVIDADES COMO INSTRUCTOR DEL ÁREA GESTIÓN DE EMPRESAS AGROPECUARIA, ORIENTADAS A IMPARTIR FORMACIÓN P. CPE Nº. 18-9-2026-000573. CESION SEGUN CPE NO.18-9-2026-003947		
DATOS PERIODO DEL PAGO				
Del 15/05/2026 Al 31/05/2026		Saldo Anterior del Contrato: \$ 19.411.564		
Número de pago 1		Valor Total del Contrato: \$ 19.411.564		
Valor Bruto Pago: \$ 2.930.047,00		Nuevo Saldo del Contrato: \$ 16.481.517		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 2.930.047		Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas 0,00%		
Ingresos por comisiones \$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo \$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 2.930.047		\$ 0		
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 1.809.647		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 0		
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
		Mayo	Abril	Base retención en la fuente a titulo de RENTA 1.809.647,00 TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----	0000000	Base retención en la fuente a titulo de ICA 2.430.947,00
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.750.905	\$ 0	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 218.900	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 280.200	\$ 0	Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA 0,00 15%
ARL II		\$ 18.300	\$ 0	Reteica - 8299 - FLORENCIA 14.586,00 0,600%
		\$		- 0,00 0%
		\$		- 0,00 0%
		\$		- 0,00 0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -		- 0,00 0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Dependientes hasta		\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Salud hasta \$ 837.984		\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Renta Exenta 25% \$13.791.820		\$ 603.000		0,00
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 0				
Retención en la Fuente Contingente \$				Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
				VALOR A PAGAR \$2.915.461,00
SON: DOS MILLONES NOVECIENTOS QUINCE MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y UN PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Realice el curso de Discapacidad				
Realice el curso de SST				
Participe en la inducción como instructor del programa regular				
Participe en la reunión de instructores convocada por coordinación academica				
Cumpló con el código de integridad de la entidad.				
Presenté el informe mensual de mayo, planilla SI contratista del mes de mayo de 2026.				
Recursos Nacional Florencia - Caquetá. Anexo informe mensual Mayo 2026.				
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				
 CARLOS HERNANDEZ JOVEN EL CONTRATISTA				
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:				
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;				
2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;				
3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.				
Autorizo el presente pago. El Supervisor,  FANNY MARIA NAVARES ORTIZ INSTRUCTOR G09				
Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:				
EL ORDENADOR DEL PAGO LUIS ANGEL LOZADA OLAYA SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)				



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

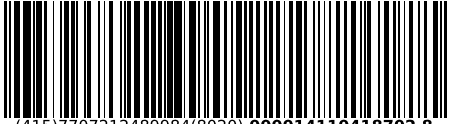
La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Carlos Hernandez Joven, identificado(a) con CC número 17683113, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 17683113
NOMBRES Y APELLIDOS	Carlos Hernandez Joven
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
PARENTESCO	Compañero (A) Permanente
FECHA DE NACIMIENTO	17/04/1968
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/10/2018
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	106 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	51 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	14/02/2019
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 17683113 CARLOS HERNANDEZ JOVEN Desde 01/11/2025 - Vigente

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 13 Actualización de oficio				4. Número de formulario 141104187028			
				 (415)7707212489984(8020) 000014110418702 8			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 7 6 8 3 1 1 3		6. DV 6		12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Florencia		14. Buzón electrónico 2 8	
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		26. Número de Identificación 1 7 6 8 3 1 1 3			
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA 1 6 9		29. Departamento Caquetá 1 8		30. Ciudad/Municipio Belén de los Andaquies 0 9 4			
31. Primer apellido HERNANDEZ		32. Segundo apellido JOVEN		33. Primer nombre CARLOS		34. Otros nombres	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA 1 6 9		39. Departamento Caquetá 1 8		40. Ciudad/Municipio Florencia 0 0 1			
41. Dirección principal CR 5 23 22 BRR LA LIBERTAD							
42. Correo electrónico ches1968@hotmail.es							
43. Código postal		44. Teléfono 1 3 2 0 3 4 1 7 2 0 9		45. Teléfono 2 3 1 3 3 3 8 2 1 1 7			
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código 7 4 9 0	47. Fecha inicio actividad 2 0 1 0 0 1 0 5	48. Código 8 2 3 0	49. Fecha inicio actividad 2 0 1 3 0 9 1 6	50. Código 7 0 2 0	51. Código		
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 5 2 2 4 9							
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario							
22- Obligado a cumplir deberes formales a							
49 - No responsable de IVA							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código				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 2024-08-08 / 09:56:53AM			
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012. Firma del solicitante:				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada: 984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA 985. Cargo			



CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO CIRCULAR 3-2026-000011

Certifico que el señor (a) contratista **Carlos Hernández Joven**, identificado con **C.C. No. 17683113**, cumple con los documentos del perfil solicitados en la circular 3-2026-000011 Exámenes Pre Ocupacionales para contratos de prestación de servicios personales emitido por la secretaria general.

CIU	AREA DEL CONTRATISTA	LABOR	EXAMANES PREEMPLEO	ENFASIS DEL EXAMEN MEDICO LABORAL	VACUNACION HEPATITIS B
1855101	Asistencial	Contratistas con tareas de formación para el trabajo seccional	Optometría. Audiometría Glicemia Perfil lipídico	Psicosocial. Osteomuscular	NO

Documentos solicitados por el contratante acatando: “Exámenes Preocupaciones para Contratos de prestación de servicios personales emitido por la secretaria general”. Este soporte debe ser entregado con la facturación inicial en cumplimiento del artículo 2.2.4.2.2.18.3 del Decreto 1072 de 2015.

La presente certificación se expide en la ciudad de Florencia, el **11 de mayo, 2026**

Cordial saludo

Martha Luz Altamar de los Reyes
Medico Laboral- Especialista en Seguridad y Salud en el
trabajo
Contratista Dirección Regional
Caquetá

Dirección General - Secretaria General
Calle 57 # 8 - 69, Ciudad Bogotá DC. - PBX 57 601 5461500



CLIPSALUD IPS S.A.S

Nit: 900304743-4

**HOJA DE TRABAJO
SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL**

PACIENTE: CARLOS HERNANDEZ JOVEN CC 17683113

Fecha: 06/05/2026 09:32:08

SID: 44246

Orden Nro. 104718

Empresa: PARTICULAR

Hora	Profesional / Empresa	Actividad	Notas
Fecha Cita:	06/05/2026		
INMEDIATO	LABORATORIO CLINICO	Laboratorio	1 PISO
07:30 am	GLORIA LEONOR ESPINOSA GONZ	Optometria/Visiometri	
09:30 am	JANIER ALEXIS MORALES ESQUIVI	Audiometria	
09:30 am	FERNANDA PRIETO MONTEALEGR	Psicologia	
09:32 am	AURA JIMENA AGUIRRE	Medicina Ocupaciona	

CONCEPTOS

Concepto	Cantidad:
VISIOMETRIA	1
AUDIOMETRIA OCUPACIONAL	1
GLICEMIA EN SANGRE	1
PRUEBA PSICOLOGICA	1
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO CON ENFASIS OSTEOM	1
	5

Nuestro saludo de bienvenida e interes por que su visita a Visionamos Salud cubra con sus expectativas

Por Favor Tenga en Cuenta las siguientes recomendaciones:

*Llegue 10 minutos antes de la hora asignada

*Ubiquese en cada sala de espera segun corresponda. Alli sera llamado por cada Profesional.

*Evite Tocar la Puerta.

*Si tiene examen de laboratorio, por favor asista en ayunas

*En caso de alguna duda, comuniquela inmediatamente a recepcion.

*En caso de queja, comuniquela al número celular 313 282 03 09

Su opinion es muy importante para nosotros.

El usuario tienen DERECHO a:

*Presentar quejas, reclamos y solicitudes sobre la prestacion del servicio y la resolucion de las mismas.

El usuario tiene el DEBER de:

*Seguir las instrucciones necesarias para obtener una adecuada prestacion del servicio.

Nombre: Carlos Hernandez Joven
No. Identificacion: 17683113
Edad: 58 Años **Sexo:** Masculino

Fecha: 06/05/2026 12:00:00 AM **SID-VISIO : 52587**
Empresa: PARTICULAR **Particular**
Cargo / Tipo: INSTRUCTOR **Pre-Ingreso**

Cargo: INGRESO **Area:** No Refiere **Antigüedad:** INGRESO
A. Personales Visuales: CX PTERIGIO OJO DERECHO HACE +/- 20 AÑOS
A. Familiares Visuales: No Refiere
A. Ocupacionales Visuales: No refiere
Exposicion Laboral Visual: No refiere Antecedentes de Exposicion Laboral
Usa Anteojos: ☒ Si ☐ No **Bifocal:** ☐ Si ☒ No **LDC:** ☐ Si ☒ No
Tipo de Uso : Cerca **Trae Rx:** ☐ Si ☒ No
Ultimo Examen: 1 AÑO **Ultimo Diagnostico:** PRESBICIA



II. ANAMNESIS

Sintomatologia: VISION BORROSA AL LEER

Agudeza Visual	Con Correccion		Sin Correccion		PH
	V. LEJANA	V. PROXIMA	V. LEJANA	V. PROXIMA	
Snellen Numeros	O.D.:		O.D.:	20/20	O.D.:
	O.I.:		O.I.:	20/20	O.I.:
	A.O.:		A.O.:	20/20	A.O.:

III. EXAMEN EXTERNO

OD: SANO **OI:** SANO

Reflejos: Normales

COVER TEST: VL: ORTO VP: EXO
Motilidad Ocular: Normal **PPC:** Normal

OFTAMOSCOPIA: OD: SANO OI: SANO

VISION COLOR: OD: Normal OI: NORMAL

ESTEREOPSIS: Normal: X Anormal:

Clasificación Amétrope No Corregido

Diagnostico PRESBICIA EN OJO IZQUIERDO Y OJO DERECHO.

Conducta: DISMINUCION AGUDEZA VISUAL DE CERCA EN OJO IZQUIERDO Y OJO DERECHO.

Observaciones: VALORACION POR OPTOMETRIA, USO CORRECCION OPTICA PARA VISION PROXIMA, CONTROL EN UN AÑO.

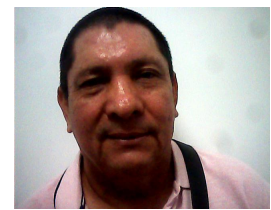
Gloria Espinosa

Evaluador: Gloria Leonor Espinosa Gonzales / 0372-Especialista en
Tecnicos 2006 04/23/2007 0 0 0000

[Firma]
 FIRMA DEL PACIENTE
Valid Mar 2026 05/06/26 09:22:11



Indice Derecho



Nombre: CARLOS HERNANDEZ JOVEN **SID :** 44246
No. Identificacion: 17683113
Edad: 58 Años **Sexo:** Masculino
Nro. Ordenamiento: 104718 Página 1 de 1

Fecha de Recepcion: 06/05/2026 09:32:12

Fecha de Impresion: 07/05/2026 11:00:21 am

Entidad: PARTICULAR

Solicitante: A QUIEN CORRESPONDA

Examen	Resultado	Unidad Medida	Valor Biologico de Referencia
1. GLICEMIA Metodo: Espectrofotometria	95,97	mg/dl	Niños: 60 - 100 mg/dl - Adultos: 70- 110 mg/dl

ANDREA CRUZ
Validado: ANDREA DEL PILAR CRI
BACTERIOLOGA - Bacteriologa Ur



CLIPSALUD IPS S.A.S

Nit: 900304743-4

CR 5 N° 14A-56 FLORENCIA CAQUETA PBX: 4355072 CEL: 3175176395

BARRIO PORVENIR - www.clipsalud.com

Nombre Paciente: Carlos Hernandez Joven

Identificacion

17683113

Codigo Unico Paciente:

20542

Empresa: PARTICULAR

Fecha Nacimiento:

17/04/1968

Direccion:

CRA 5 N 23-22 BRR LA LIBERTAD | Acompañante: NO REFIERE | Teléfono: No Refiere

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:		Estado Civil:	Nivel Educativo:		Ciudad:		Fecha Consulta	
93543	Masculino	58	Años	Union Libre	Postgrado		FLORENCIA(CAQ)		06/05/2026 09:41:25	
Objetivo:	Pre-Ingreso		E.P.S.:	SANITAS		A.R.L.:	POSITIVA		Cargo:	INSTRUCTOR
Contrato:				Clasificacion del Riesgo:		CLASE III		Estrato:	[1] - Bajo Bajo	

EXAMEN OSTEOMUSCULAR

N = Normal AN = Anormal | PO = Positivo NEG = Negativo

1. CONSTITUCION

PLEOMORFICO:

☐

ENDOMORFICO:

☐

ECTOMORFICO:

☐

2. POSTURA

NORMAL:

☒

ASIMETRICA:

☐

3. CURVATURA COLUMNA

NORMAL:

☒

NO:

☐

4. MARCHA

NATURAL:

☒

RIGIDEZ:

☐

COJERA:

☐

5. PROPIOCEPCION Y COORDINACION L5-S:

NORMAL:

☒

ANORMAL:

☐

6. PALPACION

a. APOFISIS ESPINOSAS:

NORMAL:

☒

ANORMAL:

☐

b. LIGAMENTO SUPRAESPINOSO:

NORMAL:

☒

ANORMAL:

☐

b. LIGAMENTO INTERESPINOSO:

NORMAL:

☒

ANORMAL:

☐

d. MUSCULOS PARAESPINALES:

NORMAL:

☒

ANORMAL:

☐

7. PERCUSION

EXAMEN FUNCIONAL

FLEXION

GRADO I:

☐

GRADO II:

☐

GRADO III:

☒

GRADO IV:

☐

PRUEBA DE SCHOBER

MAYOR DE 5 CMS (N):

☒

MENOS DE 5 CMS:

☐

EXTENSION

INCLINACION LATERAL

ROTACION Y FLEXION

NORMAL:

☒

ANORMAL:

☐

PRUEBA DEL ARCO DE FORESTIER

RELAJACION PV:

☒

CONTRACTURA PV:

☐

CUNCLILLAS

ARTICULACION CADERAS, RODILLAS Y PIES:

NORMAL:

☒

ANORMAL:

☐

ESCOLIOSIS:

SI:

☐

NO:

☒

MUSCULOS ABDOMINALES SUPERIORES:

TONO NORMAL:

☒

DEBILIDAD:

☐

MUSCULOS ABDOMINALES INFERIORES:

TONO NORMAL:

☒

DEBILIDAD:

☐

LONGITUD REAL MIEMBROS INFERIORES:

LONGITUD APARENTE:

PIERNA:

PERIMETRO EXTREMIDAD INFERIOR MUSLO:

PRUEBA LASEGUE:

POSITIVA:

☐

NEGATIVA:

☒

SENSIBILIDAD

DERMATOMA L1: ☒ N ☐ AN

DERMATOMA L4: ☒ N ☐ AN

DERMATOMA L5: ☒ N ☐ AN

DERMATOMA S1: ☒ N ☐ AN

DERMATOMA S2: ☒ N ☐ AN

DERMATOMA S3: ☒ N ☐ AN

FUERZA MUSCULAR (O - V)

PSOAS ILIACO: ☒ N ☐ AN

CUADRICEPS: ☒ N ☐ AN

TIBIAL ANTERIOR: ☒ N ☐ AN

EXTENSOR PPIO: ☒ N ☐ AN

DEL PULGAR: ☒ N ☐ AN

ADUCTORES DE: ☒ N ☐ AN

CADERA: ☒ N ☐ AN

GLUTEO MEDIANO: ☒ N ☐ AN

GLUTEO MAYOR: ☒ N ☐ AN

REFLEJOS

REFLEJO ROTULIANO: ☒ N ☐ AN

REFLEJO AQUILIANO: ☒ N ☐ AN

ARTICULACION SACROILIACA

FABERE: ☐ POS ☒ NEG

MANGO DE BOMBA: ☐ POS ☒ NEG

OBSERVACIONES:

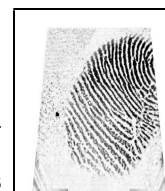
AURA JIMENA AGUIRRE - C.C. 1020769061 / RM:

RESOLUCION 0148

ESTA HISTORIA CLINICA NO REQUIERE FIRMA DEL PROFESIONAL O MEDICO QUE ATENDIO, DE ACUERDO AL ARTICULO 18 DE LA RESOLUCION 1995 DE 1999 DEL MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Impreso por: Generado por SGMI - TERRASOFT, NIT. 74814574-9

Firma del Paciente o Responsable

Wed May 2026 05/06/26 09:22:11



Indice Derecho



CLIPSALUD IPS S.A.S

Nit: 900304743-4
CR 5 N° 14A-56 FLORENCIA CAQUETA PBX: 4355072 CEL: 3175176395
BARRIO PORVENIR - www.clipsalud.com



Escanee el Código QR Si Desea Validar Datos

Nombre Trabajador o Aspirante:

Carlos Hernandez Joven

Ciudad de Realización Examen:

FLORENCIA(CAQUETÁ, COLOMBIA)

Dirección: **CRA 5 N 23-22 BRR LA LIBERTAD | Acompañante: NO REFIERE | Teléfono: No Refiere**

Página 1 de 1

Ingreso Nro.		Género:		Edad:		Nivel Educativo:		Fecha Realización Examen			
93543		Masculino		58		Años		Postgrado		Día 06 Mes 05 Año 2026	
E.P.S.: SANITAS		A.R.L.:		POSITIVA		A.F.P.:		COLPENSIONES			
Clasificación del Riesgo:		CLASE III		Estado Civil:		Union Libre		Estrato:		[1] - Bajo Bajo	
DATOS DEL CARGO Y LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE											
TIPO DE EXAMEN				CARGO				CONTRATO			
PRE-INGRESO				INSTRUCTOR							
NOMBRE DE LA EMPRESA:				EMPRESA EN MISIÓN				ACTIVIDAD ECONÓMICA:			
PARTICULAR				PARTICULAR				SERVICIOS			

Código Único Concepto(CUC):029e94324ab9138ec619632a65c81bca53643842ac1533a96c3912cc5859b153154d6d758aec5e91b520fe4d21b5aae0

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Los Resultados de Paraclínicos y Valoración del Paciente fueron consignados en una Historia Clínica Ocupacional que reposa en los archivos de Salud Ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente resultado:

✓ **SIN HALLAZGOS A LA EVALUACIÓN MÉDICA**

PREVENCIÓN EN RIESGO LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

☐ Auditivo ☒ Visual ☐ CardioVascular ☐ Respiratorio ☐ Ergonomico ☐ Dermatología ☐ Otros

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES Y/O PROCEDIMIENTOS

Se Realizaron los siguientes exámenes: VISIOMETRIA, AUDIOMETRIA OCUPACIONAL, GLICEMIA EN SANGRE, PRUEBA PSICOLÓGICA, EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR.

RESTRICCIONES

Ninguna para el Cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

RECOMENDACIONES LABORALES: Uso de elementos de protección personal. Capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar. Higiene postural. Uso de corrección visual. RECOMENDACIONES DE SALUD: Adoptar hábitos de vida saludable que incluya una alimentación balanceada, baja en azúcares y grasas saturadas, así como la incorporación de actividad física regular, al menos 150 minutos semanales. Es importante realizar controles periódicos del peso y circunferencia abdominal por el servicio de medicina general y nutrición, ya que el sobrepeso u obesidad sostenidos pueden aumentar el riesgo de enfermedades crónicas y afectar el desempeño laboral a largo plazo. OBSERVACIONES: ninguno

Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará CLIPSALUD IPS S.A.S. Para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. Autorizo a CLIPSALUD IPS S.A.S. para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. De igual manera soy consciente y doy fe, de que me fue socializado mi estado de salud y el resultado de cada uno de mis valoraciones realizadas. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Wed Apr 2026 04/29/26 07:22:57

AURA JIMENA AGUIRRE - C.C. 1020769061 / RM: RESOLUCION 0148

07/05/2026 10:59:06

Generado por SGMI - TERRASOFT,
NIT. 74814574-9. www.terraSoft.co

Wed May 2026 05/06/26 09:22:11

Firma y Huella del Aspirante o Trabajador



Índice Derecho

Importante: Valide su certificado de aptitud en www.clipsalud.com Opción RESULTADOS EN LINEA FLORENCIA

Nombre: Carlos Hernandez Joven
No. Identificacion: 17683113
Edad: 58 Años Sexo: Masculino

Fecha: 06/05/2026 SID-AUDIO : 42305
Empresa: PARTICULAR Particular
Cargo / Tipo: INSTRUCTOR Pre-Ingreso

I. Antecedentes de Exposicion Laboral al Ruido

Cargo Actual: INSTRUCTOR
Ruido Laboral: Ninguno
Cargo Anterior: PROMOTORE D ECOMERCIALIZACION
Empresa: PARTICULAR
Proteccion Auditiva Utilizada: No Refiere
Ultimo Examen de Audiometria: 4 MESES
Reporte Ultimo Examen: No Refiere

Tiempo de Servicio: No Refiere
Proteccion Auditiva: Ninguna
Tiempo Servicio: INGRESO
Ruido Laboral: No Refiere

II. Actividades Extralaborales con Exposicion al Ruido

Servicio Militar: Si ☐ No ☒ Tiro al Blanco: Si ☐ No ☒
Moto: Si ☒ No ☐ Tejo: Si ☐ No ☒
Carro: Si ☐ No ☒ Walkman / Ipad / Auriculares mp3: Si ☐ No ☒
Avion / Helicoptero: Si ☐ No ☒ Discoteca: Si ☐ No ☒
Natacion: Si ☐ No ☒ Otros: Si ☐ No ☒
Otros Cual: No Refiere Otras Actividades Extralaborales con Exposición al Ruido

**III. Antecedentes Personales**

TC - TCE: Si ☐ No ☒ Diabetes: Si ☐ No ☒
Paperas: Si ☐ No ☒ Sarampion: Si ☐ No ☒
HTA: Si ☐ No ☒ Paralisis Facil: Si ☐ No ☒
Meningitis: Si ☐ No ☒ Cefaleas: Si ☐ No ☒
Rubeola: Si ☐ No ☒ Otros: Si ☐ No ☒
Otros Cual?: No Refiere Otros Antecedentes Personales

IV - Antecedentes Otológicos

Otalgia: Si ☐ No ☒ Otitis: Si ☐ No ☒
Otorrea: Si ☐ No ☒ Cirugias de Oido: Si ☐ No ☒
Acufenos / Tinnitus: Si ☐ No ☒ Hipoacusia: Si ☐ No ☒
Vertigo: Si ☐ No ☒ Rinitis: Si ☐ No ☒
Sensacion de Oidos Tapados: Si ☐ No ☒ Sinusitis: Si ☐ No ☒
Infecciones: Si ☐ No ☒ Alteraciones Vias Respiratorias: Si ☐ No ☒
Tapon de Cerumen: Si ☐ No ☒ Otros: Si ☐ No ☒
Otros: No Refiere Otros Antecedentes Otológicos

V. Audicion

Considera que Oye Bien?: ☒ Si ☐ No Hace Cuanto Tiempo: No Aplica

Igual por los dos Oidos: ☒ Si ☐ No

Al Conversar solicita repetir con frecuencia: Si ☐ No ☒
Debe Aumentar el Volumen del TV / Radio: Si ☐ No ☒

Otras: No Refiere Otro Tipo de Morbilidad al Ruido

Morbilidad al Ruido:

El Ruido le Molesta: Si ☐ No ☒
Le causa Dolor de Cabeza: Si ☐ No ☒
Le produce mal Genio: Si ☐ No ☒
Le produce Desmotivacion: Si ☐ No ☒
Interfiere su concentracion: Si ☐ No ☒

OTOSCOPIA		
PARAMETROS	OIDO DERECHO	OIDO IZQUIERDO
Conducto Auditivo Externo:	Normal	Normal
Membrana Timpanica:	Normal	Normal
Pabellon Auricular:	Normal	Normal
Sintomas Visuales - Sensoriales y Auditivos:		
Observaciones:	Ninguno	

Reposo Auditivo: Si ☒ No ☐ Horas Reposo: 9 HORAS

Descripcion: _____

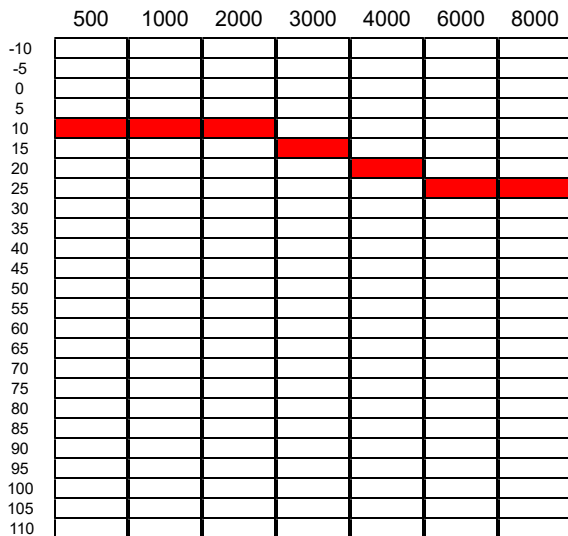
Audiocup: ☒

Equipo: MAICO MA 41 Fecha Calibracion: 19/03/2026

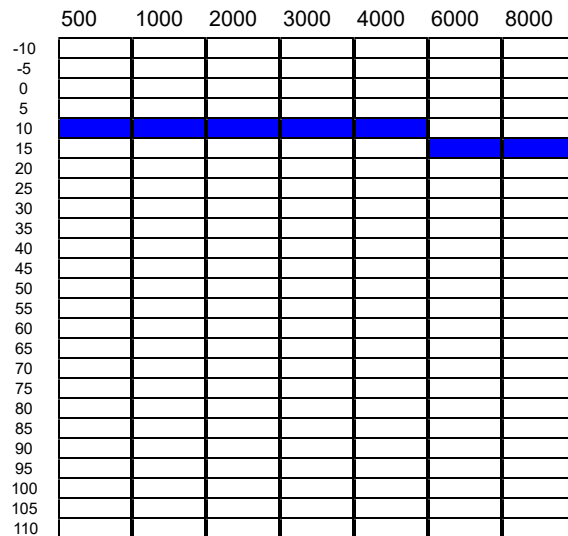
Cabina: ☒



OIDO DERECHO VIA AEREA



OIDO IZQUIERDO VIA AEREA



UMBRALES AUDITIVOS VIA AEREA

dB	Hz								PROMEDIO TONOS PUROS (dB)	
	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000		
Oido Derecho	10	10	10	10	15	20	25	25	10	dB
Oido Izquierdo	15	10	10	10	10	10	15	15	10	dB

UMBRALES AUDITIVOS VIA OSEA

dB	Hz								PROMEDIO TONOS PUROS (dB)	
	250	500	1000	2000	3000	4000	6000			
Oido Derecho	0	0	0	0	0	0	0		0	dB
Oido Izquierdo	0	0	0	0	0	0	0		0	dB

Impresion SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFERICA BILATERAL NORMAL

Fonoaudiologica _____

Grado de Audición: **Normal**

Impresion [CIE10-Z011]:EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION

Diagnostica _____

Clasificacion Larsen Normal

Ocupacional: _____

Recomendaciones: NORMAS DE CUIDADO E HIGIENE AUDITIVA

Conducta: Valoriacion por O.R.L. ☐ Audiometria Clinica: ☐

Limpieza Otica Bilateral: ☐ O.I.: ☐ O.D.: ☐

E.P.P. Auditiva:

Copa: ☐ Insercion: ☐ Doble Proteccion.: ☐ Conducir con Ventanilla Cerrada: ☐

Control: En 1 Año: ☒ En 6 Meses: ☐ En 3 Meses: ☐

Fri Apr 2026 04/24/26 06:34:09

Evaluador: JANIER ALEXIS MORALES
ESQUIVEL / TP 1115949488

Wed May 2026 05/06/26 09:22:11

FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE



Indice Derecho



CLIPSALUD IPS S.A.S

Nit: 900304743-4

CR 5 N° 14A-56 FLORENCIA CAQUETA PBX: 4355072 CEL: 3175176395

BARRIO PORVENIR - www.clipsalud.com

DERMATOLOGICO

Nombre Paciente: Carlos Hernandez Joven

Identificacion

17683113

Codigo Unico Paciente:

20542

EMPRESA:

PARTICULAR

Fecha Nacimiento:

17/04/1968

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:	Estado Civil:	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Consulta
93543	Masculino	58 Años	Union Libre	Postgrado	FLORENCIA(CAQ)	06/05/2026 09:41:25
Objetivo:	Pre-Ingreso	E.P.S.:	SANITAS	A.R.L.:	POSITIVA	Cargo:
						INSTRUCTOR

TIPO DE ACTIVIDAD QUE REALIZA:

ANTIGÜEDAD:

COLOR NATURAL DEL CABELLO:

COLOR NATURAL DE LA PIEL:

SITIO	N	LESION 1.5		LESION > 1.5	
	NEGATIVA	INCURADA	NO INCURADA	INCURADA	NO INCURADA
1. CUERO CABELLUDO:	☐	☐	☐	☐	☐
2. FRENTE:	☐	☐	☐	☐	☐
3. OREJA:	☐	☐	☐	☐	☐
4. OJO:	☐	☐	☐	☐	☐
5. NARIZ:	☐	☐	☐	☐	☐
6. MEJILLA:	☐	☐	☐	☐	☐
7. LABIO:	☐	☐	☐	☐	☐
8. CUELLO:	☐	☐	☐	☐	☐
9. BRAZO IZQ:	☐	☐	☐	☐	☐
10. BRAZO DER:	☐	☐	☐	☐	☐
11. ANTEBRAZO IZQ:	☐	☐	☐	☐	☐
12. ANTEBRAZO DER:	☐	☐	☐	☐	☐
13. PALMA DE MANO IZQ:	☐	☐	☐	☐	☐
14. PALMA DE MANO DER:	☐	☐	☐	☐	☐
15. DORSO DE MANO IZQ:	☐	☐	☐	☐	☐
16. DORSO DE MANO DER:	☐	☐	☐	☐	☐
17. TRONCO ANTERIOR:	☐	☐	☐	☐	☐
18. TRONCO POSTERIOR:	☐	☐	☐	☐	☐
19. MUSLO IZQUIERDO:	☐	☐	☐	☐	☐
20. MUSLO DER:	☐	☐	☐	☐	☐
21. PIERNA IZQ:	☐	☐	☐	☐	☐
22. PIERNA DER:	☐	☐	☐	☐	☐
23. DORSO PIERNA IZQ:	☐	☐	☐	☐	☐
24. DORSO PIERNA DER:	☐	☐	☐	☐	☐
25. PLAN PIE IZQ:	☐	☐	☐	☐	☐
26. PLANTA PIE DER:	☐	☐	☐	☐	☐

EXPOSICION SOLAR: ☐ SI ☒ NO HORAS AL DIA: 0

REACCIONES ADVERSAS CON LA EXPOSICION SOLAR:

BROTOS ALERGIAS MANCHAS: OTRO:

☐☐☐

TIPO DE QUIMICOS EN CONTACTO:

COMO SE PROTEGE	
FISICA	SOLAR QUIMICA
MANGA LARGA: ☐	☐ SI ☒ NO
CASCO: ☐	TIPO DE PROTECTOR SOLAR:
GAFAS FILTRO UV: ☐	
OTRO: ☐ CUAL?:	VECES DE APLICACION AL DIA:
	0

COMPORTAMIENTO DE LA PIEL CON EL SOL:

TIPO PROTECCION:

GUANTES: ☐
MASCARAS: ☐
BATAS: ☐
OTRO: ☐

REACCIONES ADVERSAS A QUIMICOS:

BROTOS: ☐
ALERGIAS: ☐
MANCHAS: ☐
OTRO: ☐

CUAL:

OTRO:

AURA JIMENA AGUIRRE - C.C. 1020769061 / RM:
RESOLUCION 0448

Firma del Paciente o Responsable



HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL



CLIPSALUD IPS S.A.S

Nit: 900304743-4
CL 18 N° 5A-48 FLORENCIA CAQUETA PBX: 8745789- CEL: 3162523650
BARRIO PORVENIR - www.clipsalud.com

Nombre Paciente: Carlos Hernandez Joven

Identificacion

17683113

Codigo Unico Paciente:

20542

Empresa: PARTICULAR

Fecha Nacimiento:

17/04/1968

Direccion:

CRA 5 N 23-22 BRR LA LIBERTAD | Acompañante: NO REFIERE | Teléfono: No Refiere

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:	Estado Civil:	Nro. Hijos	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Ingreso:
93543	Masculino	58 a	Union Libre	2	Postgrado	FLORENCIA(CAQ)	06/05/2026 09:41:25
Objetivo:	Pre-Ingreso	E.P.S.:	SANITAS	A.R.L.:	POSITIVA	Cargo:	INSTRUCTOR
Contrato:		Clasificacion del Riesgo:	CLASE III	Estrato:	[1] - Bajo Bajo		

I. INFORMACION OCUPACIONAL Y EXPOSICION A FACTORES DE RIESGO

NOMBRE DE LA EMPRESA	CARGO	TIEMPO	FACTOR DE RIESGO								ORGANOS COMPROMETIDOS					
			Fisicos	Quimicos	Ergonomicos	Biologicos	Psicosocial	Seguridad	Otros	Oido	Ojos	Piel	Pulm	Ost.	Otros	
PARTICULAR	INSTRUCTOR	INGRESO	☒	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Observaciones Antecedentes:

* Ampliacion de ITEMS señalados con "SI"

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

Gafas: ☒ Casco: ☒ Tapabocas: ☒ Overol: ☒ Botas: ☒ Protector Auditivo: ☒ Respirador: ☒ Guantes: ☒

A. - ACCIDENTES DE TRABAJO: NO

B. - ENFERMEDAD PROFESIONAL: NO

No Refiere Accidentes de Trabajo o Enfermedad(es) Profesional(es)

C. - ANTECEDENTES FAMILIARES:

Composición Familiar: Nuclear

PATOLOGIA

PARENTESCO

ASMA: ☐ _____
CANCER: ☐ _____
DIABETES: ☐ _____
ENFERMEDAD CORONARIA: ☐ _____

PATOLOGIA

PARENTESCO

A. CEREBRO-VASCULAR: ☐ _____
HIPERTENSION ARTERIAL: ☐ _____
COLAGENOSIS: ☐ _____
PAT. TIROIDEAS: ☐ _____

OTROS ANTECEDENTES: No Refiere Antecedentes

D. - ANTECEDENTES PERSONALES:

Patologicos: ☐ No Refiere
Hospitalarios: ☐ No Refiere
Quirurgicos: ☒
Alergicos: ☐ No Refiere
Traumaticos: ☐ No Refiere
Venereos: ☐ No Refiere

Psiquiatricos: ☐ No Refiere
Transfuncionales: ☐ No Refiere
Inmunizaciones: ☐ No Refiere
Gineco - Obstetricos: ☐ No Refiere
Tabaquismo: ☐ No Refiere
Alcohol: ☐ No Refiere

Estimulantes: ☐ No Refiere
Practica Algun Deporte: ☐ No Refiere
Medicamentosos: ☐ No Refiere
Toxicos: ☐ No Refiere
Otros: ☐ No Refiere

PTERIGIO IZQUIERDO, HERNIA UMBILICAL

E. - ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:

* Ampliacion Sobre los item señalados con "SI" en antecedentes personales

CICLO MENSTRUAL: No Aplica	G: ☐ P: ☐ A: ☐ V: ☐ C: ☐ M: ☐ E: ☐
FECHA ULTIMA REGLA: No Aplica	PLANIFICACION FAMILIAR: ☐ METODO: No Aplica
FECHA ULTIMA CITOLOGIA: No Aplica	

F. - INMUNIZACIONES:

VACUNA	DOSIS UNICA	VACUNA	1 DOSIS	2 DOSIS	3 DOSIS	REFUERZO
FIEBRE AMARILLA:	No Refiere	TETANO:	No Refiere	No Refiere	No Refiere	No Refiere
PAPERAS Y RUBEOLA:	No Refiere	HEPATITIS:	No Refiere	No Refiere	No Refiere	No Refiere
INFLUENZA:	No Refiere	OTRAS:	No Refiere	No Refiere	No Refiere	No Refiere
Resultado Inmunizaciones:	No Refiere					

G. - HABITOS:

FUMA	☐ Si	☒ No
CANTIDAD DE CIGARRILLOS POR DIA:	0	
FUMABA:	☐ Si	☒ No
CIGARRILLOS DIA:	0	
HASTA CUANDO:		

Habitos Riesgosos

Tejo ☐ S. Militar: ☐ Tiempo: _____ Moto: ☐

Otros: No Refiere

ALCOHOL:	☒ Si	☐ No
FRECUENCIA:	OCACIONAL	TIPO: Cerveza
ACTIVIDAD CULTURAL:	☐ Si	☒ No
ACTIVIDAD DEPORTIVA:	☐ Si	☒ No
SEDENTARIO PURO:	☐ Si	☒ No
SEDENTARIO:	☐ Si	☒ No

Especifique:

NO REALIZA

II. - REVISION POR SISTEMAS Y EXAMEN FISICO:

CARDIOVASCULAR:	☐ N	OCULAR:	☐ N
DERMATOLOGICO:	☐ N	RESPIRATORIO:	☐ N
GENITU - URINARIO:	☐ N	DIGESTIVO:	☐ N
NEUROLOGICO:	☐ N	O.R.L.:	☐ N
OSTEO - MUSCULAR:	☐ N	OTROS:	☐ N

PERIMETRO ABDOMINAL: 93 Cms			
PESO:	TALLA:	I.M.C.:	F.C.:
93 Kgs	168 Cms	33.0 k/m2	89 x Minuto
F.R.:	T.A.:	BIOTIPO:	ESTADO GENERAL:
18 x minuto	136/76 mmHg	Mediano	Bueno

LATERALIDAD: DIESTRO: ☒ ZURDO: ☐ AMBIDIESTRO: ☐AGUDEZA VISUAL: O.D. ☐ O.I. ☐ A.O. ☐

1. CABEZA	☐ N	13. OIDOS:	☐ N	25. T. INGUINALES:	☐ N
2. OJOS	☐ N	14. C. AUDITIVO EXT.:	☐ N	26. GENITALES EXT:	☒ X
3. PARPADOS	☐ N	15. TIMPANOS:	☐ N	27. T. VAGINAL:	☒ X
4. CONJUNTIVAS	☐ N	16. CUELLO:	☐ N	28. T. RECTAL:	☒ X
5. FONDO DE OJO	☐ N	17. TIROIDES:	☐ N	29. : MIEMBROS	☐ N
6. NARIZ	☐ N	18. TORAX:	☐ N	30. MANOS:	☐ N
7. TABIQUE	☐ N	19. . Rs Cs:	☐ N	31. PIES:	☐ N
8. BOCA	☐ N	20. Rs Rs:	☐ N	32. PIEL:	☐ N
9. DENTADURA	☐ N	21. SENOS:	☐ N	33. COLUMNA:	☐ N
10. FARINGE	☐ N	22. ABDOMEN:	☐ N	34. EX. NEUROLOGICO:	☐ N
11. AMIGDALAS	☐ N	23. PERCUSION:	☐ N	35. EX. MENTAL:	☐ N
12. ENCIAS	☐ N	24. MASAS:	☐ N	36. REFLEJOS:	☐ N

* Normal = N Anormal = A X= No Examinada AMPLIE SOLAMENTE HALLAZGOS ANORMALES(A)

III. -EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

CUADRO HEMATICO:	No Solicitado	No Solicitado
PARCIAL DE ORINA:	No Solicitado	No Solicitado
SEROLOGIA:	No Solicitado	No Solicitada
HEMOCLASIFICACION:	No Solicitado	No Solicitado
GLICEMIA:	Normal	95,97 mg/dl
COLESTEROL:	No Solicitado	Total: No Solicitado

GRAVINDEX:	No Solicitado	No Solicitado
OPTOMETRIA:	No Solicitado	No Solicitado
VISIOMETRIA:	Anormal	Amétrope No Corregido
ESPIROMETRIA:	No Solicitado	No Solicitado
AUDIOMETRIA:	Normal	Normal
TRIGLICERIDOS:	No Solicitado	No Solicitado
KOH:	No Solicitado	No Solicitado

--	--

IV. - DIAGNOSTICO DE INTERES CLINICO:

1	
2	

V. - PREVENCIÓN EN RIESGOS LABORALES:

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	Auditivo	☐	Visual	☒	Respiratorio	☐	Ergonomico	☐
	Dermatologico	☐	Cardiovascular	☐	Otros	☐		
	ESPECIFIQUE: _____							

TIPO DE PROTECCION	CASCO	☐	BOTAS	☐	GUANTES	☐	P. AUDITIVO	☐	P. RESPIRATORIA	☐	P. VISUAL	☐
	OTROS: _____											

VI. - DIAGNOSTICO DE INTERES OCUPACIONAL:

1	[CIE10 No.]E669:OBESIDAD, NO ESPECIFICADA
2	PRESBICIA
3	PRESBICIA
4	
5	
6	

EXÁMENES REALIZADOS: Se realizaron los siguientes exámenes: VISIOMETRIA, AUDIOMETRIA OCUPACIONAL, GLICEMIA EN SANGRE, PRUEBA PSICOLOGICA, EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR.

DESCRIPCION	RESULTADOS	DEL	CONCEPTO	MEDICO	OCUPACIONAL:
-------------	------------	-----	----------	--------	--------------

RESTRICCIONES: Ninguna para el Cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES: RECOMENDACIONES LABORALES: Uso de elementos de protección personal. Capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar. Higiene postural. Uso de corrección visual.

RECOMENDACIONES DE SALUD: Adoptar hábitos de vida saludable que incluya una alimentación balanceada, baja en azúcares y grasas saturadas, así como la incorporación de actividad física regular, al menos 150 minutos semanales. Es importante realizar controles periódicos del peso y circunferencia abdominal por el servicio de medicina general y nutrición, ya que el sobrepeso u obesidad sostenidos pueden aumentar el riesgo de enfermedades crónicas y afectar el desempeño laboral a largo plazo...

OBSERVACIONES: ninguno

VII. - CLASIFICACION DE APTITUD:**OBJETIVO VALORACION:** Pre-Ingreso

CONCEPTO INGRESO:	APTO para el Cargo:	☐	No APTO para el Cargo:	☐	Aplazado:	☐
TRABAJOS ESPECIALES:	Altura:	☐	Espacios Confinados:	☐	Manipulacion de Alimentos:	☐
CONCEPTO EGRESO:	Satisfactoria:	☐	No Satisfactoria:	☐	Valoracion por E.P.S.:	☐
Periodico o Cambio de Ocupacion:	☐	Reubicar Trabajador	☐	Continua en el Cargo	☐	

Wed Apr 2026 04/29/26 07:26:57

AURA JIMENA AGUIRRE - C.C. 1020769061 / RM:

RESOLUCION 0148

ESTA HISTORIA CLINICA NO REQUIERE FIRMA DEL PROFESIONAL O MEDICO QUE ATENDIO, DE ACUERDO AL ARTICULO 18 DE LA RESOLUCION 1995 DE 1999 DEL MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Impreso por: Generado por SGMI - TERRASOFT, NIT. 74814574-9

Firma del Paciente o Responsable

Wed May 2026 05/06/26 09:22:11



Indice Derecho



Hace constar:

Que el Sr(a) CARLOS HERNANDEZ JOVEN Identificado(a) con cédula de ciudadanía 17683113 realizó el día 01/06/2026 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, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo CARLOS HERNANDEZ JOVEN Identificado(a) con cédula de ciudadanía 17683113 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.

Firma

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



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública
DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) CARLOS HERNANDEZ JOVEN Identificado(a) con cédula de ciudadanía 17683113 el día 01/06/2026 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

Certificación Bancaria

Jueves, 07 de mayo de 2026

A quien le interese

Bancolombia S.A. se permite informar que CARLOS HERNANDEZ JOVEN identificado(a) con CC 17683113, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta de ahorros	84700019143	2019-03-05	Activo	*****

***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 a 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.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospchoso@bancolombia.com.co

CONSTANCIA DE NO REVOCATORIA NI CANCELACIÓN POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

Hacemos constar, que la póliza No. 61-46-101041194, 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 NEIVA, a los 19 días del mes de Mayo de 2026


Firma autorizada de Jose Luis Ojeda Acevedo, Vicepresidente de Fianzas.

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

Oficina Principal: Autopista Norte # 103 - 60, Piso 5 Bogotá D.C. Teléfono: 601-2186977, 601-6019330
ASISTENCIA CELULAR #388 - FUERA DE BOGOTA 018000123010
www.segurosdeleestado.com

FECHA				
CONTADO				
RECIBIMOS DE:	HERNANDEZ JOVEN CARLOS		C.C. C.C. :17,683,113	
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE			
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 61-46-101041194			
SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA		PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA
AGENCIA MANDATARIA - NEIVA - CU. ESTATAL - 101041194 - 0 - 0		\$ 20,000.00	\$ 8,000.00	\$ 5,320.00
FORMA DE PAGO				
INTERMEDIARIO: BIBIANA GONZALEZ ESPAÑA - 194558			EFFECTIVO:	\$ 33,320.00
			CHEQUE:	\$ 0.00
			TARJETA:	\$ 0.00
			BD:	\$ 0.00
			OTROS:	\$ 0.00
			TOTAL:	\$ 33,320.00
			CAJERO: RAPIESTADO	

ORIGINAL

FECHA				
CONTADO				
RECIBIMOS DE:	HERNANDEZ JOVEN CARLOS		C.C. C.C. :17,683,113	
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE			
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 61-46-101041194			
SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA		PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA
AGENCIA MANDATARIA - NEIVA - CU. ESTATAL - 101041194 - 0 - 0		\$ 20,000.00	\$ 8,000.00	\$ 5,320.00
FORMA DE PAGO				
INTERMEDIARIO: BIBIANA GONZALEZ ESPAÑA - 194558			EFFECTIVO:	\$ 33,320.00
			CHEQUE:	\$ 0.00
			TARJETA:	\$ 0.00
			BD:	\$ 0.00
			OTROS:	\$ 0.00
			TOTAL:	\$ 33,320.00
			CAJERO: RAPIESTADO	

COPIA

**PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.61-46-101041194**

1. AMPAROS.

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ SEGUROESTADO 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 SUJECCIÓN 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 TÍTULO 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 TRANSURSO DEL TIEMPO.

3. SUMA ASEGURADA.

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

4. VIGENCIA.

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

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

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

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

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

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

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

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

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

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

6. COMPENSACIÓN.

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

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

8. PLAZO PARA EL PAGO.

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

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

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

EL ÚLTIMO 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, PREVALECEÁN 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.

Expedido en	Sucursal	Código Sucursal	Fecha de Pago	Clave	Intermediario
BOGOTA, D.C.	OFICINA PRINCIPAL	1	19/05/2026	194558	BIBIANA GONZALEZ ESPAÑA
Tomador: CARLOS HERNANDEZ JOVEN					NIT/CC 17683113
Suma de:		TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE.*****			
Pagador: CARLOS HERNANDEZ JOVEN					NIT/CC 17683113
Por concepto de:		APLICACION PORTAL DE RECAUDOS #1745472947			
Suc-Ramo-Póliza-Endoso-Cuota	Prima	Gasto	IVA	Runt	Valor
61-AGENCIA MANDATARIA - NEIVA-46-CU. ENTIDAD.EST.ONL-101041194-0-1	\$20.000,00	\$8.000,00	\$5.320,00	\$0,00	\$33.320,00
Otros conceptos de pago					Valor
CUENTA PUENTE INTERSUCURSALES					\$33.320,00
Forma de pago					
Ahorro:		\$0,00		Corriente:	\$0,00
				Tarjeta:	\$0,00
				Otro:	\$0,00
Transacción: 18164496				Total:	\$33.320,00
				Cajero:	PAGUESTADO