SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)
REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE ELECTRICIDAD Y ELECTRONICA Y TELECOMUNICACION - BTA DC - SERVICOS PRESTAD
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1
Resoluciòn DIAN Nº 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)

Código Regional	**11**
Código Centro	**921010**
Fecha Elaboración	**22 de Febrero de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**45783-469269**
No. de documento	**9857**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	VICTOR MANUEL MORENO PEREZ	**C.C.**	79.369.666	**IP/Nº de contacto**	3204718465
Correo electrónico contratista:	victorbahia@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 2020 Superaron $49'849.000	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		NO	
Banco al cual consignar:	BANCO BBVA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		242444073	
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 2021 supera los $ 119´806.000**		NO			

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	2232587/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**15321**	
Valor Total del Contrato	$ 30.826.472	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 30.826.472	**1**	**Del**	**10/02/2021**	**Al**	**28/02/2021**	**$ 3.790.140,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 27.036.332		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: 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 PROGR

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.790.140		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	**$ 3.790.140**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.518.455**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**1035876477**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.516.056	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 189.600	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 242.600	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL III	$ 37.000	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.161.856	$ -	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 839.485	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.518.455,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.357.940,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	32.438,00	0,966%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 3.757.702,00**	

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

2057745 Análisis y Desarrollo de Sistemas de Información. Para la ficha mencionada anteriormente se impartió las competencias: DISEÑAR EL SISTEMA DE ACUERDO CON LOS REQUERIMIENTOS DEL CLIENTE
Lenguaje de Programación Introducción, Estructuras de desarrollo (Entrada - Salida, Bloques de decisión Simples y Compuestos), Arreglos, POO, Gestor BD Mysql, Inserción, Eliminación, Actualización y Consulta, Administración de Tablas y Modelo Relacional.
2067454-2067459 Análisis y Desarrollo de Sistemas de Información. Para la ficha mencionada anteriormente se impartió las competencias: IMPLANTAR LA SOLUCIÓN QUE CUMPLA CON LOS REQUERIMIENTOS PARA SU OPERACIÓN
Motores de Bases de datos: Clasificación, Creación Bases de datos, Inserción, Eliminación, Actualización y Consulta, Relación Entre Entidades, Uso clausula JOIN, Desarrollo modelo relacional proyecto formativo, Importación de archivos en tablas Mysql, Desarrollo de Actividades, Manejo de funciones en gestor de bases de datos, Verificación estado proyecto formativo y Etiquetas HTML

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:
1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

VICTOR MANUEL MORENO PEREZ
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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-02-15, 12:58:25 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1035876477

Periodo Cotización: enero de 2021 **Periodo Servicio:** enero de 2021 **Referencia pago (PIN):** 8837195160

PAGADO 15/02/2021

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	VICTOR MANUEL MORENO PEREZ		
Documento	CC79369666	**Dirección**	CALLE 79 A # 66 - 40
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3204718465
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 79369666	VICTOR MANUEL MORENO PEREZ	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.817.051	$ 290.800	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.817.051	$ 227.200	2,436	$ 1.817.051	$ 44.300	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 562.300

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.817.051	$ 1.817.051	$ 1.817.051	$ 0	$ 290.800	$ 227.200	$ 44.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 562.300	$ 0	$ 562.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) VICTOR MANUEL MORENO PEREZ identificado(a) con CC 79369666 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**25/06/1999**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en **QUIEN INTERESE** , a los 22 días del mes febrero del año 2021 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **VICTOR MANUEL MORENO PEREZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79369666,** se encuentra afiliado/a desde **27/01/1998** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 22 de febrero de 2021.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14577531238

(415)7707212489984(8020) 000001457753123 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 9 3 6 9 6 6 6	7	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	79369666	1 9 8 4 0 4 3 0

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
MORENO	PEREZ	VICTOR	MANUEL

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 79 A 66 40 IN 6 AP 212 BRR METROPOLIS

42. Correo electrónico: victorbahia@misena.edu.co

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	6 6 0 9 3 5 7	3 2 0 4 7 1 8 4 6 5

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 4 1	1 9 9 2 0 1 1 5	6 3 1 1	2 0 0 6 0 1 1 6	6 2 0 1		2 1 3 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 5	4 9																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

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 - 06 - 03

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

Informe Previo

50401179

Fecha de ingreso : 2018-05-04 07:46
Fecha de impresión :

No. de Orden : **50401179**
Paciente : **MORENO PEREZ VICTOR MANUEL**
Documento Id : 79369666
Sede : CAS FLORESTA
Médico : STEFHANY PINZON CADENA

No. ingreso : 5030154170
Edad : 54 Años
Teléfono : 3204718465 / 3204718
Servicio : CONSULTA EXTERNA

Examen	Resultado	Unidades		Valores de Referencia
HEMATOLOGIA				
CUADRO HEMATICO				
RECUENTO TOTAL GLOBULOS BLANCOS	2.86	uL^3	*	4 - 11.5
NEUTROFILOS %	35.80	%		35 - 65
LINFOCITOS %	51.00	%	*	20 - 40
MONOCITOS %	8.00	%		2.5 - 14
EOSINOFILOS %	3.50	%		1 - 4
BASOFILOS %	1.40	%	*	0 - 1
NEUTROFILOS	1.02		*	2 - 7.5
LINFOCITOS	1.46		*	1.5 - 4.5
MONOCITOS	0.23			0 - 1
EOSINOFILOS	0.10			
BASOFILOS	0.04		*	0 - 0.01
NRBC %	0.00	%		
NRBC#	0.00	10^3/uL		
RECUENTO TOTAL DE GLOBULOS ROJOS	5.42	10*6 x uL		3.8 - 6.5
HEMATOCRITO	45.9	%		36 - 54
HEMOGLOBINA	16.0	g/dL		12 - 18
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	84.7	fL		80 - 100
HB CORPUSCULAR MEDIA	29.5	pg		27 - 33
CONCENTRACION HB CORPUSCULAR MEDIA	34.9	g/dL		30 - 36
RDW CV	13.1	%		11.5 - 15.5
PLAQUETAS	248	10^3/uL		150 - 500
VOLUMEN MEDIO PLAQUETARIO	9.6	fL		6.4 - 13
ANCHO DE DISTRIBUCION ERITROCITARIA	40.3	fL		

Vb. Luisa Isabel Torres Mattius

QUIMICA CLINICA				
CREATININA SERICA	1.25	mg/dl	*	0.7 - 1.2
NEONATOS: Prematuros: 0.29 - 1.04 Término : 0.24 - 0.85				
Técnica:Colorimetrica Enzimatica				
NITROGENO UREICO (BUN)	17.6	mg/dl		6 - 20
Técnica:Colorimetrica Enzimatica				

Vb. NIDIA CONSTANZA BUITRAGO



Informe Previo

50401179

Fecha de ingreso : 2018-05-04 07:46
Fecha de impresión :

No. de Orden	: **50401179**	No. ingreso	: 5030154170
Paciente	: **MORENO PEREZ VICTOR MANUEL**	Edad	: 54 Años
Documento Id	: 79369666	Teléfono	: 3204718465 / 3204718
Sede	: CAS FLORESTA	Servicio	: CONSULTA EXTERNA
Médico	: STEFHANY PINZON CADENA		

Nota: la empresa no se responsabiliza de enmendaduras realizadas a este reporte

Informe Previo

10301350

Página No. : 1
Fecha de ingreso : 2020-01-03 09:16
Fecha de impresión :

No. de Orden : **10301350**
Paciente : **MORENO PEREZ VICTOR MANUEL**
Documento Id : 79369666
Sede : CAS FLORESTA
Médico : JUAN DAVID PRIETO RUEDA2

No. ingreso : 5037699485
Edad : 54 Años
Teléfono : 3204718465 / 3204718
Servicio : CONSULTA EXTERNA

Examen	Resultado	Unidades		Valores de Referencia
QUIMICA CLINICA				
GLICEMIA BASAL	92	mg/dl		74 - 106
Técnica:Colorimetrica.				
TRIGLICERIDOS	104	mg/dl		40 - 200
Técnica:Colorimetrica Enzimatica				
COLESTEROL TOTAL	211	mg/dl	*	50 - 200
Técnica:Colorimetrica Enzimatica				
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL	63	mg/dl	*	35 - 55
Técnica:Colorimetrica Enzimatica				
COLESTEROL VLDL	20	mg/dl		6 - 34
SODIO EN SUERO	141.3	mmol/L		136 - 145
Técnica:Electrodo Selectivo de Iones				
POTASIO EN SUERO	4.77	mmol/L		3.5 - 5.1
Técnica:Electrodo Selectivo de Iones				
ALBUMINURIA EN ORINA PARCIAL	0.40	mg/dl		
Técnica:Inmunoturbidimetrica.				
CREATININA EN ORINA PARCIAL	100.54	mg/dl		39 - 259
RELACION ALBUMINA/CREATININA ORINA PARCIAL	0.40	mgAlb/gCr		0 - 20
VALOR DE REFERENCIA: Menor de 20 mg de albumina/g de creatinina				
		Vb. Luz jenny Espejo Peña (AV)		
CREATININA SERICA	1.28	mg/dl	*	0.7 - 1.2
NEONATOS: Prematuros: 0.29 - 1.04 Término : 0.24 - 0.85				
Técnica:Colorimetrica Enzimatica				
NITROGENO UREICO (BUN)	15.4	mg/dl		6 - 20
Técnica:Colorimetrica Enzimatica				
		Vb. Laura Johanna Urquijo Tovar		
INMUNOLOGIA				
ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA	0.657	ng/mL		0 - 3.5

Informe Previo

10301350

Fecha de ingreso : 2020-01-03 09:16
Fecha de impresión :

No. de Orden : **10301350**
Paciente : **MORENO PEREZ VICTOR MANUEL**
Documento Id : 79369666
Sede : CAS FLORESTA
Médico : JUAN DAVID PRIETO RUEDA2

No. ingreso : 5037699485
Edad : 54 Años
Teléfono : 3204718465 / 3204718
Servicio : CONSULTA EXTERNA

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia

INMUNOLOGIA

VALORES DE REFERENCIA:

EDAD				
MENOR DE 40	0	-	2.0
40 - 49 AÑOS	0	-	2.5
50 - 59 AÑOS	0	-	3.5
60 - 69 AÑOS	0	-	4.5
70 - 80 AÑOS	0	-	6.5

Ref: PSA levels,Abril 2004 (Ca-org)
Healthandage. Variations in PSA levels, Julio 2003.
PSA Screning for Prostate Ca. (BC Ca Fundation)
September 2003.

Interpretar valores después del punto como decimal

Técnica:Electroquimioluminiscencia.

Vb. Luz jenny Espejo Peña (AV)

Los valores de las pruebas Inmunológicas y Hormonales, pueden variar según la metodología aplicada. Resultados obtenidos por diferentes tecnologías, no pueden compararse entre sí y dan lugar a interpretaciones erróneas.

UROANALISIS

UROANALISIS

Color	Amarillo		
Aspecto	Lig.Turbio		
Densidad Urinaria	1.013		
pH	6.5		
Leucocitos	Negativo	/ul	
Nitritos	Negativo		
Proteínas	Negativo	mg/dl	
Glucosa	Normal	mg/dl	
Cuerpos cetonicos	Negativo		
Urobilinogeno	Normal	mg/dl	
Bilirrubinas	Negativo	mg/dl	
Sangre	Negativo	/ul	
SEDIMENTO URINARIO	----		
Bacterias	escasas		
Moco	Negativo		
Globulos blancos	1.98	/ul	0 - 10
Globulos rojos	2.64	/ul	0 - 5
Celulas epiteliales escamosas	Negativo		
Celulas epiteliales no escamosas	Negativo		
Levaduras	Negativo		
Cristales	Negativo		

Informe Previo

10301350

Fecha de ingreso : 2020-01-03 09:16
Fecha de impresión :

No. de Orden : **10301350**
Paciente : **MORENO PEREZ VICTOR MANUEL**
Documento Id : 79369666
Sede : CAS FLORESTA
Médico : JUAN DAVID PRIETO RUEDA2

No. ingreso : 5037699485
Edad : 54 Años
Teléfono : 3204718465 / 3204718
Servicio : CONSULTA EXTERNA

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
UROANALISIS			
Cilindros hialinos	Negativo		
Espermatozoides	Negativo		
Cilindros patologicos	Negativo		

Vb. Juan Pablo Ribon Gomez

Nota: la empresa no se responsabiliza de enmendaduras realizadas a este reporte

Informe Previo

50401179

Fecha de ingreso : 2018-05-04 07:46
Fecha de impresión :

No. de Orden : **50401179**
Paciente : **MORENO PEREZ VICTOR MANUEL**
Documento Id : 79369666
Sede : CAS FLORESTA
Médico : STEFHANY PINZON CADENA

No. ingreso : 5030154170
Edad : 54 Años
Teléfono : 3204718465 / 3204718
Servicio : CONSULTA EXTERNA

Examen	Resultado	Unidades		Valores de Referencia
HEMATOLOGIA				
CUADRO HEMATICO				
RECUENTO TOTAL GLOBULOS BLANCOS	2.86	uL^3	*	4 - 11.5
NEUTROFILOS %	35.80	%		35 - 65
LINFOCITOS %	51.00	%	*	20 - 40
MONOCITOS %	8.00	%		2.5 - 14
EOSINOFILOS %	3.50	%		1 - 4
BASOFILOS %	1.40	%	*	0 - 1
NEUTROFILOS	1.02		*	2 - 7.5
LINFOCITOS	1.46		*	1.5 - 4.5
MONOCITOS	0.23			0 - 1
EOSINOFILOS	0.10			
BASOFILOS	0.04		*	0 - 0.01
NRBC %	0.00	%		
NRBC#	0.00	10^3/uL		
RECUENTO TOTAL DE GLOBULOS ROJOS	5.42	10*6 x uL		3.8 - 6.5
HEMATOCRITO	45.9	%		36 - 54
HEMOGLOBINA	16.0	g/dL		12 - 18
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	84.7	fL		80 - 100
HB CORPUSCULAR MEDIA	29.5	pg		27 - 33
CONCENTRACION HB CORPUSCULAR MEDIA	34.9	g/dL		30 - 36
RDW CV	13.1	%		11.5 - 15.5
PLAQUETAS	248	10^3/uL		150 - 500
VOLUMEN MEDIO PLAQUETARIO	9.6	fL		6.4 - 13
ANCHO DE DISTRIBUCION ERITROCITARIA	40.3	fL		

Vb. Luisa Isabel Torres Mattius

QUIMICA CLINICA				
CREATININA SERICA	1.25	mg/dl	*	0.7 - 1.2
NEONATOS: Prematuros: 0.29 - 1.04 Término : 0.24 - 0.85				
Técnica:Colorimetrica Enzimatica				
NITROGENO UREICO (BUN)	17.6	mg/dl		6 - 20
Técnica:Colorimetrica Enzimatica				

Vb. NIDIA CONSTANZA BUITRAGO



Informe Previo

50401179

Fecha de ingreso : 2018-05-04 07:46
Fecha de impresión :

No. de Orden	: **50401179**	No. ingreso	: 5030154170
Paciente	: **MORENO PEREZ VICTOR MANUEL**	Edad	: 54 Años
Documento Id	: 79369666	Teléfono	: 3204718465 / 3204718
Sede	: CAS FLORESTA	Servicio	: CONSULTA EXTERNA
Médico	: STEFHANY PINZON CADENA		

Nota: la empresa no se responsabiliza de enmendaduras realizadas a este reporte

Informe Previo

10301350

Página No. : 1
Fecha de ingreso : 2020-01-03 09:16
Fecha de impresión :

No. de Orden : **10301350**
Paciente : **MORENO PEREZ VICTOR MANUEL**
Documento Id : 79369666
Sede : CAS FLORESTA
Médico : JUAN DAVID PRIETO RUEDA2

No. ingreso : 5037699485
Edad : 54 Años
Teléfono : 3204718465 / 3204718
Servicio : CONSULTA EXTERNA

Examen	Resultado	Unidades		Valores de Referencia
QUIMICA CLINICA				
GLICEMIA BASAL	92	mg/dl		74 - 106
Técnica:Colorimetrica.				
TRIGLICERIDOS	104	mg/dl		40 - 200
Técnica:Colorimetrica Enzimatica				
COLESTEROL TOTAL	211	mg/dl	*	50 - 200
Técnica:Colorimetrica Enzimatica				
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL	63	mg/dl	*	35 - 55
Técnica:Colorimetrica Enzimatica				
COLESTEROL VLDL	20	mg/dl		6 - 34
SODIO EN SUERO	141.3	mmol/L		136 - 145
Técnica:Electrodo Selectivo de Iones				
POTASIO EN SUERO	4.77	mmol/L		3.5 - 5.1
Técnica:Electrodo Selectivo de Iones				
ALBUMINURIA EN ORINA PARCIAL	0.40	mg/dl		
Técnica:Inmunoturbidimetrica.				
CREATININA EN ORINA PARCIAL	100.54	mg/dl		39 - 259
RELACION ALBUMINA/CREATININA ORINA PARCIAL	0.40	mgAlb/gCr		0 - 20
VALOR DE REFERENCIA: Menor de 20 mg de albumina/g de creatinina				
		Vb. Luz jenny Espejo Peña (AV)		
CREATININA SERICA	1.28	mg/dl	*	0.7 - 1.2
NEONATOS: Prematuros: 0.29 - 1.04 Término : 0.24 - 0.85				
Técnica:Colorimetrica Enzimatica				
NITROGENO UREICO (BUN)	15.4	mg/dl		6 - 20
Técnica:Colorimetrica Enzimatica				
		Vb. Laura Johanna Urquijo Tovar		
INMUNOLOGIA				
ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA	0.657	ng/mL		0 - 3.5

Informe Previo

10301350

Fecha de ingreso : 2020-01-03 09:16
Fecha de impresión :

No. de Orden : **10301350**
Paciente : **MORENO PEREZ VICTOR MANUEL**
Documento Id : 79369666
Sede : CAS FLORESTA
Médico : JUAN DAVID PRIETO RUEDA2

No. ingreso : 5037699485
Edad : 54 Años
Teléfono : 3204718465 / 3204718
Servicio : CONSULTA EXTERNA

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia

INMUNOLOGIA

VALORES DE REFERENCIA:

EDAD				
MENOR DE 40	0	-	2.0
40 - 49 AÑOS	0	-	2.5
50 - 59 AÑOS	0	-	3.5
60 - 69 AÑOS	0	-	4.5
70 - 80 AÑOS	0	-	6.5

Ref: PSA levels,Abril 2004 (Ca-org)
Healthandage. Variations in PSA levels, Julio 2003.
PSA Screning for Prostate Ca. (BC Ca Fundation)
September 2003.

Interpretar valores después del punto como decimal

Técnica:Electroquimioluminiscencia.

Vb. Luz jenny Espejo Peña (AV)

Los valores de las pruebas Inmunológicas y Hormonales, pueden variar según la metodología aplicada. Resultados obtenidos por diferentes tecnologías, no pueden compararse entre sí y dan lugar a interpretaciones erróneas.

UROANALISIS

UROANALISIS

Color	Amarillo		
Aspecto	Lig.Turbio		
Densidad Urinaria	1.013		
pH	6.5		
Leucocitos	Negativo	/ul	
Nitritos	Negativo		
Proteínas	Negativo	mg/dl	
Glucosa	Normal	mg/dl	
Cuerpos cetonicos	Negativo		
Urobilinogeno	Normal	mg/dl	
Bilirrubinas	Negativo	mg/dl	
Sangre	Negativo	/ul	
SEDIMENTO URINARIO	----		
Bacterias	escasas		
Moco	Negativo		
Globulos blancos	1.98	/ul	0 - 10
Globulos rojos	2.64	/ul	0 - 5
Celulas epiteliales escamosas	Negativo		
Celulas epiteliales no escamosas	Negativo		
Levaduras	Negativo		
Cristales	Negativo		

Informe Previo

10301350

Fecha de ingreso : 2020-01-03 09:16
Fecha de impresión :

No. de Orden : **10301350**
Paciente : **MORENO PEREZ VICTOR MANUEL**
Documento Id : 79369666
Sede : CAS FLORESTA
Médico : JUAN DAVID PRIETO RUEDA2

No. ingreso : 5037699485
Edad : 54 Años
Teléfono : 3204718465 / 3204718
Servicio : CONSULTA EXTERNA

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
UROANALISIS			
Cilindros hialinos	Negativo		
Espermatozoides	Negativo		
Cilindros patologicos	Negativo		

Vb. Juan Pablo Ribon Gomez

Nota: la empresa no se responsabiliza de enmendaduras realizadas a este reporte

Cruz Roja Colombiana
Seccional Cundinamarca y Bogotá

CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTA

NIT 860 701 301-1

CENTRO DE ATENCIÓN : EXTRAMURAL

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

N° Historia Clínica: 79369666

Datos personales del Paciente

Paciente:	Cédula_Ciudadanía 79369666 VICTOR MANUEL MORENO PEREZ			**F. Nacim:**	09/01/1966
Edad:	54 Años \ 0 Meses \ 12 Días	**Estado Civil:**	Soltero	**Dirección:**	CL 79A 66 40
Teléfono:	3204718465	**Procedencia:**	BOGOTA	**Ocupación:**	INSTRUCTOR TELEINFORMATICA
Entidad:	PARTICULARES				
Plan Beneficios:	SALUD OCUPACIONAL PACIENTE PARTICULAR			**Empresa:**	SENA
Tipo de examen :	INGRESO	**Escolaridad :**	POSGRADO	**Titulo Profesional :**	INGENIERIA SISTEMAS
FOLIO N° 2		**Fecha del Folio:**	22/01/2020 12:35	**Area Serv:**	SSS
N° Ingreso:	3321199	**Fecha:**	22/01/2020 11:09	**F. Consulta:**	No_Aplica
C. Externa:	Otra				

Concepto Medico

Ingreso o Preocupacional : APTO PARA EL CARGO CON PATOLOGÍA APARENTE QUE NO LIMITA LAS FUNCIONES ASIGNADAS

Periodico:

Periodico Embarazada :

Post - Incapacidad :

Egreso :

Pruebas con funciones especiales

Sistema	Aptitud	Observaciones
Osteomuscular	ADECUADA	
Manipulacion de Alimentos	NO APLICA	
Trabajo en Alturas	NO APLICA	
Manejo de Armas	NO APLICA	
Espacios Confinados	NO APLICA	
Radiaciones Ionizantes	NO APLICA	
Manipulacion de Quimicos	NO APLICA	
Operacion Vehicular	NO APLICA	
Brigadista	NO APLICA	
Temperatura Extrema	NO APLICA	
Cardiovascular	ALTERADO	RCV MODERADO
Dermatologico	NO APLICA	
Respiratorio	NO APLICA	
Neurologico	NO APLICA	

Recomendaciones

Ocupacionales : ESCUELAS TERAPEUTICAS/ PAUSAS ACTIVAS,
HIGIENE POSTURAL,
PUESTO DE TRABAJO ERGONÓMICO,
CONTROL PERIÓDICO SALUD OCUPACIONAL,

Medicas : CONTINUAR TRATAMIENTO MÉDICO EN EPS
ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
ESQUEMA DE VACUNACIÓN ADULTO

Sistema vigilancia epidemiologia: CARDIOVASCULAR Y METABÓLICO
BIOMECÁNICO

Habitos y estilos de vida saludable : INICIO DE ACTIVIDAD FISICA

CRUZ ROJA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTÁ, D. C. SALUD OCUPACIONAL EMPRESARIAL

QUITIAN MONTAÑEZ PAOLA CAROLINA
SALUD OCUPACIONAL
R.M. 52986770

Resultado de pruebas paraclinicas

Examen	Resultado
Hemoclasificacion	NO APLICA
Cuadro hematico	NO APLICA
Perfil lipidico	ALTERADO
Glicemia	NORMAL
Parcial de orina	NO APLICA
KOH	NO APLICA
Frotis faringeo	NO APLICA
Cultivo faringeo	NO APLICA
Coprologico	NO APLICA
Optometria	NO APLICA
Audiometria	NO APLICA
Espirometria	NO APLICA
Fisioterapia	NO APLICA
Psicologia	NORMAL
Electrocardiograma	NO APLICA
Pruebas Hepatica	NO APLICA
Pruebas Renales	NO APLICA
Radiografia	NO APLICA
Otros	NO APLICA

Recomendaciones:

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS Y ESTIRAMIENTOS ANTES, DURANTE LOS DESCANSOS PROGRAMADOS Y AL FINAL DE LA JORNADA DIARIA DE TRABAJO.
REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE 45 – 60 MINUTOS AL MENOS 4 – 5 VECES/ SEMANA.
HIGIENE POSTURAL.
AUTOCUIDADO.
PAUSAS VISUALES ANTE LABORES DE FIJACION VISUAL PROLONGADA , CONTROLES PERIODICOS POR SU EPS
CONTINUAR CONTROLES DE PATOLOGIAS DE BASE POR SU SERVICIO DE SALUD
CONTROL PERIODICO PERFIL LIPIDICO

CRUZ ROJA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTÁ, D. C. SALUD OCUPACIONAL EMPRESARIAL

QUITIAN MONTAÑEZ PAOLA CAROLINA
SALUD OCUPACIONAL
R.M. 52986770

Prestador: CAFAM IPS - Nit: 860.013.570-3

Historia: FL-0058684
Paciente: MORENO PEREZ VICTOR MANUEL
Documento de Identidad: CC-79369666
Fecha Nac: Domingo 9 de Enero de 1966
Edad: 53 A, 11 M, 26 D
Lugar de nacimiento: SANTA MARTA
Dirección domicilio: CALLE 79 A N 66 40
Teléfono: 3204718465
Dirección residencia: CALLE 79 A N 66 40
Departamento: (11)BOGOTA
Teléfono: 6609357
Zona: URBANO
EPS o Entidad: CAFAM
Municipio: (010)ENGATIVA
Ocupacion: INGENIERO DE SISTE
Categ. o Contrato: CAFAM-POS-CATEGORIA-1
Estado civil: Soltero
Tipo de afiliación: COTIZANTE
Sexo: Femenino
Regimen: CONTRIBUTIVO
Categoria: 3
Persona responsable: 0
Teléfono responsable: 0
Parentezco: CONYUGE
Documento de acompañante:
Nombre de acompañante:

OPTOMETRIA

FECHA Sabado 4 de Enero de 2020 10:09 AM
AUTORIZACION ENTIDAD:
C.C. PROFESIONAL 1019099974
- NOMBRE SANCHEZ ESTUPIÑAN GERALDINE
- REGISTRO PROFESIONAL 1019099974

MOTIVO DE LA CONSULTA

CONTROL PACIENTE ASISTE SOLO A CONSULTA DE CONTROL, DESEA VALORACION GENERAL. CAMBIO DE CORRECCION OPTICA.
REALIZO LENTES OCUPACIONALES EN OPTICA PARTICULAR PERO NO SE SINTIO COMPLETAMENTE COMODO CON ESA FORMULACION.

TIPO DE EXAMEN CONTROL A UN AÑO O MÁS

ANTECEDENTES

FAMILIARES

GLAUCOMA MADRE

PERSONALES

ALERGICO SULFAS
FARMACOLOGICO LOSARTAN
HIPERTENSION ARTERIAL DIAGNOSTICADO HACE 3 AÑOS.

LABORALES

USUARIOS DE COMPUTADOR 6-7 HORAS AL DIA

OCUPACION HABITUAL ING. SISTEMAS
USO DE LENTES USO OCASIONAL
ULTIMO RX 1 año

AGUDEZA VISUAL LEJOS

	OJO DERECHO		OJO IZQUIERDO	
AVSC	20/30+		20/25	0.80

Examen tomado con LETRAS

AGUDEZA VISUAL CERCA

	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO

AV: Agudeza visual
CC: Con Corrección
OD: Ojo derecho
SC: Sin Correción
OI: Ojo izquierdo
LC: Lente de Contacto
AO: Ambos ojos
ADD: Adición
HC: Historia Clinica
ODI: Ojo Derecho Izuierdo
PPC: Punto Próximo de Convergencia
N: Normal

AVSC	Tit. a 40cms	Tit. a 40cms
Examen tomado con LETRAS		

OJO DOMINANTE Derecho
MANO DOMINANTE Derecha

COVER...

	SIN CORRECCION		CON CORRECCION	
	Horizontal	Vertical	Horizontal	Vertical
LEJOS	ORTHO	ORTHO	N/A	N/A
CERCA	ORTHO	ORTHO	N/A	N/A

DISTANCIA PUPILAR 62/60

EXAMEN EXTERNO

PUPILA BRUCKNER SIMETRICO - HIRSCHBERG CENTRADO - REFLEJOS PUPILARES PRESENTES
PARPADOS HENDIDURA SIMETRICA
P.LAGRIMAL PERMEABLES AO
CONJUNTIVA CONJUNTIVA BULBAR-TARSAL SANA AO
CORNEA TRANSPARENTE AO
CRISTALINO TRANSPARENTE AO
IRIS ISOCROMICO AO

OFTALMOSCOPIA

OD MEDIOS TRANSPARENTES, PAPILAS BORDE DEFINIDOS, RELACION ARTERIA VENA NORMAL, MACULA SANA, EXCAVACION 0.4

OI MEDIOS TRANSPARENTES, PAPILAS BORDE DEFINIDOS, RELACION ARTERIA VENA NORMAL, MACULA SANA, EXCAVACION 0.4

KERATOMETRIA HABITUAL

OJO	HORIZONTAL	VERTICAL	EJE	MIRAS
DERECHO	43.75	44.75	160 °	NORMALES
IZQUIERDO	44.25	45.00	5 °	NORMALES

RETINOSCOPIA ESTATICA

OJO	ESF.	CIL.	EJE	SOMBRAS
DERECHO	+0.75			NORMALES
IZQUIERDO	+0.75			NORMALES

SUBJETIVO

OJO	ESF.	CIL.	EJE.	AVVL	AVVP	AVPH	ADD
DERECHO	+0.75			(*1) 20/20	0.50 M a 40c		+2.25
IZQUIERDO	+0.75			(*1) 20/20	0.50 M a 40c		+2.25

Nota: (*1) 20/20 = 1.00

DIAGNOSTICOS

DX REFRACTIVO
AO H520 HIPERMETROPIA
AO H524 PRESBICIA

DX PATOLOGICO
AO dx PPAL H538 VALORACION FONDO POR ANTEC.FAMILIAR GLAUCOMA

RIPS

FINALIDAD DETECCION DE ALTERACIONES DE AGUDEZA VISUAL
CAUSA EXTERNA ENFERMEDAD GENERAL

AV: Agudeza visual
CC: Con Corrección
DV: Distancia Vertice
NA: No Aplica
OD: Ojo derecho
SC: Sin Correción
Dpts: Dipotrías
DP: Distancia Pupilar
OI: Ojo izquierdo
LC: Lente de Contacto
Dx: Diagnostico
DNP: Distancia Nasopúpilar
AO: Ambos ojos
ADD: Adición
HC: Historia Clinica
VP: Visión Próxima
ODI: Ojo Derecho Izuierdo
PPC: Punto Próximo de Convergencia
N: Normal
VL: Visión Lejana
VI: Visión In

TIPO DE DIAGNOSTICO	Confirmado repetido
CONDUCTA	SE EXPLICA ESTADO VISUAL. PACIENTE CON HIPERMETROPIA Y PRESBICIA, SE DA CORRECCION OPTICA DE USO OCUPACIONAL, SE RECOMIENDA FILTRO ANTIREFLEJO + TRANSITIONS NO POS. SE LE EXPLICA AL PACIENTE QUE LA GARANTIA SOLO ES EFECTIVA, CUANDO SE REALIZA LA COMPRA CON OPTICAS CAFAM. SE DAN INDICACIONES DE POSTURA E ILUMINACION, PAUSAS ACTIVAS, DISTANCIAS DE TRABAJO,SE LE RECOMIENDA INCLUIR EN SU DIETA ALIMENTOS RICOS EN VITAMINAS E Y TIAMINA. DOY SIGNOS DE ALARMA. CONTROL UN AÑO. SE REMITE A OFTALMOLOGIA PARA VALORACION

ORDENES DE SERVICIO

Orden No: 227039

Fecha orden	Sabado 4 de Enero de 2020
Origen	ENFERMEDAD GENERAL
Tipo de Servicio	CONSULTAS
Diagnóstico	GL03
Especialidad	CONSULTAS
Cant: 1 , 890202	CONSULTA OFTALMOLOGIA (305)
-Prioridad	VER DISPONIBILIDAD
-Justificación Pri.	SE REMITE A OFTALMOLOGIA PARA VALORACION.

Geraldine Sánchez E.

Dra. Geraldine Sánchez E.
Optometra - UIS
C.C. 1019099974

Firma de Profesional: SANCHEZ ESTUPIÑAN GERALDINE
Registro profesional No.1019099974

AV: Agudeza visual
CC: Con Corrección
DV: Distancia Vertice
NA: No Aplica
OD: Ojo derecho
SC: Sin Correción
Dpts: Dipotrías
DP: Distancia Pupilar
OI: Ojo izquierdo
LC: Lente de Contacto
Dx: Diagnostico
DNP: Distancia Nasopúpilar
AO: Ambos ojos
ADD: Adición
HC: Historia Clinica
VP: Visión Próxima
ODI: Ojo Derecho Izuierdo
PPC: Punto Próximo de Converg
N: Normal
VL: Visión Lejana
VI

Cruz Roja Colombiana
Seccional Cundinamarca y Bogotá

CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTA

NIT 860 701 301-1

CENTRO DE ATENCIÓN : EXTRAMURAL

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

N° Historia Clínica: 79369666

Datos personales del Paciente

Paciente:	Cédula_Ciudadanía 79369666 VICTOR MANUEL MORENO PEREZ			**F. Nacim:**	09/01/1966
Edad:	54 Años \ 0 Meses \ 12 Días	**Estado Civil:**	Soltero	**Dirección:**	CL 79A 66 40
Teléfono:	3204718465	**Procedencia:**	BOGOTA	**Ocupación:**	INSTRUCTOR TELEINFORMATICA
Entidad:	PARTICULARES				
Plan Beneficios:	SALUD OCUPACIONAL PACIENTE PARTICULAR			**Empresa:**	SENA
Tipo de examen :	INGRESO	**Escolaridad :**	POSGRADO	**Titulo Profesional :**	INGENIERIA SISTEMAS
FOLIO N° 2		**Fecha del Folio:**	22/01/2020 12:35	**Area Serv:**	SSS
N° Ingreso:	3321199	**Fecha:**	22/01/2020 11:09	**F. Consulta:**	No_Aplica
C. Externa:	Otra				

Concepto Medico

Ingreso o Preocupacional : APTO PARA EL CARGO CON PATOLOGÍA APARENTE QUE NO LIMITA LAS FUNCIONES ASIGNADAS

Periodico:

Periodico Embarazada :

Post - Incapacidad :

Egreso :

Pruebas con funciones especiales

Sistema	Aptitud	Observaciones
Osteomuscular	ADECUADA	
Manipulacion de Alimentos	NO APLICA	
Trabajo en Alturas	NO APLICA	
Manejo de Armas	NO APLICA	
Espacios Confinados	NO APLICA	
Radiaciones Ionizantes	NO APLICA	
Manipulacion de Quimicos	NO APLICA	
Operacion Vehicular	NO APLICA	
Brigadista	NO APLICA	
Temperatura Extrema	NO APLICA	
Cardiovascular	ALTERADO	RCV MODERADO
Dermatologico	NO APLICA	
Respiratorio	NO APLICA	
Neurologico	NO APLICA	

Recomendaciones

Ocupacionales : ESCUELAS TERAPEUTICAS/ PAUSAS ACTIVAS,
HIGIENE POSTURAL,
PUESTO DE TRABAJO ERGONÓMICO,
CONTROL PERIÓDICO SALUD OCUPACIONAL,

Medicas : CONTINUAR TRATAMIENTO MÉDICO EN EPS
ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
ESQUEMA DE VACUNACIÓN ADULTO

Sistema vigilancia epidemiologia: CARDIOVASCULAR Y METABÓLICO
BIOMECÁNICO

Habitos y estilos de vida saludable : INICIO DE ACTIVIDAD FISICA

CRUZ ROJA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTÁ, D. C. SALUD OCUPACIONAL EMPRESARIAL

QUITIAN MONTAÑEZ PAOLA CAROLINA
SALUD OCUPACIONAL
R.M. 52986770

Resultado de pruebas paraclinicas

Examen	Resultado
Hemoclasificacion	NO APLICA
Cuadro hematico	NO APLICA
Perfil lipidico	ALTERADO
Glicemia	NORMAL
Parcial de orina	NO APLICA
KOH	NO APLICA
Frotis faringeo	NO APLICA
Cultivo faringeo	NO APLICA
Coprologico	NO APLICA
Optometria	NO APLICA
Audiometria	NO APLICA
Espirometria	NO APLICA
Fisioterapia	NO APLICA
Psicologia	NORMAL
Electrocardiograma	NO APLICA
Pruebas Hepatica	NO APLICA
Pruebas Renales	NO APLICA
Radiografia	NO APLICA
Otros	NO APLICA

Recomendaciones:

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS Y ESTIRAMIENTOS ANTES, DURANTE LOS DESCANSOS PROGRAMADOS Y AL FINAL DE LA JORNADA DIARIA DE TRABAJO.
REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE 45 – 60 MINUTOS AL MENOS 4 – 5 VECES/ SEMANA.
HIGIENE POSTURAL.
AUTOCUIDADO.
PAUSAS VISUALES ANTE LABORES DE FIJACION VISUAL PROLONGADA , CONTROLES PERIODICOS POR SU EPS
CONTINUAR CONTROLES DE PATOLOGIAS DE BASE POR SU SERVICIO DE SALUD
CONTROL PERIODICO PERFIL LIPIDICO

CRUZ ROJA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTÁ, D. C. SALUD OCUPACIONAL EMPRESARIAL

QUITIAN MONTAÑEZ PAOLA CAROLINA
SALUD OCUPACIONAL
R.M. 52986770

Prestador: CAFAM IPS - Nit: 860.013.570-3

Historia: FL-0058684
Paciente: MORENO PEREZ VICTOR MANUEL
Documento de Identidad: CC-79369666
Fecha Nac: Domingo 9 de Enero de 1966
Edad: 53 A, 11 M, 26 D
Lugar de nacimiento: SANTA MARTA
Dirección domicilio: CALLE 79 A N 66 40
Teléfono: 3204718465
Dirección residencia: CALLE 79 A N 66 40
Departamento: (11)BOGOTA
Teléfono: 6609357
Zona: URBANO
EPS o Entidad: CAFAM
Municipio: (010)ENGATIVA
Ocupacion: INGENIERO DE SISTE
Categ. o Contrato: CAFAM-POS-CATEGORIA-1
Estado civil: Soltero
Tipo de afiliación: COTIZANTE
Sexo: Femenino
Regimen: CONTRIBUTIVO
Categoria: 3
Persona responsable: 0
Teléfono responsable: 0
Parentezco: CONYUGE
Documento de acompañante:
Nombre de acompañante:

OPTOMETRIA

FECHA Sabado 4 de Enero de 2020 10:09 AM
AUTORIZACION ENTIDAD:
C.C. PROFESIONAL 1019099974
- NOMBRE SANCHEZ ESTUPIÑAN GERALDINE
- REGISTRO PROFESIONAL 1019099974

MOTIVO DE LA CONSULTA

CONTROL PACIENTE ASISTE SOLO A CONSULTA DE CONTROL, DESEA VALORACION GENERAL. CAMBIO DE CORRECCION OPTICA.
REALIZO LENTES OCUPACIONALES EN OPTICA PARTICULAR PERO NO SE SINTIO COMPLETAMENTE COMODO CON ESA FORMULACION.

TIPO DE EXAMEN CONTROL A UN AÑO O MÁS

ANTECEDENTES

FAMILIARES

GLAUCOMA MADRE

PERSONALES

ALERGICO SULFAS
FARMACOLOGICO LOSARTAN
HIPERTENSION ARTERIAL DIAGNOSTICADO HACE 3 AÑOS.

LABORALES

USUARIOS DE COMPUTADOR 6-7 HORAS AL DIA

OCUPACION HABITUAL ING. SISTEMAS
USO DE LENTES USO OCASIONAL
ULTIMO RX 1 año

AGUDEZA VISUAL LEJOS

	OJO DERECHO		OJO IZQUIERDO	
AVSC	20/30+		20/25	0.80

Examen tomado con LETRAS

AGUDEZA VISUAL CERCA

	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO

AV: Agudeza visual
CC: Con Corrección
OD: Ojo derecho
SC: Sin Correción
OI: Ojo izquierdo
LC: Lente de Contacto
AO: Ambos ojos
ADD: Adición
HC: Historia Clinica
ODI: Ojo Derecho Izuierdo
PPC: Punto Próximo de Convergencia
N: Normal

AVSC	Tit. a 40cms	Tit. a 40cms
Examen tomado con LETRAS		

OJO DOMINANTE Derecho
MANO DOMINANTE Derecha

COVER...

	SIN CORRECCION		CON CORRECCION	
	Horizontal	Vertical	Horizontal	Vertical
LEJOS	ORTHO	ORTHO	N/A	N/A
CERCA	ORTHO	ORTHO	N/A	N/A

DISTANCIA PUPILAR 62/60

EXAMEN EXTERNO

PUPILA BRUCKNER SIMETRICO - HIRSCHBERG CENTRADO - REFLEJOS PUPILARES PRESENTES
PARPADOS HENDIDURA SIMETRICA
P.LAGRIMAL PERMEABLES AO
CONJUNTIVA CONJUNTIVA BULBAR-TARSAL SANA AO
CORNEA TRANSPARENTE AO
CRISTALINO TRANSPARENTE AO
IRIS ISOCROMICO AO

OFTALMOSCOPIA

OD MEDIOS TRANSPARENTES, PAPILAS BORDE DEFINIDOS, RELACION ARTERIA VENA NORMAL, MACULA SANA, EXCAVACION 0.4

OI MEDIOS TRANSPARENTES, PAPILAS BORDE DEFINIDOS, RELACION ARTERIA VENA NORMAL, MACULA SANA, EXCAVACION 0.4

KERATOMETRIA HABITUAL

OJO	HORIZONTAL	VERTICAL	EJE	MIRAS
DERECHO	43.75	44.75	160 °	NORMALES
IZQUIERDO	44.25	45.00	5 °	NORMALES

RETINOSCOPIA ESTATICA

OJO	ESF.	CIL.	EJE	SOMBRAS
DERECHO	+0.75			NORMALES
IZQUIERDO	+0.75			NORMALES

SUBJETIVO

OJO	ESF.	CIL.	EJE.	AVVL	AVVP	AVPH	ADD
DERECHO	+0.75			(*1) 20/20	0.50 M a 40c		+2.25
IZQUIERDO	+0.75			(*1) 20/20	0.50 M a 40c		+2.25

Nota: (*1) 20/20 = 1.00

DIAGNOSTICOS

DX REFRACTIVO
AO H520 HIPERMETROPIA
AO H524 PRESBICIA

DX PATOLOGICO
AO dx PPAL H538 VALORACION FONDO POR ANTEC.FAMILIAR GLAUCOMA

RIPS

FINALIDAD DETECCION DE ALTERACIONES DE AGUDEZA VISUAL
CAUSA EXTERNA ENFERMEDAD GENERAL

AV: Agudeza visual
CC: Con Corrección
DV: Distancia Vertice
NA: No Aplica
OD: Ojo derecho
SC: Sin Correción
Dpts: Dipotrías
DP: Distancia Pupilar
OI: Ojo izquierdo
LC: Lente de Contacto
Dx: Diagnostico
DNP: Distancia Nasopúpilar
AO: Ambos ojos
ADD: Adición
HC: Historia Clinica
VP: Visión Próxima
ODI: Ojo Derecho Izuierdo
PPC: Punto Próximo de Convergencia
N: Normal
VL: Visión Lejana
VI: Visión In

TIPO DE DIAGNOSTICO	Confirmado repetido
CONDUCTA	SE EXPLICA ESTADO VISUAL. PACIENTE CON HIPERMETROPIA Y PRESBICIA, SE DA CORRECCION OPTICA DE USO OCUPACIONAL, SE RECOMIENDA FILTRO ANTIREFLEJO + TRANSITIONS NO POS. SE LE EXPLICA AL PACIENTE QUE LA GARANTIA SOLO ES EFECTIVA, CUANDO SE REALIZA LA COMPRA CON OPTICAS CAFAM. SE DAN INDICACIONES DE POSTURA E ILUMINACION, PAUSAS ACTIVAS, DISTANCIAS DE TRABAJO,SE LE RECOMIENDA INCLUIR EN SU DIETA ALIMENTOS RICOS EN VITAMINAS E Y TIAMINA. DOY SIGNOS DE ALARMA. CONTROL UN AÑO. SE REMITE A OFTALMOLOGIA PARA VALORACION

ORDENES DE SERVICIO

Orden No: 227039

Fecha orden	Sabado 4 de Enero de 2020
Origen	ENFERMEDAD GENERAL
Tipo de Servicio	CONSULTAS
Diagnóstico	GL03
Especialidad	CONSULTAS
Cant: 1 , 890202	CONSULTA OFTALMOLOGIA (305)
-Prioridad	VER DISPONIBILIDAD
-Justificación Pri.	SE REMITE A OFTALMOLOGIA PARA VALORACION.

Geraldine Sánchez E.

Dra. Geraldine Sánchez E.
Optometra - UIS
C.C. 1019099974

Firma de Profesional: SANCHEZ ESTUPIÑAN GERALDINE
Registro profesional No.1019099974

AV: Agudeza visual
CC: Con Corrección
DV: Distancia Vertice
NA: No Aplica
OD: Ojo derecho
SC: Sin Correción
Dpts: Dipotrías
DP: Distancia Pupilar
OI: Ojo izquierdo
LC: Lente de Contacto
Dx: Diagnostico
DNP: Distancia Nasopúpilar
AO: Ambos ojos
ADD: Adición
HC: Historia Clinica
VP: Visión Próxima
ODI: Ojo Derecho Izuierdo
PPC: Punto Próximo de Converg
N: Normal
VL: Visión Lejana
VI

Informe Previo

50401179

Fecha de ingreso : 2018-05-04 07:46
Fecha de impresión :

No. de Orden : **50401179**
Paciente : **MORENO PEREZ VICTOR MANUEL**
Documento Id : 79369666
Sede : CAS FLORESTA
Médico : STEFHANY PINZON CADENA

No. ingreso : 5030154170
Edad : 54 Años
Teléfono : 3204718465 / 3204718
Servicio : CONSULTA EXTERNA

Examen	Resultado	Unidades		Valores de Referencia
HEMATOLOGIA				
CUADRO HEMATICO				
RECUENTO TOTAL GLOBULOS BLANCOS	2.86	uL^3	*	4 - 11.5
NEUTROFILOS %	35.80	%		35 - 65
LINFOCITOS %	51.00	%	*	20 - 40
MONOCITOS %	8.00	%		2.5 - 14
EOSINOFILOS %	3.50	%		1 - 4
BASOFILOS %	1.40	%	*	0 - 1
NEUTROFILOS	1.02		*	2 - 7.5
LINFOCITOS	1.46		*	1.5 - 4.5
MONOCITOS	0.23			0 - 1
EOSINOFILOS	0.10			
BASOFILOS	0.04		*	0 - 0.01
NRBC %	0.00	%		
NRBC#	0.00	10^3/uL		
RECUENTO TOTAL DE GLOBULOS ROJOS	5.42	10*6 x uL		3.8 - 6.5
HEMATOCRITO	45.9	%		36 - 54
HEMOGLOBINA	16.0	g/dL		12 - 18
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	84.7	fL		80 - 100
HB CORPUSCULAR MEDIA	29.5	pg		27 - 33
CONCENTRACION HB CORPUSCULAR MEDIA	34.9	g/dL		30 - 36
RDW CV	13.1	%		11.5 - 15.5
PLAQUETAS	248	10^3/uL		150 - 500
VOLUMEN MEDIO PLAQUETARIO	9.6	fL		6.4 - 13
ANCHO DE DISTRIBUCION ERITROCITARIA	40.3	fL		

Vb. Luisa Isabel Torres Mattius

QUIMICA CLINICA				
CREATININA SERICA	1.25	mg/dl	*	0.7 - 1.2
NEONATOS: Prematuros: 0.29 - 1.04 Término : 0.24 - 0.85				
Técnica:Colorimetrica Enzimatica				
NITROGENO UREICO (BUN)	17.6	mg/dl		6 - 20
Técnica:Colorimetrica Enzimatica				

Vb. NIDIA CONSTANZA BUITRAGO



Informe Previo

50401179

Fecha de ingreso : 2018-05-04 07:46
Fecha de impresión :

No. de Orden	: **50401179**	No. ingreso	: 5030154170
Paciente	: **MORENO PEREZ VICTOR MANUEL**	Edad	: 54 Años
Documento Id	: 79369666	Teléfono	: 3204718465 / 3204718
Sede	: CAS FLORESTA	Servicio	: CONSULTA EXTERNA
Médico	: STEFHANY PINZON CADENA		

Nota: la empresa no se responsabiliza de enmendaduras realizadas a este reporte

Informe Previo

10301350

Página No. : 1
Fecha de ingreso : 2020-01-03 09:16
Fecha de impresión :

No. de Orden : **10301350**
Paciente : **MORENO PEREZ VICTOR MANUEL**
Documento Id : 79369666
Sede : CAS FLORESTA
Médico : JUAN DAVID PRIETO RUEDA2

No. ingreso : 5037699485
Edad : 54 Años
Teléfono : 3204718465 / 3204718
Servicio : CONSULTA EXTERNA

Examen	Resultado	Unidades		Valores de Referencia
QUIMICA CLINICA				
GLICEMIA BASAL	92	mg/dl		74 - 106
Técnica:Colorimetrica.				
TRIGLICERIDOS	104	mg/dl		40 - 200
Técnica:Colorimetrica Enzimatica				
COLESTEROL TOTAL	211	mg/dl	*	50 - 200
Técnica:Colorimetrica Enzimatica				
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL	63	mg/dl	*	35 - 55
Técnica:Colorimetrica Enzimatica				
COLESTEROL VLDL	20	mg/dl		6 - 34
SODIO EN SUERO	141.3	mmol/L		136 - 145
Técnica:Electrodo Selectivo de Iones				
POTASIO EN SUERO	4.77	mmol/L		3.5 - 5.1
Técnica:Electrodo Selectivo de Iones				
ALBUMINURIA EN ORINA PARCIAL	0.40	mg/dl		
Técnica:Inmunoturbidimetrica.				
CREATININA EN ORINA PARCIAL	100.54	mg/dl		39 - 259
RELACION ALBUMINA/CREATININA ORINA PARCIAL	0.40	mgAlb/gCr		0 - 20
VALOR DE REFERENCIA: Menor de 20 mg de albumina/g de creatinina				
		Vb. Luz jenny Espejo Peña (AV)		
CREATININA SERICA	1.28	mg/dl	*	0.7 - 1.2
NEONATOS: Prematuros: 0.29 - 1.04 Término : 0.24 - 0.85				
Técnica:Colorimetrica Enzimatica				
NITROGENO UREICO (BUN)	15.4	mg/dl		6 - 20
Técnica:Colorimetrica Enzimatica				
		Vb. Laura Johanna Urquijo Tovar		
INMUNOLOGIA				
ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA	0.657	ng/mL		0 - 3.5

Informe Previo

10301350

Fecha de ingreso : 2020-01-03 09:16
Fecha de impresión :

No. de Orden : **10301350**
Paciente : **MORENO PEREZ VICTOR MANUEL**
Documento Id : 79369666
Sede : CAS FLORESTA
Médico : JUAN DAVID PRIETO RUEDA2

No. ingreso : 5037699485
Edad : 54 Años
Teléfono : 3204718465 / 3204718
Servicio : CONSULTA EXTERNA

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia

INMUNOLOGIA

VALORES DE REFERENCIA:

EDAD				
MENOR DE 40	0	-	2.0
40 - 49 AÑOS	0	-	2.5
50 - 59 AÑOS	0	-	3.5
60 - 69 AÑOS	0	-	4.5
70 - 80 AÑOS	0	-	6.5

Ref: PSA levels,Abril 2004 (Ca-org)
Healthandage. Variations in PSA levels, Julio 2003.
PSA Screning for Prostate Ca. (BC Ca Fundation)
September 2003.

Interpretar valores después del punto como decimal

Técnica:Electroquimioluminiscencia.

Vb. Luz jenny Espejo Peña (AV)

Los valores de las pruebas Inmunológicas y Hormonales, pueden variar según la metodología aplicada. Resultados obtenidos por diferentes tecnologías, no pueden compararse entre sí y dan lugar a interpretaciones erróneas.

UROANALISIS

UROANALISIS

Color	Amarillo		
Aspecto	Lig.Turbio		
Densidad Urinaria	1.013		
pH	6.5		
Leucocitos	Negativo	/ul	
Nitritos	Negativo		
Proteínas	Negativo	mg/dl	
Glucosa	Normal	mg/dl	
Cuerpos cetonicos	Negativo		
Urobilinogeno	Normal	mg/dl	
Bilirrubinas	Negativo	mg/dl	
Sangre	Negativo	/ul	
SEDIMENTO URINARIO	----		
Bacterias	escasas		
Moco	Negativo		
Globulos blancos	1.98	/ul	0 - 10
Globulos rojos	2.64	/ul	0 - 5
Celulas epiteliales escamosas	Negativo		
Celulas epiteliales no escamosas	Negativo		
Levaduras	Negativo		
Cristales	Negativo		

Informe Previo

10301350

Fecha de ingreso : 2020-01-03 09:16
Fecha de impresión :

No. de Orden : **10301350**
Paciente : **MORENO PEREZ VICTOR MANUEL**
Documento Id : 79369666
Sede : CAS FLORESTA
Médico : JUAN DAVID PRIETO RUEDA2

No. ingreso : 5037699485
Edad : 54 Años
Teléfono : 3204718465 / 3204718
Servicio : CONSULTA EXTERNA

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
UROANALISIS			
Cilindros hialinos	Negativo		
Espermatozoides	Negativo		
Cilindros patologicos	Negativo		

Vb. Juan Pablo Ribon Gomez

Nota: la empresa no se responsabiliza de enmendaduras realizadas a este reporte

Hace constar:

Que el Sr(a) VICTOR MANUEL MORENO PEREZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79369666 realizó el día 14/02/2021 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo VICTOR MANUEL MORENO PEREZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79369666 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.

_____
Firma

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

POSITIVA

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

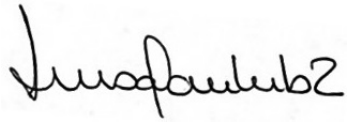
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que VICTOR MANUEL MORENO PEREZ, con Cédula Ciudadanía No. 79369666 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 06/02/2021, para el contrato registrado con fecha desde 05/02/2021 y fecha hasta 04/10/2021, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 3.

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): 202101012343119.

Dada en Bogotá, a los 15 días del mes de febrero de 2021



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

BBVA
Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

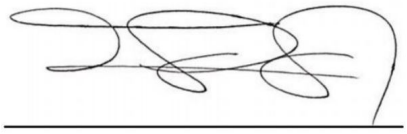
Que nuestro(a) cliente **VICTOR MANUEL MORENO PEREZ**, identificado(a) con **cédula ciudadanía número 79.369.666** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 242444073** aperturada el **28 de diciembre de 2016**, cuenta activa y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **13** días del mes de **febrero** del año **2021**.

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de números de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos: **0242444073**
Cuenta de 16 dígitos: **0242000200444073**
Cuenta de 20 dígitos: **00130242000200444073**

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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	12-46-101045263	0

Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:	Vigencia Hasta:			A las:	Tipo Movimiento:
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	
10	02	2021	10	02	2021	00:00	14	02	2022	00:00	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social:		Identificación:	
MORENO PEREZ VICTOR MANUEL		79369666	
Dirección: CALLE 79A 66-40	**Ciudad:** BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL	**Teléfono:**	3204718465

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social:		Identificación:	
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA – CENTRO DE ELECTRICIDAD ELECTRONICA Y TELECOMUNICACIONES D.C.		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.2232587 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	10/02/2021	14/02/2022	$ 3,082,647.20

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	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00	$ 3,082,647.20	10/02/2021

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACI ÓN:	Nombre Compañía:	% Participaci ón:	Valor Asegurado:
JAIRO WILCHEZ ROJAS	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. 12-46-101045263, 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 10 días del mes de Febrero de 2021



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°:** 12461010452630

FECHA	
10/02/2021	

RECIBIMOS DE: MORENO PEREZ VICTOR MANUEL C.C. 79369666

LA SUMA DE: TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 12-46-101045263

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
CENTRO INTERNACIONAL - CU. ESTATAL - 101045263 - 0 - 0	$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00

FORMA DE PAGO

	EFECTIVO:	$ 33,320.00
	CHEQUE:	$ 0.00
	TARJETA:	$ 0.00
	BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO: JAIRO WILCHEZ ROJAS - 10178	**OTROS:**	$ 0.00
	TOTAL:	$ 33,320.00
	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°:** 12461010452630

FECHA	
10/02/2021	

RECIBIMOS DE: MORENO PEREZ VICTOR MANUEL C.C. 79369666

LA SUMA DE: TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 12-46-101045263

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
CENTRO INTERNACIONAL - CU. ESTATAL - 101045263 - 0 - 0	$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00

FORMA DE PAGO

	EFECTIVO:	$ 33,320.00
	CHEQUE:	$ 0.00
	TARJETA:	$ 0.00
	BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO: JAIRO WILCHEZ ROJAS - 10178	**OTROS:**	$ 0.00
	TOTAL:	$ 33,320.00
	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.12-46-101045263

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 CÓDIGO DE COMERCIO, A TRAVÉS DEL ACTO ADMINISTRATIVO A QUE HACE REFERENCIA EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

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

EL ULTIMO ANEXO O CERTIFICADO DE MODIFICACIÓN, SERÁ EL QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HARÁ EFECTIVO, DE CONFORMIDAD CON EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

SEGURESTADO TENDRÁ LA FACULTAD DE EJERCER LA VIGILANCIA DEL CONTRATO, PARA LO CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE PRESTARÁ LA COLABORACIÓN NECESARIA PARA ELLO. EN LOS CASOS EN LOS CUALES EL CONTRATO GARANTIZADO TENGA POR OBJETO ASUNTOS RELACIONADOS CON EL ORDEN PÚBLICO Y LA SEGURIDAD NACIONAL, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PODRÁ PROHIBIR O LIMITAR ÉSTA FACULTAD.

11. NO CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA E IRREVOCABILIDAD DE ESTE SEGURO.

LA PRESENTE PÓLIZA NO EXPIRARÁ POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NI PODRÁ SER REVOCADA UNILATERALMENTE.

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

EN CASO DE INCONGRUENCIA PRESENTADA ENTRE LAS CONDICIONES PARTICULARES Y LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTA PÓLIZA, PREVALECERÁN LAS PRIMERAS.

13. COASEGURO

EN CASO DE EXISTIR COASEGURO, ESTO ES LA DISTRIBUCIÓN ENTRE VARIAS ASEGURADORAS DE DETERMINADO RIESGO, AL NO EXISTIR SOLIDARIDAD ENTRE LAS MISMAS, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN SE DISTRIBUIRÁ Y HARÁ EXIGIBLE ENTRE LOS COASEGURADORES, EN PROPORCIÓN A LAS CUANTÍAS DE SU RESPECTIVA PARTICIPACIÓN.

Bogotá, febrero 28 de 2021

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
La Ciudad

Asunto: Información solicitada por el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013

Dando cumplimiento a lo establecido con el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013, y como persona actualmente residente en Colombia que durante el año calendario actual les estará cobrando rentas de trabajo (salarios, u honorarios, o comisiones, o servicios personales, o emolumentos eclesiásticos, etc.), suministro a ustedes la siguiente información para efectos de que ustedes mismos definan el valor de la retención en la fuente que se ha de aplicar a los valores a mi favor por concepto de rentas de trabajo :

a. Durante el año gravable 2020, el 80% o más de mis ingresos brutos NO provinieron la prestación de servicios de manera personal o el desarrollo de una actividad económica bajo cuenta y riesgo un empleador o contratante.
b. Durante el año gravable 2020, el 80% o más de mis ingresos brutos NO provinieron de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o de la prestación de servicios técnicos que no requieren la utilización de materiales o insumos especializados, o de maquinaria o equipo especializado.
c. Por el año gravable 2020, soy una persona natural que SI quedé obligado a presentar declaración anual del impuesto de renta al gobierno colombiano"
d. Por el año gravable 2020, soy una persona natural que NO obtuvo ingresos brutos totales superiores a 1.400 UVT ($49'849.000)
e. Por el año gravable 2019, NO desarrollé una de las actividades señaladas en el artículo 340 del Estatuto Tributario y si la desarrollé no representó más del veinte por ciento (20%) de mis ingresos brutos.
f. Por el año gravable 2020, NO presté servicios técnicos que requirieron de materiales o insumos especializados, o maquinaria o equipo especializado, cuyo costo representa más del veinticinco por ciento (25%) del total de los ingresos percibidos por concepto de tales servicios técnicos.

En constancia de lo anterior, firmo en Bogotá, a los 28 días del mes de febrero de 2021.



FIRMA:

NOMBRES Y APELLIDOS: Victor Manuel Moreno Pérez

C.C. No. 79369666