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 VALLE
CENTRO DE DISEÑO TECNOLOGICO INDUSTRIAL-VALLE - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION
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	**76**
Código Centro	**922910**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**49068-036053**
No. de documento	**17045**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	PEDRO FERNANDO CRUZ DUQUE	**C.C.**	6.253.635	**IP/Nº de contacto**	0
Correo electrónico contratista:	pcruzc@sena.edu.co				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	NO	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2020 Superaron $49'849.000	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		SI	
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		82908144852	
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:	2245670/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**16321**	
Valor Total del Contrato	$ 39.000.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 39.000.000	**1**	**Del**	**14/02/2021**	**Al**	**28/02/2021**	**$ 2.210.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 36.790.000		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTACIÓN TEMPORAL DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL, EJECUTANDO LAS ACCIONES DE FORMACIÓN PARA EL PROGRAMA OFERTA REGULAR PERIODO FIJO 2021, TECNÓLOGO EN GESTIÓN DE LA PRODUCCIÓN INDUSTRIAL

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.210.000	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo		$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 2.210.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.463.250**	**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	----------	**1035950011**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 908.526	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 113.600	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 145.400	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL III	$ 22.200	$ 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	$ 487.750	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.463.250,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	1.951.000,00	
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	0,00	0,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-UCEVA	11.050,00	0,500%
Universidad del Pacífico	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 2.198.950,00**	

SON: DOS MILLONES CIENTO NOVENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Contribuir en la planeación de estrategias para la consecución de los resultados de aprendizaje.
Impartir formación a aprendices en el programa de formación presencial y virtual.
Seguimiento de inasistencias a formación.
Uso de la plataforma SETALPRO para reporte de dificultades.
Monitoreo permanente de los aprendices en la consecución de las actividades planteadas.
Contribuir en la planeación pedagógica y el diseño de Guías de aprendizaje para todas las fases del nuevo proyecto formativo.
Coordinación del proceso de producción de la Unidad Productiva de Artes Gráficas UPAG.
Desarrollo de guías de aprendizaje, instrumentos de evaluación, material de apoyo, recursos didácticos.
Asistencia a reuniones del equipo ejecutor del área de trabajo.

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.

PEDRO FERNANDO CRUZ DUQUE
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,

JORGE IVAN GARCIA FRANCO
COORDINADOR ACADÉMICO

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

ALEX AMED VALENCIA ROJAS
SUBDIRECTOR CDTI

CE-006 - 0000000100 – 2021

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 6253635
NOMBRES Y APELLIDOS	Cruz Duque,Pedro Fernando
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/01/2020
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Cruz Duque,Pedro Fernando, a los 19 días del mes de febrero del año 2021.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14731882311

(415)7707212489984(8020) 000001473188231 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
6 2 5 3 6 3 5	4	Impuestos de Cali 5	

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	6 2 5 3 6 3 5	2 0 0 0 1 0 0 6

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CRUZ	DUQUE	PEDRO	FERNANDO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1

41. Dirección principal: CL 55 N 1104

42. Correo electrónico: pedrofercruz@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

22- Obligado a cumplir deberes formales a

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 2021 - 01 - 20 / 23 : 52: 56

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 CRUZ DUQUE PEDRO FERNANDO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14731882311

(415)7707212489984(8020) **000001473188231 1**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
6 2 5 3 6 3 5	4	Impuestos de Cali 5	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Expendio a la mesa de comidas preparadas 5 6 1 1	

162. Nombre del establecimiento: LA PARILLA DE LA SUEGRA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1	

165. Dirección: CR 5 39 10 BRR LAS DELICIAS

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
5 9 1 7 6 6	2 0 0 2 0 8 2 8	
168. Teléfono: 4 4 3 6 4 2 7	169. Fecha de cierre: 2 0 1 4 0 7 1 1	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

I.P.S. TIAN

CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2020-02-12

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	PARTICULAR	Actividad económica:	Educación
Nombre:	PEDRO FERNANDO CRUZ DUQUE	Documento:	CC 6253635
Fecha de nacimiento:	1982-08-07	Lugar de nacimiento:	TUMACO (NARIÑO)
Edad:	37 años	Género:	Masculino
Estado civil:	Union_libre	No. hijos vivos:	1
Dirección actual:	CARRERA 31A * 32A 44	Municipio:	PALMIRA
Teléfono:	3122247489	Escolaridad:	Universitario_completo
Ocupación:	INSTRUCTOR	EPS:	Sanitas
Responsable**:	ANGELA QUEVEDO (ESPOSA)	Teléfono:	3203542438
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		



*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría:	NO REALIZADA.
Optometría:	Su capacidad visual actual es adecuada
Audiometría:	Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación.
Espirometría computarizada:	Su capacidad respiratoria es adecuada para la ocupación.

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a PEDRO FERNANDO CRUZ DUQUE con documento de identificación No. 6253635 se considera no presenta restricciones para desempeñar la ocupación de INSTRUCTOR del sector económico Educación
SIN RESTRICCIONES

CONDUCTAS OCUPACIONALES PREVENTIVAS

1. Se debe capacitar en la prevención de los riesgos propios de su trabajo habitual.
2. Utilizar los elementos de protección personal requeridos para la seguridad en su trabajo habitual.
3. Se debe capacitar y entrenar en el adecuado uso de los Elementos de protección personal suministrados para el trabajo seguro.

RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. El ejercicio regular al menos 5 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la practica de actividades deportivas, acorde con su interés, estado físico y condición de salud.

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

OBSERVACIONES FINALES

1. PERFIL LIPIDICO: NORMAL
2. PARCIAL DE ORINA: NORMAL
3. HEMOGRAMA: NORMAL
4. TERAPIA PSICOLOGÍA EVALUACIÒN: NORMAL
5. GLICEMIA SIMPLE: NORMAL
6. EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS KOH: NORMAL
7. FROTIS FARINGEO Y/O GARGANTA: NORMAL

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.



Indice der

PEDRO FERNANDO CRUZ DUQUE
Documento: 6253635

Escanee el código si desea verificar datos



Diana Carolina Chavez Roa
Médico
Especialista en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo
RM. 762068 del 2011
Lic. SST 1669 del 31 de Agosto de 2018

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE INGRESO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MéDICO DE INGRESO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

Carrera 26 No. 32-124 Palmira - Colombia PBX: 2870707
www.tianips.com.co protecciondatos@tianips.com

Impreso por:
Fecha: 2021-02-09 Hora: 12:57

I.P.S. TIAN

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL DE PREINGRESO No. 6253635

Fecha: 2020-02-12

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA:

Este documento es propiedad exclusiva del titular de la historia clínica que en él figura en virtud de lo consignado en la resolución 1995 de 1999 que establece las normas para el manejo de historias clínicas generales y las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 para historias clínicas relacionadas con procesos de salud ocupacional. Para la protección y confidencialidad de la historia clínica del paciente este documento sólo podrá ser entregado a terceras personas o empresas con la autorización previa y escrita del titular de la historia.

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	PARTICULAR	Actividad económica:	Educación
Nombre:	PEDRO FERNANDO CRUZ DUQUE	Documento:	CC 6253635
Fecha de nacimiento:	1982-08-07	Lugar de nacimiento:	TUMACO (NARIÑO)
Edad:	37 años	Género:	Masculino
Estado civil:	Union_libre	No. hijos vivos:	1
Dirección actual:	CARRERA 31A * 32A 44	Municipio:	PALMIRA
Teléfono:	3122247489	Escolaridad:	Universitario_completo
Ocupación:	INSTRUCTOR	EPS:	Sanitas
AFP:	Porvenir	ARL:	NO SABE
Responsable**:	ANGELA QUEVEDO (ESPOSA)	Teléfono:	3203542438
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		



*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

2. ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES - FAMILIARES (P=Positivo, N=Negativo)

	Per.	Fam.		Per.	Fam.		Per.	Fam.		Per.	Fam.
1. Congénitos	N	N	6. Respiratorios	N	N	11. Dermatológicos	N	N	16. Vascular periférico	N	N
2. Quirurgicos	N	N	7. Asma	N	N	12. Reumatológicos	N	N	17. Cáncer	N	N
3. Traumáticos	N	N	8. Rinitis	N	N	13. Metabólicos	N	N	18. Mentales	N	N
4. Osteomusculares	N	N	9. Auditivos	N	N	14. Cardiovasculares	N	N	19. Epilepsia	N	N
5. Tóxicos o alergicos	N	N	10. Tuberculosis	N	N	15. Hipertensión	N	N	20. Otros	N	N

Observaciones: No refiere antecedentes patológicos personales.
No refiere antecedentes patológicos familiares.

Tratamiento actual: No refiere tratamiento actual para ninguna patología.

3. ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Empresa(Emp)-Actividad Económica(AE)-Oficio(Of)-Tiempo exposición(TE)-Factores Riesgo(FR)-Elementos Protección Personal(EPP)

CARROCERIAS ANDIA-SERVICIOS - COORDINADOR -10 AÑOS FR:Ergonómicos, - EPP: Dotación básica,

4. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS OCUPACIONALES

Area afectada (AA) - Tipo de lesión (TL) - Tiempo de ocurrencia (TO) - Secuelas (Sec)

No refiere ningún antecedente patológico ocupacional.

5. HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA (Saludables y de riesgo para la salud)

HABITO	TIPO	FRECUENCIA	TIEMPO
Deportes	Ninguno		
Tabaquismo:	2 Cigarrillos / dia	Fumador	Hace 10 año(s)
Licor:	Ninguno		

6. INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

7. REVISION POR SISTEMAS Y ENFERMEDAD ACTUAL

No refiere ninguna sintomatología de enfermedad actualmente.

8. EXAMEN FISICO - ORGANOS DE LOS SENTIDOS (N=Normal, A=Anormal)

OJOS		OIDOS		NARIZ		ORO FARINGE	
1. Párpados-Conjuntiva	N	5. Pabellón	N	9. Huesos Nasales	N	13. Labios-Lengua	N
2. Cornea-Pupilas	N	6. Conductos	N	10. Vestíbulo	N	14. Amígdalas-Faringe	N
3. Esclerótica-Músculos	N	7. Tímpanos	N	11. Tabique	N	15. Dentadura-Encías	N
4. Fondo de ojo	N	8. Lóbulos	N	12. Cornetes	N	16. Paladar-Úvula	N

Ampliación de hallazgos: El examen de los organos de los sentidos es normal.

9. EXAMEN FISICO - INDICADORES

Apariencia	Sano	Peso (Kilos)	68	Talla cms.	178	Índice Masa Corporal	21.5
Presión arterial	120/80	Pulso (Min)	80	Respiración	16/min	Dominancia	Zurdo
						Perímetro cintura	75

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA

Indice distribución de grasa regional	Infinity

10. EXAMEN FISICO GENERAL (N=Normal, A=Anormal, NE=NoEvaluado)

1. Cabeza	N	7. Cardiaco	N	13. Piel-Faneras	N	19. Reflejos tendinosos	N
2. Cuello	N	8. Circulatorio	N	14. Miembros superiores	N	20. Motilidad	N
3. Tiroides	N	9. Pulmonar	N	15. Miembros inferiores	N	21. Sensibilidad	N
4. Tórax	N	10. Abdomen	N	16. Neurológico	N	22. Tono muscular	N
5. Mamas	NE	11. Genitales externos	NE	17. Estado mental	N	23. Fuerza muscular	N
6. Espalda	N	12. Vascular periférico	N	18. Pares craneales	N	24. Marcha	N

Ampliación de hallazgos:
Persona con facies normal, consciente, cooperadora, orientada en sus tres esferas, su estado mental es aparentemente normal, posición adquirida a voluntad. La edad aparente concuerda con la edad real.

11. EVALUACION OSTEOMUSCULAR DE EXTREMIDADES (N=Normal, A=Anormal)

	Izq.	Der.		Izq.	Der.		Izq.	Der.		Izq.	Der.
1. Hombros	N	N	4. Antebrazos	N	N	7. Caderas	N	N	10. Piernas	N	N
2. Brazos	N	N	5. Muñecas	N	N	8. Muslos	N	N	11. Tobillos	N	N
3. Codos	N	N	6. Manos	N	N	9. Rodillas	N	N	12. Pies	N	N

Ampliación de hallazgos:
Cuello: amas completos
Hombros: amas completos, test de apley negativo
Codos: no dolor a la palpación epicondilos laterales o mediales, ni con la pronosupinacion pasiva o activa de antebrazos.
Manos: amas completos Tinel: neg Phalen: neg Finkelstein neg buena fuerza muscular, no dolor a la palpación o movilización pasiva o activa de articulaciones interfalangicas o metacarpofalangicas en manos, no dolor a la palpación de eminencias tenar o hipotenar, no dolor a la palpación o movilización pasiva o activa de muñecas.
Columna: flexo-extensión y rotación normales, no deformidades, no presenta puntos dolorosos a la palpación de área lumbar pruebas de lasegue negativas , arcos de movilidad conservados.
Caderas: con movilidad completa, sin dolor, marcha normal
Rodillas : con arcos de movilidad completa, , no dolorosa, buena fuerza muscular. Realiza cuclillas sin dificultad o dolor.
Tobillos: amas completos
Pies : amas completos

12. EVALUACION DE COLUMNA VERTEBRAL (Cervical-Dorsal-Lumbar-Sacra)

1. Inspección	N	5. Inclinaciones	N	9. Flexo extensión	N	13. Prueba de Schober	N
2. Palpación	N	6. Rotaciones	N	10. Alineación escapular	N	14. Test de Wells	N
3. Sensibilidad	N	7. Marcha puntas	N	11. Alineación pélvica	N	15. Prueba de Laségue	N
4. Motricidad	N	8. Marcha talones	N	12. Medición extremidades	N	16. Signo del timbre	N

Ampliación de hallazgos: Al examen físico de la columna vertebral no se evidencia ningún tipo de patología ni limitación funcional.

13. EXÁMENES DE LABORATORIO

FECHA	EXAMEN	RESULTADO
2020-02-12	GLICEMIA SIMPLE	Normal
2020-02-12	FROTIS DE UÑAS	Aplicada
2020-02-12	FROTIS FARINGEO	Aplicada
2020-02-12	PERFIL LIPIDICO	Normal
2020-02-12	CITOQUIMICO DE ORINA	Aplicada
2020-02-12	HEMOGRAMA	Normal

14. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría:	NO REALIZADA.
Optometría:	Su capacidad visual actual es adecuada
Audiometría:	Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación.
Espirometría computarizada:	Su capacidad respiratoria es adecuada para la ocupación.

15. PRINCIPALES HALLAZGOS Y DIAGNÓSTICOS

CIE10|Z100:Examen de salud ocupacional

16. CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen médico ocupacional realizado a PEDRO FERNANDO CRUZ DUQUE con documento de identificación No. 6253635 se considera no presenta restricciones para desempeñar la ocupación de INSTRUCTOR en una empresa del sector económico Educación

RESTRICCIONES OCUPACIONALES

SIN RESTRICCIONES

17. CONDUCTAS OCUPACIONALES PREVENTIVAS

1. Se debe capacitar en la prevención de los riesgos propios de su trabajo habitual.
2. Utilizar los elementos de protección personal requeridos para la seguridad en su trabajo habitual.
3. Se debe capacitar y entrenar en el adecuado uso de los Elementos de protección personal suministrados para el trabajo seguro.

18. RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. El ejercicio regular al menos 5 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la practica de actividades deportivas, acorde con su interés, estado físico y condición de salud.

19. CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

20. OBSERVACIONES FINALES

1. PERFIL LIPIDICO: NORMAL
2. PARCIAL DE ORINA: NORMAL
3. HEMOGRAMA: NORMAL
4. TERAPIA PSICOLOGÍA EVALUACIÒN: NORMAL
5. GLICEMIA SIMPLE: NORMAL
6. EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS KOH: NORMAL
7. FROTIS FARINGEO Y/O GARGANTA: NORMAL

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.



Diana Carolina Chavez Roa
Médico
Especialista en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo
RM. 762068 del 2011
Lic. SST 1669 del 31 de Agosto de 2018





Indice der

PEDRO FERNANDO CRUZ DUQUE
Documento: 6253635



Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE INGRESO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MéDICO DE INGRESO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

Carrera 26 No. 32-124 Palmira - Colombia PBX: 2870707
www.tianips.com.co protecciondatos@tianips.com

Impreso por:
Fecha: 2021-02-09 Hora: 12:55

I.P.S. 天 TIAN

CONSENTIMIENTO Y DECLARATORIA

Fecha: 2020-02-12 Hora: 10:42:58

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA:

Este documento es propiedad exclusiva del titular de la historia clínica que en él figura en virtud de lo consignado en la resolución 1995 de 1999 que establece las normas para el manejo de historias clínicas generales y las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 para historias clínicas relacionadas con procesos de salud ocupacional. Para la protección y confidencialidad de la historia clínica del paciente este documento sólo podrá ser entregado a terceras personas o empresas con la autorización previa y escrita del titular de la historia.

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN EN LA IPS TIAN IPS

Declaro que asisto de manera voluntaria a la Institución Prestadora de Servicios de Salud TIAN IPS para la realización de un Examen Médico Ocupacional y unas pruebas complementarias diagnósticas, que permitan establecer mi condición de salud y aptitud para el desempeño de la ocupación en la Empresa, de manera segura para mi integridad personal y la de terceros.

Adicionalmente, se me ha informado que las Pruebas Complementarias o Ayudas Diagnósticas que se me podrían realizar, puede ser (sin limitarse a éstas) una o varias de las siguientes:

- Evaluación de mi capacidad visual mediante un examen realizado por Optómetra.
- Evaluación de mi capacidad respiratoria mediante una Espirometría.
- Evaluación de mi capacidad auditiva y/o de la voz por medio de un examen de Fonoaudiología.
- Evaluación de mi capacidad osteomuscular para el manejo de cargas o movimientos repetitivos
- Evaluación de mi capacidad mental mediante una Evaluación Psicológica.
- Examen para evaluar el consumo de sustancias psicoactivas.

Estas evaluaciones no representan en si mismas ningún riesgo que ponga en peligro mi integridad física o mental y no existe un riesgo especial previsible.
Cada evaluador está a su disposición para ampliarle la información de la prueba a realizar, por lo que le puede preguntar cualquier duda o inquietud que usted tenga.
Por ello, al firmar se considera que usted acepta conocer y entender las condiciones para someterse voluntariamente a su realización y queda entendido para nosotros que en caso de posteriormente no estar de acuerdo con algún procedimiento, podrá retirar este consentimiento, para lo cual deberá firmar el respectivo desistimiento, para que no se le realice.
Acepta que los documentos de la atención tengan su foto, firma y huella y que puedan ser guardados de manera electrónica en un Formato de Historia Electrónica, en la cual le garantizamos la reserva y confidencialidad de su información sensible y al empleador solo se le podrá entregar el Certificado Médico de Aptitud.

DECLARATORIA DE ESTADO DE SALUD GENERAL Y ANTECEDENTES PERSONALES DE IMPORTANCIA

Para que el Médico Especialista en Salud en el Trabajo pueda evaluar su condición de salud y antecedentes de enfermedades, acepta informar toda la verdad, sin ocultamientos ni información falsa sobre su condición de salud, por lo que la información suministrada puede ser usada para intervenir sobre ella buscando su mejoramiento, de acuerdo al Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la Empresa. Además, podrá ampliar al Médico lo que considere necesario.

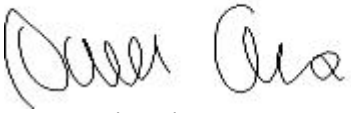
INFORMACIÓN GENERAL

Nombre PEDRO FERNANDO CRUZ DUQUE
Documento: 6253635

Si ha padecido, padece o es tratado de alguna enfermedad o presenta algún tipo de incapacidad, relacionada con los siguientes aspectos, por favor marque con una "X" en la columna correspondiente a afirmativo (**SI**) o negativo (**NO**).

PATOLOGIA	Resp	PATOLOGIA	Resp	PATOLOGIA	Resp
1. En los últimos 12 meses ha asistido a una consulta médica o ha estado hospitalizado?	Si	2. Ha tenido alguna operación, transfusión de sangre, hospitalización, tratamiento o está en consulta por una enfermedad que le afecte o pueda afectar el desempeño de su trabajo?	No	3. Presenta secuelas de alguna enfermedad, cirugía o de un accidente?	No
4. Alguna vez ha tenido alergia en la piel o respiratoria, a: - cualquier tipo de medicamento, - alimento o a- picaduras de insectos, - producto químico, - detergentes, - polvo u otro?	No	5. Ha presentado alguna enfermedad o accidente relacionado con su trabajo?	No	6. Está actualmente en tratamiento de alguna enfermedad o cirugía, o tiene pendiente algún examen diagnóstico, tratamiento médico, cirugía o procedimiento, o está en proceso de reclamación por algún evento que le afectó su salud en una Empresa, la EPS, la ARL o la AFP?	No
7. Tiene actualmente alguna incapacidad laboral, o se encuentra en condición de discapacidad o es limitado en su movilidad o se le ha calificado alguna merma de su capacidad laboral?	No	8. Consume actualmente alguna de las siguientes sustancias psicoactivas: Marihuana, bazuco, perico, cocaína, disolventes, pastillas o alcohol, hasta quedar ebrio?	No	9. Presenta algún trastorno mental, psiquiátrico, psicológico o epilepsia o "ataques"?	No
10. Si es mujer, presenta o ha presentado alguna enfermedad ginecológica o de la pelvis o de las mamas, incluido dolores? Tiene prótesis mamaria?	No	11. Toma actualmente medicamentos de cualquier tipo?	No	12. Presenta o ha presentado adormecimiento, calambres, picadas o dolor en las manos?	No
13. Presenta o ha presentado dolor,	No	14. Presenta o ha presentado dolor,	No	15. En las rodillas presenta o ha presentado dolor,	No

enfermedad o tiene una cirugía en los hombros?		enfermedad, pérdida de la fuerza o cirugía en codos, muñecas o manos o de síndrome del túnel del carpo o tendinitis de la mano, muñecas o codo?		enfermedad, o una dificultad para moverse, agacharse, caminar o para poder estar en cuclillas, o levantar cargas o cirugía en una o las 2 rodillas o piernas o caderas o secuelas de accidente deportivo, trabajo, tránsito o por otra causa?	
16. Ha presentado fractura de cualquier hueso o articulación del cuerpo y tiene actualmente clavos, varillas, placas o cualquier tipo de material de osteosíntesis en algún hueso o articulación?	No	17. Presenta o ha tenido dolor, enfermedad, limitaciones o cirugía de la columna o espalda?	No	18. Ha padecido o está en tratamiento por enfermedad de la columna, o sufre de dolores que le impiden movilizar o levantar cargas o estar sentado o de pies por largo tiempo?	No
19. Presenta o ha presentado dolor, enfermedad o cirugía de brazos, antebrazo o codos?	No	20. Presenta o ha presentado una lesión de los ligamentos, meniscos o esguinces de rodilla?	No	21. Presenta o ha presentado dolor, enfermedad, cirugía o limitaciones en las articulaciones?	No
22. Presenta o ha presentado enfermedad o cirugía de los ojos o tiene un déficit visual?	No	23. Alguna enfermedad de los oídos o alguna deficiencia auditiva que no le permita oír bien?	No	24. Presenta o ha presentado trastornos del peso o enfermedades del metabolismo del azúcar (diabetes o hipoglicemia) o de las grasas (colesterol o triglicéridos altos o dislipidemia)?	No
25. Tiene una enfermedad cardíaca como: Soplos, infarto, cirugías o trombosis o derrame?	No	26. Tiene miedo a los espacios cerrados o que sean oscuros o estrechos (claustrofobia)?	No	27. Tiene actualmente miedo, pánico o un temor anormal para realizar trabajos en alturas (acrofobia) o en socavones, aún con la protección necesaria y el entrenamiento adecuado?	No
28. Sufre de hipertensión arterial (presión alta), vértigos, mareos o enfermedades vasculares?	No	29. Sufre de alguna enfermedad infecto contagiosa que sea un riesgo en el trabajo?	No	30. Sufre o a tenido alguna enfermedad respiratoria tal como infecciones, bronquitis, asma o rinitis alérgica, Tuberculosis, Laringitis o sinusitis o tiene dificultad para usar protección respiratoria?	No
31. Presenta o ha presentado hernias en el abdomen (inguinal, umbilical o epigástrica)?	No	32. Presenta o ha presentado dificultades de cualquier tipo que le hayan afectado su capacidad de trabajo o su aptitud para desempeñar el trabajo o que le hayan obligado a retirarse y buscar otro trabajo?	No		



Diana Carolina Chavez Roa
Médico
Especialista en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo
RM. 762068 del 2011
Lic. SST 1669 del 31 de Agosto de 2018



Indice der

PEDRO FERNANDO CRUZ DUQUE
Documento: 6253635

Escanee el código si desea verificar datos

Carrera 26 No. 32-124 Palmira - Colombia PBX: (574) 2870707
www.tianips.com.co protecciondatos@tianips.com

Impreso por:
Fecha: 2021-02-09 Hora: 12:57

I.P.S. 天 TIAN

EXAMEN DE AUDIOMETRIA DIGITAL No. 6253635

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA:

Este documento es propiedad exclusiva del titular de la historia clínica que en él figura en virtud de lo consignado en la resolución 1995 de 1999 que establece las normas para el manejo de historias clínicas generales y las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 para historias clínicas relacionadas con procesos de salud ocupacional. Para la protección y confidencialidad de la historia clínica del paciente este documento sólo podrá ser entregado a terceras personas o empresas con la autorización previa y escrita del titular de la historia.

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	PARTICULAR	Fecha:	2020-02-12
Nombre:	PEDRO FERNANDO CRUZ DUQUE	Documento:	6253635
Edad:	37 años	Género:	Masculino
Ocupación:	INSTRUCTOR	Teléfono:	3122247489
Nivel de ruido en el puesto de trabajo:	Desconocido		



2. ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES (P=Positivo, N=Negativo)

Acufenos	N	Diabetes	N	Otitis media	N	Hipertensión arterial	N
Adenoidectomía	N	Epilepsia	N	Otorrea	N	Reumatológicos	N
Alergias	N	Labio y paladar hendido	N	Ototóxicos	N	Sordera familiar	N
Amigadalitis	N	Mareos	N	Patología infecciosa	N	Tabaquismo	N
Amigdalectomía	N	Meningitis	N	Patología viral	N	Vertigos	N
Cirugías de oido	N	Otalgia	N	Trauma craneo encefálico	N	Otros	N

Observaciones: No refiere patologías personales de importancia audiológica.

3. EXPOSICION AL RUIDO NO INDUSTRIAL

Conducción de vehículos, Uso de moto, Audífonos,

4. EXPOSICION OCUPACIONAL AL RUIDO

Ocupación(Ocup)-Tiempo de exposición(Te)-Protección auditiva(PA)

Ocup: Instructor - Te: - PA: Ninguna

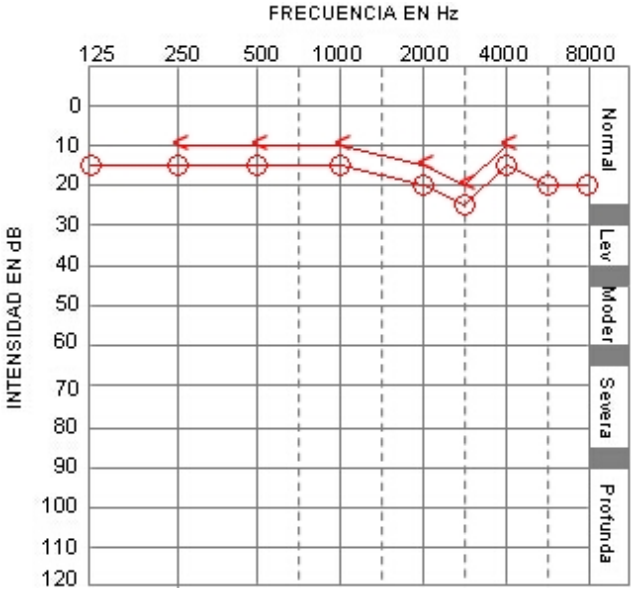
5. EVALUACIÓN DEL OIDO (N=Normal, A=Anormal)

Pabellón	N	Conductos	N	Tímpanos	N	Lóbulos	N

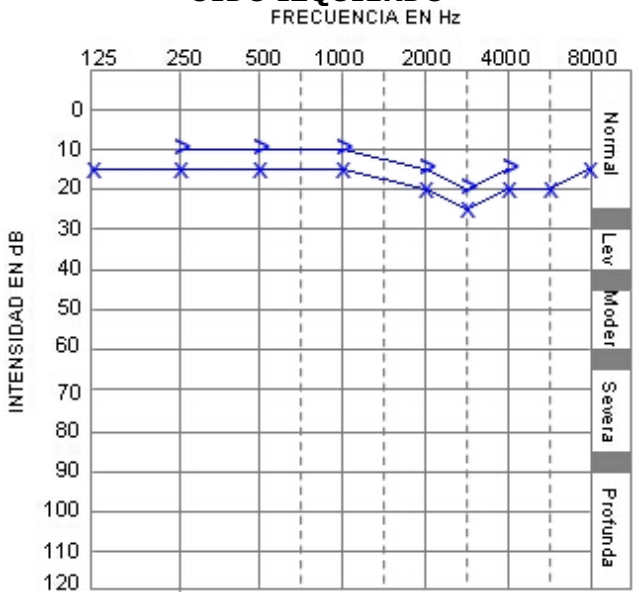
Ampliación de hallazgos: El examen de los oidos es normal y no se evidencian patologÃas.

6. AUDIOMETRIA TONAL

OIDO DERECHO



OIDO IZQUIERDO



	PROMEDIO (Frec. 500-1000-2000)	CLASIFICACION ELI	INTERPRETACION
Oído derecho:	17	A	Normal excelente
Oído izquierdo:	17	B	Normal bueno

CLASIFICACION S.A.L.: B Casi normal

PRESBIACUSIA: 8 dB

7. CONCEPTO AUDIOLOGICO

Audición normal bilateral.

8. RECOMENDACIONES

Utilizar protección auditiva adecuada tanto en ambientes ruidosos laborales como por fuera del trabajo.



Stephania Fory Arias
Profesional en Prevención.
Resolución 1113652543



Indice der

PEDRO FERNANDO CRUZ DUQUE
Documento: 6253635

Escanee el código si desea verificar datos

Carrera 26 No. 32-124 Palmira - Colombia PBX: 2870707
www.tianips.com.co protecciondatos@tianips.com

Impreso por:
Fecha: 2021-02-09 Hora: 13:00

I.P.S. TIAN

ESPIROMETRÍA CLÍNICA OCUPACIONAL No. 6253635

Fecha: 2020-02-12

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA:

Este documento es propiedad exclusiva del titular de la historia clínica que en él figura en virtud de lo consignado en la resolución 1995 de 1999 que establece las normas para el manejo de historias clínicas generales y las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 para historias clínicas relacionadas con procesos de salud ocupacional. Para la protección y confidencialidad de la historia clínica del paciente este documento sólo podrá ser entregado a terceras personas o empresas con la autorización previa y escrita del titular de la historia.

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	PARTICULAR	Actividad económica:	Educación
Nombre:	PEDRO FERNANDO CRUZ DUQUE	Documento:	6253635
Fecha de nacimiento:	1982-08-07	Lugar de nacimiento:	TUMACO (NARIÑO)
Edad:	37 años	Género:	Masculino
Dirección actual:	CARRERA 31A * 32A 44	Municipio:	
Teléfono:	3122247489	Escolaridad:	Secundaria_completa
Ocupación:	INSTRUCTOR	EPS:	NO SABE
Responsable:	ANGELA QUEVEDO (ESPOSA)	Teléfono:	3203542438
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		



2. ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE IMPORTANCIA RESPIRATORIA (Personales-Familiares)

	Per.	Fam.		Per.	Fam.		Per.	Fam.		Per.	Fam.
Congénitos	N	N	Tóxicos o alergicos	N	N	Vía respiratoria inferior	N	N	Neumoconiosis	N	N
Quirúrgicos	N	N	Rinitis	N	N	Cardiovasculares	N	N	Autoinmunes	N	N
Traumáticos	N	N	Vía respiratoria superior	N	N	Metabólicos	N	N	Infecciosas	N	N
Musculares	N	N	Asma	N	N	Cáncer	N	N	Otras	N	N

Antecedentes patológicos personales: No refiere antecedentes personales de patologías o cirugías de importancia para el sistema respiratorio.

TRATAMIENTO ACTUAL: No refiere tratamiento actual para ninguna patología respiratoria.

5. REVISION DE SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA ACTUAL

No refiere ninguna sintomatología de enfermedad respiratoria actualmente.

6. HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA (SALUDABLES Y DE RIESGO PARA LA SALUD)

HABITO	TIPO	FRECUENCIA	TIEMPO
Tabaquismo:	2 Cigarrillos / dia	Fumador	Hace 10 año(s)

7. EXAMEN FISICO RESPIRATORIO (N=Normal, A=Anormal)

Apariencia	Sano	Peso (Kilos)	67	Talla cms.	178	Índice Masa Corporal	21.1

8. PRINCIPALES VALORES OBTENIDOS DE LA ESPIROMETRÍA

PARÁMETRO	VALOR OBTENIDO	VALOR OBTENIDO POST BROCODILATADOR	PORCENTAJE DE CAMBIO
FVC	91	0	0
FEV1	91	0	0
FEV1/FVC	81	0	0
PEF	109	0	0
FEF 25-75	83	0	0

Ampliación: La prueba se realiza sin el uso de broncodilatador

9. INTERPRETACIÓN DE LA ESPIROMETRÍA

Resultado: **Espirometria de esfuerzo dentro de parametros normales** Grado de severidad: **No aplica**

12. OBSERVACIONES FINALES

GRADO CONTROL DE CALIDAD: B

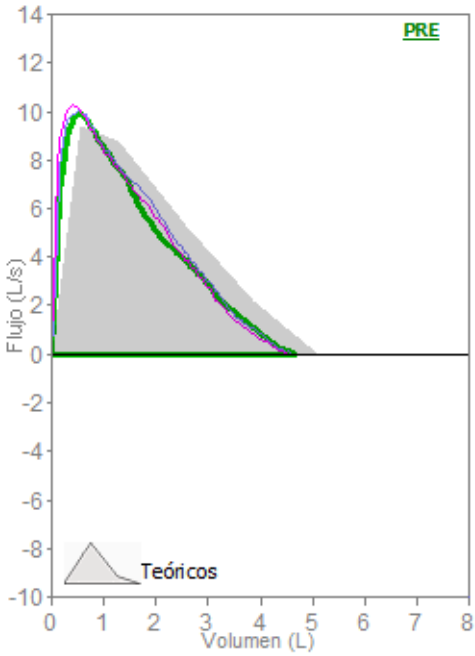
COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA

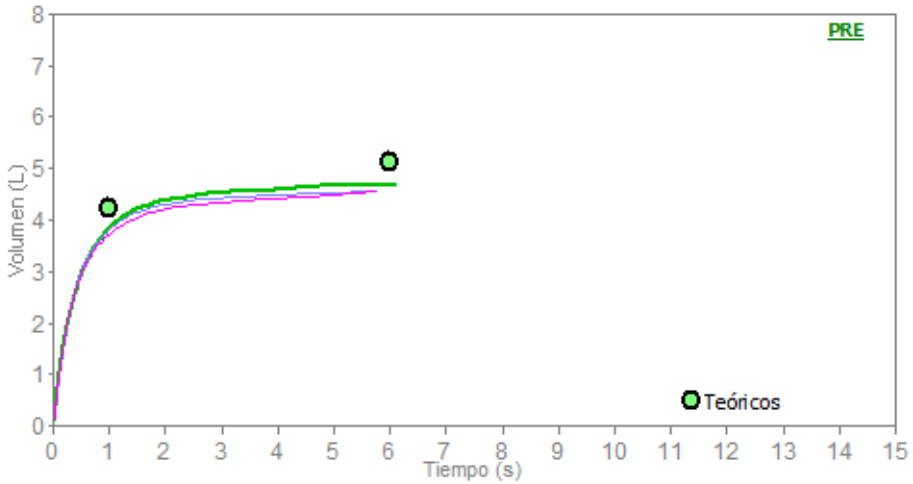
Resultados de la prueba de Función Pulmonar

Fecha de visita 12/02/2020

Cód. paciente	6253635	Edad	37
Apellido	CRUZ	Género	Masculino
Nom.	PEDRO FERNANDO	Altura, cm	178
Fecha de nacimier	07/08/1982	Peso:, kg	67
Grupo étnico	Hispano	BMI	21,15
Fuma	Fumador	Paquete-año	1
Grupo pacientes			







Grado de control de calidad: B Variabilidad: FEV1=0L (0%), FVC=0,12L (2,63%)
3 Acceptable trials

Interpretación



Espirometría normal

Fecha prueba PRE 12/02/2020 10:26:09

Parámetros		LLN	Teór.	Best	%Teór.	Z-score	PRE #1	PRE #2	PRE #3	POST	%Teór.	%Cam
FVC	L	4,09	5.14	4,69*	91	-0.70	4,69	4,57	4.55	*		
FEV1	L	3,38	4.24	3,84*	91	-0.77	3,84	3,84	3.74	*		
FEV1/FVC	%	72,6	82.8	81,9*	99	-0.14	81,9	84,0	82.2	*		
PEF	L/s	6,03	9.44	10,33*	109	0.43	9,94	10,05	10.33	*		
FEF2575	L/s	2,66	4.45	3,68	83	-0.71	3,68	4,15	3.81			
ELA	años		37	51	138		51	51	54			
FET	s		6.00	6,11	102		6,11	5,78	5.74			

*Mejores valores de todas las curvas - BTPS 1,063 31 °C (87,8 °F) - Teóricos Knudson

Informe médico

Firma

Instrumento usado
Spirobank II new S/N Y05769
Calibración 10/02/2020 6:39:14



Esteban Varela Gomez
Profesional en prevención
Registro 1113663693



Indice der

PEDRO FERNANDO CRUZ DUQUE
Documento: 6253635

Escanee el código si desea verificar datos

Carrera 26 No. 32-124 Palmira - Colombia PBX: (574) 2870707
www.tianips.com.co protecciondatos@tianips.com

Impreso por:
Fecha: 2021-02-09 Hora: 13:02

I.P.S. 天 TIAN

EXAMEN DE OPTOMETRIA No. 6253635

Fecha: 2020-02-12

1. INFORMACIÓN GENERAL



Empresa Usuaria:	PARTICULAR	Actividad económica:	Educación
Nombre:	PEDRO FERNANDO CRUZ DUQUE	Documento:	6253635
Fecha de nacimiento:	1982-08-07	Lugar de nacimiento:	TUMACO (NARIÑO)
Edad:	37 años	Género:	Masculino
Dirección actual:	CARRERA 31A * 32A 44	Municipio:	
Teléfono:	3122247489	Escolaridad:	Secundaria_completa
Ocupación:	INSTRUCTOR	EPS:	Sanitas
Responsable:	ANGELA QUEVEDO (ESPOSA)	Teléfono:	3203542438
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		

CORRECCION OPTICA RECOMENDADA

	Esfera	Cilindro	Eje	AVL	AVC
Ojo derecho	Neutro			20/20	0.50 m
Ojo izquierdo	Neutro			20/20	0.50 m
Adición					

- Distancia pupilar:
- Distancia nasopupilar ojo derecho:
- Distancia nasopupilar ojo izquierdo:
- Altura bifocal:
- Filtro/Tratamiento:
- Material de los lentes:
- Uso recomendado de los lentes:
- Tipo de lentes recomendado:
- Remisiï¿½n a la EPS:
- Control en la fecha: 2021-02-13 (AAAA-MM-DD)



Diego Fernando Soto Cabrera
Optometra
Fundacion Universitaria del Area Andina
RETHUS Nro. 1143866772





Indice der

PEDRO FERNANDO CRUZ DUQUE
Documento: 6253635

Escanee el código si desea verificar datos

Carrera 26 No. 32-124 Palmira - Colombia PBX: 2870707
www.tianips.com.co protecciondatos@tianips.com

Impreso por:
Fecha: 2021-02-09 Hora: 12:59

I.P.S. 天 TIAN

EXAMEN DE OPTOMETRIA No. 6253635

Fecha: 2020-02-12

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA:

Este documento es propiedad exclusiva del titular de la historia clínica que en él figura en virtud de lo consignado en la resolución 1995 de 1999 que establece las normas para el manejo de historias clínicas generales y las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 para historias clínicas relacionadas con procesos de salud ocupacional. Para la protección y confidencialidad de la historia clínica del paciente este documento sólo podrá ser entregado a terceras personas o empresas con la autorización previa y escrita del titular de la historia.

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	PARTICULAR	Actividad económica:	Educación
Nombre:	PEDRO FERNANDO CRUZ DUQUE	Documento:	6253635
Fecha de nacimiento:	1982-08-07	Lugar de nacimiento:	TUMACO (NARIÑO)
Edad:	37 años	Género:	Masculino
Dirección actual:	CARRERA 31A * 32A 44	Municipio:	
Teléfono:	3122247489	Escolaridad:	Secundaria_completa
Ocupación:	INSTRUCTOR	EPS:	Sanitas
Responsable:	ANGELA QUEVEDO (ESPOSA)	Teléfono:	3203542438
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		



2. ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES - FAMILIARES DE IMPORTANCIA VISUAL Y OCULAR (P=Positivo, N=Negativo)

	Per.	Fam.		Per.	Fam.		Per.	Fam.		Per.	Fam.
1. Congénitos	N	N	4. Musculares	N	N	7. Autoinmunes	N	N	10. Cáncer	N	N
2. Quirurgicos	N	N	5. Tóxicos o alérgicos	N	N	8. Cardiovasculares	N	N	11. Tiroides	N	N
3. Traumáticos	N	N	6. Dermatológicos	N	N	9. Metabólicos	N	N	12. Otros	N	N

Antecedentes patológicos personales: No refiere antecedentes patológicos personales.
No refiere antecedentes patológicos familiares.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES - OCULARES Y VISUALES (P=Positivo, N=Negativo)

1. Congénitos	N	5. Patologías de los párpados	N	9. Patologías del iris	N	13. Patologías musculares	N
2. Quirúrgicos	N	6. Patologías de la conjuntiva	N	10. Patologías del cristalino	N	14. Patologías de la visión	N
3. Traumáticos	N	7. Patologías de la córnea	N	11. Patologías de la retina	N	15. Glaucoma	N
4. Infecciosas	N	8. Patologías cámara anterior	N	12. Patologías aparato lagrimal	N	16. Otras Patologías	N

Ampliación de antecedentes patológicos oculares y visuales: No refiere ningún antecedente de importancia de patología ocular o visual.

ANTECEDENTES PERSONALES SOBRE EL USO DE LENTES

Usa actualmente lentes?	No	Desde qué edad usa lentes?	0
Tipo de lentes		Frecuencia de uso	
Último cambio de lentes?		Trae los lentes al exámen?	No aplica

3. ANTECEDENTES DE EXPOSICION OCUPACIONAL DE IMPORTANCIA VISUAL

Ocupación(Ocup)-Factores de riesgo(Fr)-Tiempo de Exposición(Te)-Protección ocular(PO)

No refiere ningún antecedente de exposición ocupacional de importancia visual

4. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS OCUPACIONALES

Area afectada (AA) - Tipo de lesión (TL) - Tiempo en años (TO) - Secuelas (Sec)

No refiere ningún antecedente patológico ocupacional.

5. REVISION DE SINTOMATOLOGIA OCULAR O VISUAL ACTUAL

No refiere ninguna sintomatología de enfermedad ocular o visual actualmente.
.

6. EVALUACION DE LA VISION Y LOS OJOS

VISIÓN LEJANA				VISIÓN CERCANA			
	Sin lentes	Con lentes	Agujero estenopeico		Sin lentes	Con lentes	Agujero estenopeico
Ojo derecho	20/20			Ojo derecho	0.50 m		
Ojo izquierdo	20/20			Ojo izquierdo	0.50 m		
Ambos ojos			No aplica	Ambos ojos			No aplica

Ampliación de hallazgos

La agudeza visual para cerca y lejos (monocular y binocularmente) está dentro de parámetros normales.

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA

EXAMEN FISICO DE LOS OJOS Y ANEXOS (N=Normal, A=Anormal)

Cejas	N	Conjuntiva tarsal	N	Pupilas	N	Papila óptica	N
Pestañas	N	Conjuntiva bulbar	N	Cristalino	N	Mácula	N
Párpados	N	Córnea	N	Humor vitreo	N	Vasos sanguíneos	N
Aparato lagrimal	N	Cámara anterior	N	Retina	N	Coroides y Esclera	N
Órbita	N	Iris	N				

Ampliación de hallazgos:
El examen físico de los ojos está dentro de parámetros normales.

LENSOMETRIA

	Esfera	Cilindro	Eje	Ampliación de hallazgos
Ojo derecho				
Ojo izquierdo				
ADICION				

EXAMEN DEL PARALELISMO Y LA MOTILIDAD OCULAR (N=Normal, A=Anormal)

Reflejo de Hirschberg sin lentes	N	Cover test visión lejana sin lentes	N	Ducciones ojo derecho	N
Reflejo de Hirschberg con lentes	N	Cover test visión lejana con lentes	N	Ducciones ojo izquierdo	N
Versiones ojo derecho	N	Cover test visión cercana sin lentes	N	Punto próximo de convergencia con objeto real	N
Punto próximo de convergencia con luz	N	Cover test visión cercana con lentes	N	Versiones ojo izquierdo	N

Ampliación de hallazgos:
Las pruebas realizadas para evaluar el paralelismo, la motilidad ocular y la convergencia son normales.

QUERATOMETRIA

Ojo derecho: 44.00 / X 0 grados
Ojo izquierdo: 44.00 / X 0 grados
Anotaciones acerca de los resultados:

REFRACCION

Tipo de retinoscopia realizada: Estática

	Esfera	Cilindro	Eje	Agudeza visual
Ojo derecho	Neutro			20/20
Ojo izquierdo	Neutro			20/20

SUBJETIVO

	Esfera	Cilindro	Eje	Agudeza visual
Ojo derecho	Neutro			20/20
Ojo izquierdo	Neutro			20/20

Visión cromática: Policromacia Normal
Estereopsis: 40 seg/arco

Ampliación de hallazgos:

7. CORRECCION OPTICA RECOMENDADA

	Esfera	Cilindro	Eje	AVL	AVC
Ojo derecho	Neutro			20/20	0.50 m
Ojo izquierdo	Neutro			20/20	0.50 m
Adición					

- Distancia pupilar:
- Distancia nasopupilar ojo derecho:
- Distancia nasopupilar ojo izquierdo:
- Altura bifocal:
- Filtro/Tratamiento:
- Material de los lentes:
- Uso recomendado de los lentes:

- Tipo de lentes recomendado:
- Remisiï¿½n a la EPS:
- Control en la fecha: 2021-02-13 (AAAA-MM-DD)

8. DIAGNOSTICOS

Z010 - Exámen de ojos y de la visión

9. CONCLUSIONES DEL EXAMEN OPTOMETRICO

Su capacidad visual actual es adecuada

10. RECOMENDACIONES

Cuando trabaje con pantallas de video terminales, tenga en cuenta las siguientes recomendaciones: Parpadee cada 5 segundos o cada vez que lo recuerde; Aproximadamente cada 20 minutos de trabajo con el computador dirija su mirada a un punto lejano (6 metros); Cada 3 horas de trabajo en computador, cierre los ojos suavemente e imagine una visión panorámica, como el mar, durante un minuto; Sitúese siempre a por lo menos 40 cms. de la pantalla de videoterminal y evite reflejos molestos; Procure que el puesto de trabajo tenga adecuadas condiciones de iluminación, acorde con las exigencias del oficio.

-Control optométrico anual



Diego Fernando Soto Cabrera
Optometra
Fundacion Universitaria del Area Andina
RETHUS Nro. 1143866772



Indice der

PEDRO FERNANDO CRUZ DUQUE
Documento: 6253635

Escanee el código si desea verificar datos

Impreso por:
Fecha: 2021-02-09 Hora: 12:58

I.P.S. TIAN

NIT: 900293402-9

RESULTADOS

FECHA: 2020-02-12 **HORA:** 09:41:43

6253635

CITOQUIMICO DE ORINA

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA:

Este documento es propiedad exclusiva del titular de la historia clínica que en él figura en virtud de lo consignado en la resolución 1995 de 1999 que establece las normas para el manejo de historias clínicas generales y las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 para historias clínicas relacionadas con procesos de salud ocupacional. Para la protección y confidencialidad de la historia clínica del paciente este documento sólo podrá ser entregado a terceras personas o empresas con la autorización previa y escrita del titular de la historia.



NOMBRE: PEDRO FERNANDO CRUZ DUQUE **DOCUMENTO:** 6253635 **EDAD:** 38.5 Años
DIRECCIÓN: CARRERA 31A * 32A 44Palmira **TELÉFONO:** 3122247489 **GENERO:** M
EMPRESA: PARTICULAR

ANALISIS	RESULTADO	V.REFERENCIA
Aspecto	Ligeramente turbio	Transparente
Color	Amarillo	Amarillo
Densidad	1010	1010 - 1030
PH	5.0	5.0 - 6.0
Glucosa	Negativa	Negativa
Proteinas	Negativa	Negatva
Urobilinogeno	Normal	Normal
Bilirrubina	Negativa	Negativa
Nitritos	Negativos Bacterias: Escasas	Negativos
Cetonas	Negativa Celulas Epiteliales:1-3x C	Negativa
Leucocitos	15 leu/uL Leucocitos: 1-3 x C	Negativo
SEDIMENTO	Normal Hematies : 0-1 xc	
Hemoglobina/Mioglobina	Negativo	Negativo



Responsable: Gabriela Arrieta Cuadrado
Bacterióloga- Universidad Metropolitana
Resolución 22585055



Indice der

PEDRO FERNANDO CRUZ DUQUE

Escanee el código si desea verificar datos

I.P.S. TIAN

NIT: 900293402-9

RESULTADOS

FECHA: 2020-02-12 **HORA:** 09:41:43

6253635

FROTIS DE UÑAS

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA:

Este documento es propiedad exclusiva del titular de la historia clínica que en él figura en virtud de lo consignado en la resolución 1995 de 1999 que establece las normas para el manejo de historias clínicas generales y las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 para historias clínicas relacionadas con procesos de salud ocupacional. Para la protección y confidencialidad de la historia clínica del paciente este documento sólo podrá ser entregado a terceras personas o empresas con la autorización previa y escrita del titular de la historia.



NOMBRE:	PEDRO FERNANDO CRUZ DUQUE	**DOCUMENTO:**	6253635	**EDAD:**	38.5 Años
DIRECCIÓN:	CARRERA 31A * 32A 44Palmira	**TELÉFONO:**	3122247489	**GENERO:**	M
EMPRESA:	PARTICULAR				

ANALISIS	RESULTADO	V.REFERENCIA
Frotis de Uñas	No se observan estructuras de hongos	Negativo



Responsable: Gabriela Arrieta Cuadrado
Bacterióloga- Universidad Metropolitana
Resolución 22585055





Indice der

PEDRO FERNANDO CRUZ DUQUE

Escanee el código si desea verificar datos

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA

I.P.S. TIAN

NIT: 900293402-9

RESULTADOS

FECHA: 2020-02-12 **HORA:** 09:41:43

6253635

FROTIS FARINGEO

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA:

Este documento es propiedad exclusiva del titular de la historia clínica que en él figura en virtud de lo consignado en la resolución 1995 de 1999 que establece las normas para el manejo de historias clínicas generales y las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 para historias clínicas relacionadas con procesos de salud ocupacional. Para la protección y confidencialidad de la historia clínica del paciente este documento sólo podrá ser entregado a terceras personas o empresas con la autorización previa y escrita del titular de la historia.



NOMBRE:	PEDRO FERNANDO CRUZ DUQUE	**DOCUMENTO:**	6253635	**EDAD:**	38.5 Años
DIRECCIÓN:	CARRERA 31A * 32A 44Palmira	**TELÉFONO:**	3122247489	**GENERO:**	M
EMPRESA:	PARTICULAR				

ANALISIS	RESULTADO	V.REFERENCIA
FLORA BACTERIANA DE FARINGE	Biota Mixta Normal	
REACCIÓN LEUCOCITARIA	No se observa Leucocitos	



Responsable: Gabriela Arrieta Cuadrado
Bacterióloga- Universidad Metropolitana
Resolución 22585055



Indice der

PEDRO FERNANDO CRUZ DUQUE

Escanee el código si desea verificar datos

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA

I.P.S. TIAN

NIT: 900293402-9

RESULTADOS

FECHA: 2020-02-12 **HORA:** 09:41:43

6253635

GLICEMIA SIMPLE

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA:

Este documento es propiedad exclusiva del titular de la historia clínica que en él figura en virtud de lo consignado en la resolución 1995 de 1999 que establece las normas para el manejo de historias clínicas generales y las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 para historias clínicas relacionadas con procesos de salud ocupacional. Para la protección y confidencialidad de la historia clínica del paciente este documento sólo podrá ser entregado a terceras personas o empresas con la autorización previa y escrita del titular de la historia.



NOMBRE:	PEDRO FERNANDO CRUZ DUQUE	**DOCUMENTO:**	6253635	**EDAD:**	38.5 Años
DIRECCIÓN:	CARRERA 31A * 32A 44Palmira	**TELÉFONO:**	3122247489	**GENERO:**	M
EMPRESA:	PARTICULAR				

ANALISIS	RESULTADO	V.REFERENCIA
GLICEMIA SIMPLE	82,7	70-105 mg/dl



Responsable: Gabriela Arrieta Cuadrado
Bacterióloga- Universidad Metropolitana
Resolución 22585055



PEDRO FERNANDO CRUZ DUQUE

Indice der

Escanee el código si desea verificar datos

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA

I.P.S. TIAN

NIT: 900293402-9

RESULTADOS

FECHA: 2020-02-12 **HORA:** 09:41:43

6253635

HEMOGRAMA

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA:

Este documento es propiedad exclusiva del titular de la historia clínica que en él figura en virtud de lo consignado en la resolución 1995 de 1999 que establece las normas para el manejo de historias clínicas generales y las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 para historias clínicas relacionadas con procesos de salud ocupacional. Para la protección y confidencialidad de la historia clínica del paciente este documento sólo podrá ser entregado a terceras personas o empresas con la autorización previa y escrita del titular de la historia.



NOMBRE: PEDRO FERNANDO CRUZ DUQUE **DOCUMENTO:** 6253635 **EDAD:** 38.5 Años
DIRECCIÓN: CARRERA 31A * 32A 44Palmira **TELÉFONO:** 3122247489 **GENERO:** M
EMPRESA: PARTICULAR

ANALISIS	RESULTADO	V.REFERENCIA
WBC	5.74	4.50 - 10.20
LYM#	2.25	0.60 - 4.10
MID#	0.25	0.10 - 1.80
GRA#	3.24	2.00 - 7.80
LYM%	39.19	20.00 - 50.00
MID%	4.36	1.00 - 15.00
GRA%	56.45	40.00 - 70.00
RBC	5.12	3.80 - 6.20
HGB	14.7	12.00 - 18.00
MCHC	30.32	31.10 - 36.00
MCH	28.68	26.50 - 33.50
MCV	94.62	80.00 - 99.00
RDW-CV	14.16	10.00 - 15.00
RDW-SD	43.23	35.00 - 56.00
HCT	48.49	36.00 - 54.00
PLT	303	150.00 - 450.00
MPV	8.47	7.00 - 11.00
PDW	15.68	10.00 - 18.00
PCT	0.26	0.10 - 0.50
P-LCR	24.98	13.00 - 43.00

Responsable: Gabriela Arrieta Cuadrado
Bacterióloga- Universidad Metropolitana
Resolución 22585055

PEDRO FERNANDO CRUZ DUQUE

Indice der

Escanee el código si desea verificar datos

I.P.S. TIAN

NIT: 900293402-9

RESULTADOS

FECHA: 2020-02-12 **HORA:** 09:41:43

6253635

PERFIL LIPIDICO

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA:

Este documento es propiedad exclusiva del titular de la historia clínica que en él figura en virtud de lo consignado en la resolución 1995 de 1999 que establece las normas para el manejo de historias clínicas generales y las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 para historias clínicas relacionadas con procesos de salud ocupacional. Para la protección y confidencialidad de la historia clínica del paciente este documento sólo podrá ser entregado a terceras personas o empresas con la autorización previa y escrita del titular de la historia.



NOMBRE:	PEDRO FERNANDO CRUZ DUQUE	**DOCUMENTO:**	6253635	**EDAD:**	38.5 Años
DIRECCIÓN:	CARRERA 31A * 32A 44Palmira	**TELÉFONO:**	3122247489	**GENERO:**	M
EMPRESA:	PARTICULAR				

ANALISIS	RESULTADO	V.REFERENCIA
COLESTEROL TOTAL	155	ideal: <200 mg/dL
TRIGLICERIDOS	94,6	Normal : 149 mg/dL
COLESTEROL DE MUY BAJA DENSIDAD (VLDL)	18,92	Menor de 30 mg/dL
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL)	48,3	35-120 mg/Dl
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD (LDL)	87,78	Rango cercano a lo optimo: <100 mg/dL



Responsable: Gabriela Arrieta Cuadrado
Bacterióloga- Universidad Metropolitana
Resolución 22585055



Indice der

PEDRO FERNANDO CRUZ DUQUE

Escanee el código si desea verificar datos

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN Y AUTOCONTROL
Un compromiSO de Todos.

Hace constar:

Que el Sr(a) PEDRO FERNANDO CRUZ DUQUE Identificado(a) con cédula de ciudadanía 6253635 realizó el día 18/02/2021 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 PEDRO FERNANDO CRUZ DUQUE Identificado(a) con cédula de ciudadanía 6253635 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
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

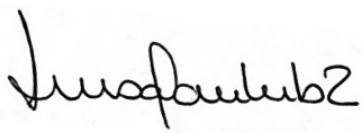
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor PEDRO FERNANDO CRUZ DUQUE, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 6.253.635, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 13/02/2021 y fecha fin de contrato 13/12/2021 con riesgo 3.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato 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): 202101012438448.

Esta certificación se expide a los 19 días del mes de Febrero de 2021.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Certificado Bancario

Martes, 19 de Enero de 2021

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que PEDRO FERNANDO CRUZ DUQUE identificado(a) con CC 6253635, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	82908144852	2001/11/15	ACTIVA

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

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

Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el momento de todos Bancolombia

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

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

Ciudad de Expedición:	Sucursal:	Cod. Sucursal:	Nro. Póliza:	Anexo:
MEDELLIN	MEDELLIN	65	65-46-101017482	0

Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:	Vigencia Hasta:			A las:	Tipo Movimiento:
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	
11	02	2021	10	02	2021	00:00	11	04	2022	00:00	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social:	CRUZ DUQUE PEDRO FERNANDO			Identificación:	6253635
Dirección:	CALLE 72 K NO. 26	Ciudad:	CALI - VALLE	Teléfono:	3122247489

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA- CENTRO DE DISEÑO TECNOLÓGICO INDUSTRIAL - REGIONAL VALLE DEL CAUCA			Identificación:	899999034-1
Dirección:	CALLE 72 K NO. 26 J 97	Ciudad:	CALI - VALLE	Teléfono:	4315800

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.2245670 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTACIÓN TEMPORAL DE SERVICIOS PROFESIONALES COMOINSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL, EJECUTANDO LASACCIONES DE FORMACIÓN PARA EL PROGRAMA OFERTA REGULARPERIODO FIJO 2021, TECNÓLOGO EN GESTIÓN DE LAPRODUCCIÓN INDUSTRIAL EN EL CENTRO DE DISEÑOTECNOLÓGICO INDUSTRIAL

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	10/02/2021	11/04/2022	$ 3,900,000.00

OBSERVACIONES:

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	$ 3,900,000.00	11/02/2021

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
FEDERICO CARTAGENA	184152	100,00			

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

Para efecto de notificaciones la dirección de Seguros del Estado S.A. es CALLE 53 NO 45-45 OFICINA 1006 - Teléfono: 3695060 - MEDELLIN

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. 65-46-101017482, 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 MEDELLIN, a los 11 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°:** 65461010174820

FECHA	
11/02/2021	

RECIBIMOS DE: CRUZ DUQUE PEDRO FERNANDO C.C. 6253635

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

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 65-46-101017482

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
MEDELLIN - CU. ESTATAL - 101017482 - 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: FEDERICO CARTAGENA - 184152	**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°:** 65461010174820

FECHA	
11/02/2021	

RECIBIMOS DE: CRUZ DUQUE PEDRO FERNANDO C.C. 6253635

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

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 65-46-101017482

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
MEDELLIN - CU. ESTATAL - 101017482 - 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: FEDERICO CARTAGENA - 184152	**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.65-46-101017482

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.