

|                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                |                                 |                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
|  <p><b>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</b></p> | <p align="center"><b>DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)</b></p> <p align="center"><b>REGIONAL NORTE DE SANTANDER</b></p> <p align="center"><b>CENTRO DE LA INDUSTRIA, LA EMPRESA Y LOS SERVICIOS-NORTE DE SANTANDER - SERVICIOS PR</b></p> <p align="center">Adquiriente: <b>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA</b> Nit adquiriente: 899.999.034-1</p> <p align="center">Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)</p> |                                | <p><b>Código Regional</b></p>   | <p><b>54</b></p>                    |
|                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                | <p><b>Código Centro</b></p>     | <p><b>953710</b></p>                |
|                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                | <p><b>Fecha Elaboración</b></p> | <p><b>23 de Febrero de 2021</b></p> |
|                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                | <p><b>Versión</b></p>           | <p><b>ENERO 2021 - 1,21</b></p>     |
|                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                | <p><b>ID de Proceso</b></p>     | <p><b>90026-866240</b></p>          |
|                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <p><b>No. de documento</b></p> | <p><b>21543</b></p>             |                                     |

|                                                                                                                                    |                                                |                                                                                                      |                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>DATOS DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                       |                                                |                                                                                                      |                                    |
| <p><b>Nombres y apellidos contratista:</b></p>                                                                                     | <p>GLORIA CECILIA TOBON GIL</p>                | <p><b>C.C.</b></p>                                                                                   | <p>43.475.313</p>                  |
| <p><b>Correo electrónico contratista:</b></p>                                                                                      | <p>gtobong@sena.edu.co</p>                     | <p><b>IP/N° de contacto</b></p>                                                                      | <p>0</p>                           |
| <p><b>Régimen del IVA:</b></p>                                                                                                     | <p><input type="checkbox"/> NO RESPONSABLE</p> | <p><b>Pertenece al régimen simple de tributación?</b></p>                                            | <p><input type="checkbox"/> NO</p> |
|                                                                                                                                    |                                                | <p><b>Es declarante de renta?</b></p>                                                                | <p><input type="checkbox"/> NO</p> |
|                                                                                                                                    |                                                | <p><b>Es Pensionado?</b></p>                                                                         | <p><input type="checkbox"/> NO</p> |
| <p><b>Sus ingresos en el 2020 Superaron \$49'849.000</b></p>                                                                       | <p><input type="checkbox"/> NO</p>             | <p><b>Inducción SST</b></p>                                                                          | <p><input type="checkbox"/> SI</p> |
|                                                                                                                                    |                                                | <p><b>Presta Servicios Excluidos de IVA ?</b></p>                                                    | <p><input type="checkbox"/> SI</p> |
| <p><b>Banco al cual consignar:</b></p>                                                                                             | <p>BANCO DE BOGOTA</p>                         | <p><b>Tipo de cta</b></p>                                                                            | <p>AHORROS</p>                     |
|                                                                                                                                    |                                                | <p><b>N° Cuenta</b></p>                                                                              | <p>285289088</p>                   |
| <p><b>Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?</b></p> | <p><input type="checkbox"/> NO</p>             | <p><b>Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2021 supera los \$ 119'806.000</b></p> | <p><input type="checkbox"/> NO</p> |

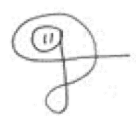
|                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                      |                                     |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO</b>                        |                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                      |                                     |
| <p><b>N° del contrato:</b></p>                                            | <p>2188330/2021</p>                                                                                                                                                                                                                                               | <p><b>N° Compromiso SIIF</b></p>     | <p>20621</p>                        |
| <p><b>Valor Total del Contrato</b></p>                                    | <p>\$ 40.300.000</p>                                                                                                                                                                                                                                              | <p><b>N ° Pago</b></p>               | <p>1</p>                            |
| <p><b>Saldo Anterior del Contrato</b></p>                                 | <p>\$ 40.300.000</p>                                                                                                                                                                                                                                              | <p><b>Periodo objeto de pago</b></p> | <p>Del 01/02/2021 Al 28/02/2021</p> |
| <p><b>Nuevo Saldo del Contrato</b></p>                                    | <p>\$ 36.400.000</p>                                                                                                                                                                                                                                              | <p><b>Comisiones</b></p>             | <p>\$ 0,00</p>                      |
| <p><b>OBJETO CONTRACTUAL:</b><br/>(Descripción del servicio prestado)</p> | <p>INSTRUCTOR: PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL QUE programe el Centro de Formación en sus diferentes niveles y modalidades atendiendo las políticas institucionales y la normatividad vigente según el perfil institucional de pedagogía</p> |                                      |                                     |

|                                                             |                            |                                                  |                    |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------|--------------------|
| <b>RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO</b> |                            |                                                  |                    |
| <p>Ingresos por honorarios</p>                              | <p>\$ 3.900.000</p>        | <p>Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°</p> | <p>0,00%</p>       |
| <p>Ingresos por comisiones</p>                              | <p>\$ 0</p>                | <p>Retención en la Fuente del Periodo</p>        | <p>\$ 0</p>        |
| <p>Ingresos de otros meses cobrados en el mes</p>           | <p>\$ 0</p>                | <p>Menos, ReteFuente Otros Ingresos</p>          | <p>\$ 0</p>        |
| <p><b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b></p>                    | <p><b>\$ 3.900.000</b></p> | <p><b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b></p>     | <p><b>\$ 0</b></p> |
| <p><b>BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE</b></p>              | <p><b>\$ 2.591.550</b></p> |                                                  |                    |

|                                                                              |                     |              |                                              |                               |               |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------|----------------------------------------------|-------------------------------|---------------|
| <b>LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR</b> |                     |              |                                              |                               |               |
| <p><b>N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS</b></p>                    | <p>Febrero</p>      | <p>Enero</p> | <p>Valor Base retención en la fuente</p>     | <p>2.591.550,00</p>           | <p>TARIFA</p> |
| <p><b>Ingreso Base de Cotización - IBC</b></p>                               | <p>\$ 1.560.000</p> | <p>\$ 0</p>  | <p>Valor Base retención en la fuente ICA</p> | <p>3.455.400,00</p>           |               |
| <p>Aporte obligatorio a seguridad social salud</p>                           | <p>\$ 195.000</p>   | <p>\$ 0</p>  | <p>Valor base IVA</p>                        | <p>0,00</p>                   |               |
| <p>Aporte obligatorio a seguridad social Pensión</p>                         | <p>\$ 249.600</p>   | <p>\$ 0</p>  | <p>IVA (Si es RESPONSABLE)</p>               | <p>0,00</p>                   | <p>19%</p>    |
| <p>Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional</p>                   | <p>\$ -</p>         | <p>\$ 0</p>  | <p>Menos Retención en la Fuente</p>          | <p>0,00</p>                   | <p>0,00%</p>  |
| <p>ARL</p>                                                                   | <p>\$ 8.200</p>     | <p>\$ 0</p>  | <p>Menos Retención IVA</p>                   | <p>0,00</p>                   | <p>15%</p>    |
| <p>Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias</p>                 | <p>\$ -</p>         |              | <p>Reteica - 8542</p>                        | <p>16.586,00</p>              | <p>0,480%</p> |
| <p>Aportes voluntarios a cuentas AFC</p>                                     | <p>\$ -</p>         |              | <p>Estampilla Departamental</p>              | <p>78.000,00</p>              | <p>2,000%</p> |
| <p>Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064</p>       | <p>\$ -</p>         |              | <p>Otras Retenciones</p>                     | <p>0,00</p>                   | <p>0,000%</p> |
| <p>Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.630.800</p>                           | <p>\$ -</p>         |              | <p>Otras Retenciones</p>                     | <p>0,00</p>                   | <p>0,000%</p> |
| <p>Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes</p>         | <p>\$ -</p>         |              | <p>Otras Retenciones</p>                     | <p>0,00</p>                   | <p>0,000%</p> |
| <p>Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes</p>           | <p>\$ -</p>         |              | <p>Descuentos de Libranza</p>                | <p>0,00</p>                   |               |
| <p>Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes</p>           | <p>\$ -</p>         |              | <p>Descuentos de embargo (Si tiene)</p>      | <p>0,00</p>                   |               |
| <p>Dependientes hasta \$ 1.161.856</p>                                       | <p>\$ -</p>         |              | <p><b>VALOR A PAGAR</b></p>                  | <p><b>\$ 3.805.414,00</b></p> |               |
| <p>Salud hasta \$ 580.928</p>                                                | <p>\$ -</p>         |              |                                              |                               |               |
| <p>Renta Exenta 25% \$ 8.713.920</p>                                         | <p>\$ 863.850</p>   |              |                                              |                               |               |
| <p>Retención en la Fuente Contingente</p>                                    | <p>\$ -</p>         |              |                                              |                               |               |

**SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS CINCO MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE**

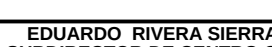
|                                                                                                                                             |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO</b>                                                                          |  |
| <p>ACCIONES DE FPI DIRECTA A FORMACIÓN TITULADA -TRANSVERSAL</p> <p>TOTAL HORAS: 160</p> <p>VER INFORME MENSUAL DEL MES DE FEBRERO 2021</p> |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</b></p> <p>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.</p> |  <p align="right"><b>GLORIA CECILIA TOBON GIL</b><br/><b>EL CONTRATISTA</b></p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                         |
| <p>En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:</p> <p>1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;</p> <p>2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;</p> <p>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.</p> | <p align="center">Autorizo el presente pago.<br/>El Supervisor,</p> <p align="right"><b>PEDRO ANTONIO BOCAREJO GELVEZ</b><br/><b>INSTRUCTOR G20</b></p> |

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**

  
**EDUARDO RIVERA SIERRA**  
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

|                              |                          |
|------------------------------|--------------------------|
| RAZON SOCIAL :               | GLORIA CECILIA TOBON GIL |
| IDENTIFICACION:              | CC-43475313              |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0                        |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0                        |
| FECHA GENERACION REPORTE:    | 2021-02-23               |
| FECHA LIMITE DE PAGO:        | 2021-02-03               |
| FECHA DE PAGO:               | 2021-02-02               |
| ENTIDAD DE PAGO:             | BANCO AGRARIO            |
| PERIODO PENSION:             | 2021-01                  |
| PERIODO SALUD:               | 2021-01                  |
| NUMERO PLANILLA:             | 8611506416               |
| TOTAL COTIZANTES:            | 1                        |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN):    | 8611506416               |
| TIPO DE PLANILLA:            | I                        |

| CODIGO ENTIDAD | NIT       | NOMBRE       | NUMERO AFILIADOS | IBC          | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|----------------|-----------|--------------|------------------|--------------|-------------------|--------------------|-----------------|---------------------------|-------------|
| EPS016         | 805000427 | COOMEVA EPS  | 1                | \$ 1.000.000 | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 125.000                | \$ 125.000  |
| 25-14          | 900336004 | COLPENSIONES | 1                | \$ 1.000.000 | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 160.000                | \$ 160.000  |
| 14-23          | 860011153 | POSITIVA     | 1                | \$ 1.000.000 | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 10.500                 | \$ 10.500   |
| Total a pagar  |           |              |                  |              | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 295.500                | \$ 295.500  |

|                                  |            |
|----------------------------------|------------|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 03/03/2021 |
|----------------------------------|------------|



**CERTIFICADO DE APTITUD**

CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

**Fecha** 28/02/20 **Hora** 07:59

**PÁGINA:** 1/1


|                          |            |        |         |            |
|--------------------------|------------|--------|---------|------------|
| NOMBRE:                  | C.C        | EDAD:  | EMPRESA | PARTICULAR |
| TOBON GIL GLORIA CECILIA | 43475313   | 52     |         |            |
| SECTOR:                  | ARL: NS/NR | EXAMEN | INGRESO |            |

**INFORMACION GENERAL**

|                                         |                       |                                 |                               |
|-----------------------------------------|-----------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| FECHA DE NACIMIENTO: 05/10/67           | HIJOS: 1              | ESCOLARIDAD: POSTGRADO COMPLETO | ESTADO CIVIL: SOLTERO(A)      |
| DIRECCION CL 25 NR 52 53                | MUNICIPIO             | GUARNE (ANTIOQUIA)              | TEL NO REFIERE CEL 3234766973 |
| EPS: COOMEVA E.P.S. S.A.                | PENSION: COLPENSIONES |                                 |                               |
| PERSONA RESPONSABLE MILEX CASTAÑO TOBON | CC: NO REFIERE        | TEL: 3155273096                 | DIRECC.: MEDELLIN             |

CARGO:

**CONCEPTO MÉDICO**  
**SIN RESTRICCIONES**

SIN RESTRICCIONES.

**RESTRICCIONES**

NINGUNA

**OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**
**RECOMENDACIONES ESTILOS DE VIDA SALUDABLE:**

1. Control del peso.
2. Iniciar control medico y nutricional del perfil lipidico en su entidad de salud

**CONDUCTAS OCUPACIONALES PREVENTIVAS:**

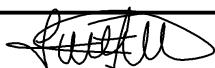
1. Clasificación en el sistema de vigilancia epidemiológica según perfil del cargo
2. Se debe capacitar en la prevención de los riesgos propios de su trabajo habitual
3. Utilizar los elementos de protección personales requeridos para su la seguridad de su trabajo habitual
4. Se debe Capacitar y entrenar en el adecuado uso de los Elementos de protección personal suministrados para el trabajo seguro
5. Se recomienda realizar cada 55 minutos las pausas activas recomendadas en el trabajo, durante 5 minutos.
6. Realizar examen ocupacional periódico (Resolución 2346 de 2007)
7. debe hacer uso de letnes en labores de oficina o en labores donde requiera uso de la visión cercana

**PRUEBAS REALIZADAS**

 OPTOMETRÍA  
 AUDIOMETRÍA TAMIZ PRUEBA PSICOLOGICA  
 PRUEBAS DE LABORATORIO  
 glicemia en ayunas, perfil lipidico

**OTROS EXÁMENES**

NINGUNO




 LUISA FERNANDA MUÑOZ PARRA  
 Lic. Salud Ocupacional 18102019 Reg. Médico 1116249371

43475313

**REALIZADO POR**
**FIRMA Y CEDULA DEL EXAMINADO**

e-mail : colmedicosdeorientes@yahoo.com Página web: www.colmedicosdeorientes.com

Rionegro, parque principal. Cra 51 No 49 - 07. Edificio Los heroes, local 302.

|                                                                                                                                               | <b>FORMATO DE AUDIOMETRÍA</b><br><br><b>TIPO</b><br>CLÍNICA <input type="checkbox"/> TAMIZ <input checked="" type="checkbox"/><br><b>FECHA</b> <b>HORA</b><br>02/28/20                      08:37 A.M. | <b>CÓDIGO:</b> FGS05<br><br><b>VERSIÓN:</b> 01<br><br><b>PÁGINA:</b> 1/2 |  |       |            |                       |      |    |                   |      |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------|-----------------------|------|----|-------------------|------|-------|
| <b>TIPO DE EXAMEN:</b> INGRESO <input checked="" type="checkbox"/> EGRESO <input type="checkbox"/> CONTROL PERIÓDICO <input type="checkbox"/> REUBICACIÓN <input type="checkbox"/> CAMBIO DE OFICIO <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                        |                                                                          |                                                                                    |       |            |                       |      |    |                   |      |       |
| <b>1. DATOS PERSONALES</b>                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                        |                                                                          |                                                                                    |       |            |                       |      |    |                   |      |       |
| <b>DOCUMENTO DE IDENTIDAD:</b><br>43475313                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                        | <b>NOMBRE:</b><br>TOBON GIL GLORIA CECILIA                               |                                                                                    |       |            |                       |      |    |                   |      |       |
| <b>GENERO:</b><br>FEMENINO                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                        | <b>FECHA NACIMIENTO:</b><br>10/05/67                                     |                                                                                    |       |            |                       |      |    |                   |      |       |
| <b>DIRECCION RESIDENCIA:</b><br>CL 25 NR 52 53                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                        | <b>EDAD:</b><br>52                                                       |                                                                                    |       |            |                       |      |    |                   |      |       |
| <b>TELÉFONO:</b><br>NO REFIERE                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                        | <b>CELULAR:</b><br>3234766973                                            |                                                                                    |       |            |                       |      |    |                   |      |       |
| <b>ESTADO CIVIL:</b> SOLTERO(A)                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                        | <b>e-mail:</b><br>tobongil78@yahoo.es                                    |                                                                                    |       |            |                       |      |    |                   |      |       |
| <b>ESCOLARIDAD:</b>                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                        | <b>HIJOS:</b> 1                                                          |                                                                                    |       |            |                       |      |    |                   |      |       |
| <b>EPS:</b> COOMEVA E.P.S. S.A.                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                        | <b>AFP:</b> COLPENSIONES                                                 |                                                                                    |       |            |                       |      |    |                   |      |       |
| <b>AR:</b> NS/NR                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                        | <b>ACOMPAÑANTE:</b>                                                      |                                                                                    |       |            |                       |      |    |                   |      |       |
| <b>2. DATOS DE LA EMPRESA</b>                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                        |                                                                          |                                                                                    |       |            |                       |      |    |                   |      |       |
| <b>EMPRESA :</b><br>PARTICULAR                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                        | <b>TEMPORAL:</b>                                                         |                                                                                    |       |            |                       |      |    |                   |      |       |
| <b>CARGO:</b>                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                        |                                                                          |                                                                                    |       |            |                       |      |    |                   |      |       |
| <b>3. ANTECEDENTES PERSONALES Y OTOLÓGICOS</b>                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                        |                                                                          |                                                                                    |       |            |                       |      |    |                   |      |       |
|                                                                                                                                                                                                                              | SI                                                                                                                                                                                                     | NO                                                                       |                                                                                    | SI    | NO         |                       | SI   | NO |                   | SI   | NO    |
| TRAUMA ENCEFALOCRANEANO                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                        | X                                                                        | SARAMPION                                                                          |       | X          | SORDERA EN LA FAMILIA |      | X  | VERTIGOS          |      | X     |
| HIPERTENSION ARTERIAL                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                        | X                                                                        | PAROTIDITIS                                                                        |       | X          | OTITIS                | X    |    | ACUFENOS          |      | X     |
| SIFILIS                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                        | X                                                                        | PARALISIS FACIAL                                                                   |       | X          | OTALGIA SEVERA        |      | X  | TINNITUS          |      | X     |
| MENINGITIS                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                        | X                                                                        | TBC                                                                                |       | X          | OTORREA               |      | X  | DROGAS OTOTÓXICAS |      | X     |
| RUBEOLA                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                        | X                                                                        | EXPLOSIONES                                                                        |       | X          | CIRUGIA EN LOS OIDOS  |      | X  | OTROS             |      | X     |
| <b>4. EXPOSICIÓN A RUIDO NO INDUSTRIAL</b>                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                        |                                                                          |                                                                                    |       |            |                       |      |    |                   |      |       |
|                                                                                                                                                                                                                              | SI                                                                                                                                                                                                     | NO                                                                       | TIEMPO EXPOSICIÓN                                                                  |       | FRECUENCIA |                       |      |    |                   |      |       |
|                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                        |                                                                          | años                                                                               | meses | horas/día  |                       |      |    |                   |      |       |
| TIRO                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                        | X                                                                        |                                                                                    |       |            |                       |      |    |                   |      |       |
| DEPORTES MOTORIZADOS O RUIDOSOS                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                        | X                                                                        |                                                                                    |       |            |                       |      |    |                   |      |       |
| DISCOTECAS - AUDIFONO                                                                                                                                                                                                        | X                                                                                                                                                                                                      |                                                                          | 0                                                                                  | 0     | 0          |                       |      |    |                   |      |       |
| HERRAMIENTAS RUIDOSAS EN CASA                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                        | X                                                                        |                                                                                    |       |            |                       |      |    |                   |      |       |
| OTROS HÁBITOS RUIDOSOS                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                        | X                                                                        |                                                                                    |       |            |                       |      |    |                   |      |       |
| SERVICIO MILITAR - USO DE ARMAS                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                        | X                                                                        |                                                                                    |       |            |                       |      |    |                   |      |       |
| <b>5. HISTORIA OCUPACIONAL - RUIDO INDUSTRIAL</b>                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                        |                                                                          |                                                                                    |       |            |                       |      |    |                   |      |       |
| EMPRESA CONTRATANTE                                                                                                                                                                                                          | EMPRESA USUARIA                                                                                                                                                                                        | CARGO                                                                    | TIEMPO EXPOSICIÓN                                                                  |       |            | USO PROTECCIÓN        |      |    | TIPO PROTECCIÓN   |      |       |
|                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                        |                                                                          | AA                                                                                 | MM    | H/D        | SI                    | OCA. | NO | INSE              | COPA | MIXTA |
| NIEGA ANTECEDENTES                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                        |                                                                          |                                                                                    |       |            |                       |      |    |                   |      |       |
|                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                        |                                                                          |                                                                                    |       |            |                       |      |    |                   |      |       |
|                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                        |                                                                          |                                                                                    |       |            |                       |      |    |                   |      |       |
|                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                        |                                                                          |                                                                                    |       |            |                       |      |    |                   |      |       |
|                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                        |                                                                          |                                                                                    |       |            |                       |      |    |                   |      |       |
|                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                        |                                                                          |                                                                                    |       |            |                       |      |    |                   |      |       |
|                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                        |                                                                          |                                                                                    |       |            |                       |      |    |                   |      |       |
|                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                        |                                                                          |                                                                                    |       |            |                       |      |    |                   |      |       |
| <b>6. CUESTIONARIO BÁSICO</b>                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                        |                                                                          |                                                                                    |       |            |                       |      |    |                   |      |       |
| <b>LE HAN REALIZADO AUDIOMETRÍAS</b> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <b>ÚLTIMO EXAMEN HACE</b> 3 Años    0 Meses                                                                          |                                                                                                                                                                                                        |                                                                          |                                                                                    |       |            |                       |      |    |                   |      |       |

**7. REPOSO AUDITIVO**

REPOSO SI NO X TIEMPO DE REPOSO 0 Días 0 Horas

**8. OTOSCOPIA**

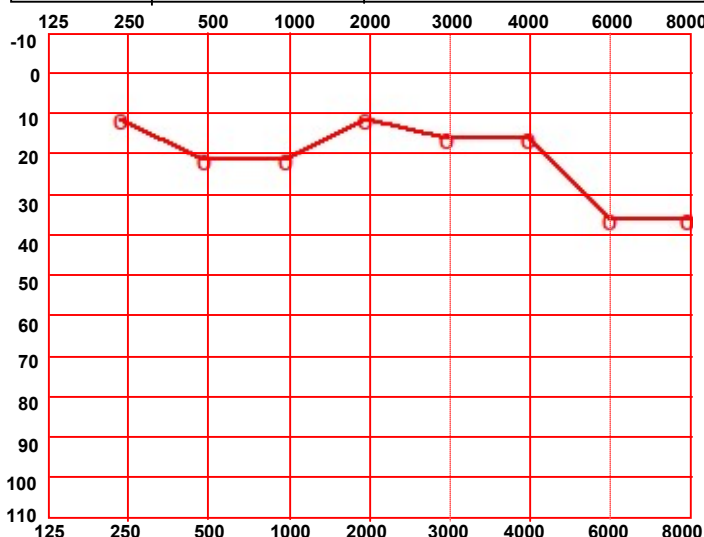
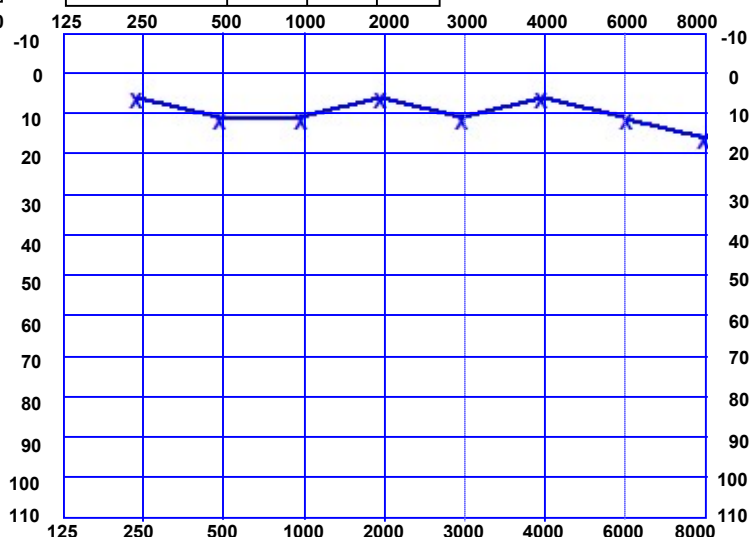
|                           | OD | OI |   |
|---------------------------|----|----|---|
|                           | N  | A  | N |
| PABELLON AURICULAR        | X  |    | X |
| CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO | X  |    | X |
| MEMBRANAS TIMPÁNICAS      | X  |    | X |

OBSERVACIONES

**9. AUDIOGRAMA**

|             |                  |                |
|-------------|------------------|----------------|
| CONDICIONES | TIEMPO REPOSO    | 0 días 0 horas |
|             | AUDIÓMETRO       | MAICO MA 41    |
|             | LUGAR EVALUACIÓN |                |

|              |       |      |      |
|--------------|-------|------|------|
| CONVENCIONES | VÍAS  | O.D. | O.I. |
|              | AÉREA | O    | X    |
|              | ÓSEA  | <    | >    |

AUDIOMETRIA DE BASE ☒

| OD | OI | INTERPRETACIÓN                                 |
|----|----|------------------------------------------------|
| X  | X  | HASTA 25 NORMAL (PROMEDIO: 500-1000-2000-3000) |
|    |    | 26 A 40 LEVE                                   |
|    |    | 41 A 55 MODERADA                               |
|    |    | 56 A 70 MODERADA A SEVERA                      |
|    |    | 71 A 90 SEVERA                                 |
|    |    | MÁS DE 90 PROFUNDA                             |

GATISO

| RESULTADO |   |    |   | INTERPRETACIÒN |                      |
|-----------|---|----|---|----------------|----------------------|
| OD        |   | OI |   | dB EN 400Hz    | SIGNIFICADO          |
| X         | A | X  | A | MENOR DE 8     | EXCELENTE            |
|           | B |    | B | 8 A 14         | BUENO                |
|           | C |    | C | 15 A 22        | NORMAL (LÍMITE)      |
|           | D |    | D | 23 A 29        | SOSPECHOSO DAIR*     |
|           | E |    | E | MÁS DE 30      | MUY SOSPECHOSO DAIR* |

ELI

| GRADO | INTERPRETACIÓN                               |
|-------|----------------------------------------------|
|       | *DAIR: DETERIORO AUDITIVO INDUCIDO POR RUIDO |
| A     | <16 PEOR OÍDO NORMAL                         |
| X B   | 16-30 CUALQUIER OÍDO CASI NORMAL             |
| C     | 31-45 MEJOR OÍDO SORDERA MODERADA            |
| D     | 40-60 MEJOR OÍDO SORDERA NOTABLE             |
| E     | 60-90 MEJOR OÍDO SORDERA SEVERA              |
| F     | >90 MEJOR OÍDO SORDERA PROFUNDA              |
| G     | NINGUNA PERCEPCIÓN SORDERA TOTAL AMBOS OÍDOS |

SAL

LARSEN

OÍDO DERECHO  
HNS INCIPIENTEOÍDO IZQUIERDO  
NORMAL**DIAGNÓSTICO**

Z011 VÍA AÉREA NORMAL SEGUN GATISO.  
SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFÉRICA CASÍ NORMAL. SEGUN SAL  
ELI A, EXCELENTE (4000 HZ) BILATERAL.  
DESCENSO LEVE EN OÍDO DERECHO PARA 6000,8000 HZ

**10. RECOMENDACIONES**

Utilizar protección auditiva en ambientes con niveles de ruido igual o superior a 80 dB.  
Ingresar a programa de vigilancia epidemiológica para ruido.  
Mantener limpios y en buen estado los protectores auditivos para evitar infecciones o filtraciones de ruido.  
Lavar las manos antes de colocarse y/o retirarse los protectores auditivos.

Juliana Yepes S.

JULIANA YEPES SALAZAR

FONOAUDIÓLOGO

43475313

FIRMA DEL TRABAJADOR

e-mail : colmedicosdeorienta@yahoo.com Página web: www.colmedicosdeorienta.com

Rionegro, parque principal. Cra 51 No 49 - 07. Edificio Los heroes, local 302.

Teléfonos : 561 19 16 - 561 34 23

Fax: 561 48 02

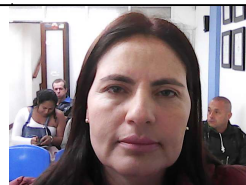
Impreso: 02/29/20

## HISTORIA OPTOMÉTRICA

CÓDIGO:

VERSIÓN:

PÁGINA: 1/2



**FECHA**  
28/02/20

**HORA**  
08:27 A.M.

**TIPO DE EXAMEN:** INGRESO ☒ EGRESO ☐ CONTROL PERIÓDICO ☐ REUBICACIÓN ☐ CAMBIO DE OFICIO ☐

### 1. DATOS PERSONALES

|                                            |                                                |                                            |                                |                                      |                                       |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>DOCUMENTO DE IDENTIDAD:</b><br>43475313 |                                                | <b>NOMBRE:</b><br>TOBON GIL GLORIA CECILIA |                                | <b>FECHA NACIMIENTO:</b><br>05/10/67 | <b>EDAD:</b><br>52                    |
| <b>GENERO:</b><br>FEMENINO                 | <b>DIRECCION RESIDENCIA:</b><br>CL 25 NR 52 53 |                                            | <b>TELÉFONO:</b><br>NO REFIERE | <b>CELULAR:</b><br>3234766973        | <b>e-mail:</b><br>tobongil78@yahoo.es |
| <b>ESTADO CIVIL:</b> SOLTERO(A)            |                                                | <b>ESCOLARIDAD:</b>                        |                                | <b>HIJOS:</b> 1                      |                                       |
| <b>EPS:</b> COOMEVA E.P.S. S.A.            |                                                | <b>AFP:</b> COLPENSIONES                   |                                | <b>ARP:</b> NS/NR                    |                                       |
| <b>ACOMPAÑANTE:</b>                        |                                                |                                            |                                |                                      |                                       |

### 2. DATOS DE LA EMPRESA

**EMPRESA :** PARTICULAR **TEMPORAL:** **CARGO:**

### 3. ANTECEDENTES

**USA LENTES** SI ☒ NO ☐ **SIEMPRE** ☒ **ALGUNAS VECES** ☐ **PARA LEJOS** ☒ **PARA LEER** ☐ **BIFOCAL** ☒ **CONTACTO** ☐ **CAMBIO LENTES** SI ☒ NO ☐ **TIEMPO DE USO** 0 años 2 meses

| RX EN USO | ESF. | CIL. | EJE | ADD   |
|-----------|------|------|-----|-------|
| O.D.      | N    |      |     | +2.50 |
| O.I.      | N    |      |     | +2.50 |

**ÚLTIMA EVALUACIÓN** 0 años 2 meses  
**ÚLTIMA PRESCRIPCIÓN** 0 años 0 meses

**PROBLEMAS VISUALES**  
SI ☐ NO ☒ **CIRUGÍAS**  
SI ☐ NO ☒

#### ANTECEDENTES PERSONALES

|                | NO                                  | SI                       |              | NO                                  | SI                       |
|----------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------|-------------------------------------|--------------------------|
| REUMATOLÓGICAS | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | DISLIPIDEMIA | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| DIABETES       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ALERGIAS     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| HIPERTENSIÓN   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |              |                                     |                          |

NO REIFERE

#### ANTECEDENTES OFTALMOLÓGICOS

NO REIFERE

#### ANTECEDENTES FAMILIARES

|              | NO                                  | SI                       |          | NO                                  | SI                       |
|--------------|-------------------------------------|--------------------------|----------|-------------------------------------|--------------------------|
| DIABETES     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | GLAUCOMA | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| HIPERTENSIÓN | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | CEGUERA  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| CATARATAS    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |                                     |                          |

NO REIFERE

### 4. EXPOSICIÓN A FACTORES DE RIESGO OCUPACIONALES

| FACTOR     | RIESGO              | T. EXPOS<br>AÑOS/MESES | USO EPP<br>S N O                    | ACCIDEN<br>S N                      | FACTOR       | RIESGO            | T. EXPOS<br>MESES/H.DIA | USO EPP<br>S N O                    | ACCIDEN<br>S N                      |
|------------|---------------------|------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-------------------|-------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| MECÁNICOS  | PROYECCIONES        |                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | FÍSICOS      | TEMPERATURAS      |                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|            | POLVOS              |                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |              | RAD. IONIZANTE    |                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| QUÍMICOS   | GASES, VAPORES      |                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |              | RAD. NO IONIZANTE |                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|            | HUMOS, AEROSOL      |                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |              | ILUMINACIÓN       |                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|            | LÍQUIDOS            |                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | CARGA FÍSICA | FIJACIÓN PERMANEN |                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| BIOLOGICOS | VIRUS, BACT, HONGOS |                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |              | PANTALLAS         |                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

OBSERVACIONES

### 5. EVALUACIÓN

#### AGUDEZA VISUAL

Evaluación solo con corrección visual  
(Lentes de contacto)

SI ☐ NO ☒

|                | VISIÓN LEJANA |          |          | VISIÓN CERCANA |          |          |
|----------------|---------------|----------|----------|----------------|----------|----------|
|                | AMB. OJOS     | OJO DER. | OJO IZQ. | AMB. OJOS      | OJO DER. | OJO IZQ. |
| SIN CORRECCIÓN | 20/ 20        | 20/ 20   | 20/ 20   | 20/ 40         | 20/ 40   | 20/ 40   |
| CON CORRECCIÓN | 20/ 20        | 20/ 20   | 20/ 20   | 20/ 20         | 20/ 20   | 20/ 20   |
| PH (Pinhole)   | 20/ 20        | 20/ 20   | 20/ 20   | 20/ 20         | 20/ 20   | 20/ 20   |

MOTILIDAD

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA 5CM

HIRSCHBERG CENTRADO

COVER TEXT

|                |        |       |       |
|----------------|--------|-------|-------|
|                | LEJANA | VP 33 | VP 20 |
| SIN CORRECCIÓN | ORTO   | ORTO  | ORTO  |
| CON CORRECCIÓN | -      | -     | -     |

ESTEREOPSIS NORMAL☒ ANORMAL☐

|           |        |        |
|-----------|--------|--------|
|           | O.D.   | O.I.   |
| DUCCIONES | NORMAL | NORMAL |
| VERSIONES | NORMAL |        |

BIOMICROSCOPIA

|            |   |   |    |    |  |                 |   |    |    |  |                 |                   |   |    |    |  |
|------------|---|---|----|----|--|-----------------|---|----|----|--|-----------------|-------------------|---|----|----|--|
|            | N | A | OD | OI |  | N               | A | OD | OI |  | VITREO ANTERIOR | N                 | A | OD | OI |  |
| PÁRPADOS   | X |   |    |    |  | CÁMARA ANTERIOR | X |    |    |  |                 | SEGMENTO ANTERIOR | X |    |    |  |
| CONJUNTIVA | X |   |    |    |  | IRIS            | X |    |    |  |                 | REFLEJO FOTOMOTOR | X |    |    |  |
| ESCLERAS   | X |   |    |    |  | PUPILAS         | X |    |    |  |                 | MENISCO LAGRIMAL  | X |    |    |  |
| CORNEA     | X |   |    |    |  | CRISTALINO      | X |    |    |  |                 | FONDO DE OJO      | X |    |    |  |

PRESIÓN INTRAOCULAR TONOMETRÍA

|            |            |
|------------|------------|
| O.D.       | O.I.       |
| NO SE TOMO | NO SE TOMO |

QUERATOMETRÍA

|      |      |
|------|------|
| O.D. | O.I. |
| -    | -    |

REFRACCIÓN

|              |     |         |      |         |
|--------------|-----|---------|------|---------|
|              | O.D | AV O.D. | O.I. | AV O.I. |
| DINÁMICA     | -   | -       | --   | -       |
| ESTÁTICA     | N   | 20/20   | N    | 20/20   |
| CICLOPLÉJICA | -   |         |      |         |

SUBJETIVO

|      |      |      |     |       |         |         |
|------|------|------|-----|-------|---------|---------|
|      | ESF. | CIL. | EJE | ADD   | AV      | VP      |
| O.D. | N    | -    | -   | +2.50 | 20 / 20 | 20 / 20 |
| O.I. | N    | -    | -   | +2.50 | 20 / 20 | 20 / 20 |

OFTALMOSCOPIA

|                |        |         |
|----------------|--------|---------|
|                | O.D    | AV O.D. |
| EXCAVACIÓN     | NORMAL | NORMAL  |
| MÁCULA         | NORMAL | NORMAL  |
| POLO POSTERIOR | NORMAL | NORMAL  |

VISIÓN CROMÁTICA

NORMAL ANORMAL

☒ ☐

6. CONCLUSIONES

NORMAL SI☐ NO☒

PRESBICIA - CORRIGE ADECUADAMENTE CON ANTUEJOS.

H547 DISMINUCIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL CERCANA, CORRIGE ADECUADAMENTE CON LENTES

OBSERVACIONES

DX: PRESBICIA - CORRIGE ADECUADAMENTE CON ANTUEJOS.

|                 |  |
|-----------------|--|
| 7. PRESCRIPCIÓN |  |
|-----------------|--|

**CORREGIR** SI ☐ NO ☒ TIPO DE LENTE : LENTE OFTÁLMICO (ANTEOJOS) ☐ DE CONTACTO ☐

| RX FINAL | ESF. | CIL. | EJE | ADD | AV | AVL | DP |
|----------|------|------|-----|-----|----|-----|----|
| O.D.     |      |      |     |     | /  |     | /  |
| O.I.     |      |      |     |     | /  |     |    |

CURVA BASE 0.00  
DIÁMETRO 0.00

DIÁMETRO 0.00

FILTRO

USO

NOTAS

|             |  |
|-------------|--|
| 8. CONDUCTA |  |
|-------------|--|

|                      |
|----------------------|
| CONTROL EN 1 AÑO.    |
| NO SE CAMBIA FORMULA |

| PRESCRIPCIÓN MEDICAMENTOS |     |
|---------------------------|-----|
| 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  |
| 27                        | 28  |
| 29                        | 30  |
| 31                        | 32  |
| 33                        | 34  |
| 35                        | 36  |
| 37                        | 38  |
| 39                        | 40  |
| 41                        | 42  |
| 43                        | 44  |
| 45                        | 46  |
| 47                        | 48  |
| 49                        | 50  |
| 51                        | 52  |
| 53                        | 54  |
| 55                        | 56  |
| 57                        | 58  |
| 59                        | 60  |
| 61                        | 62  |
| 63                        | 64  |
| 65                        | 66  |
| 67                        | 68  |
| 69                        | 70  |
| 71                        | 72  |
| 73                        | 74  |
| 75                        | 76  |
| 77                        | 78  |
| 79                        | 80  |
| 81                        | 82  |
| 83                        | 84  |
| 85                        | 86  |
| 87                        | 88  |
| 89                        | 90  |
| 91                        | 92  |
| 93                        | 94  |
| 95                        | 96  |
| 97                        | 98  |
| 99                        | 100 |

REMITIR A

|                  |  |
|------------------|--|
| 9. OBSERVACIONES |  |
|------------------|--|

APLAZADO SI ☐ NO ☒

## RECOMENDACIONES GENERALES DE SEGURIDAD PARA EL CUIDADO DE LOS OJOS

En caso de emergencia por salpicadura de sustancias químicas, proceda a lavar sus ojos con agua limpia por lo menos durante veinte (20) minutos continuos. Informe a su jefe, brigadista o al departamento de salud ocupacional de su empresa y procure recibir atención inmediata.

Gilberto Castellina

GILBERTO ALEXIS CASTELLANOS VILLAMIL

**REALIZADO POR**

e-mail : [colmedicosdeoriente@yahoo.com](mailto:colmedicosdeoriente@yahoo.com)      Página web: [www.colmedicosdeorientesa.com](http://www.colmedicosdeorientesa.com)

Rionegro, parque principal. Cra 51 No 49 - 07. Edificio Los heroes, local 302.

Fax: 561 48 02

|                                                                                 |                                                                                         |  |                      |                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PRUEBAS DE LABORATORIO</b><br><br><b>FECHA</b><br>29/02/20 <b>HORA</b><br>07:40 A.M. |  | <b>CÓDIGO:</b> FGS23 |  |
|                                                                                 |                                                                                         |  | <b>VERSIÓN:</b> 01   |                                                                                    |
|                                                                                 |                                                                                         |  | <b>PÁGINA:</b> 1     |                                                                                    |

|                                            |                                                |                                            |                               |                                       |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| <b>1. DATOS PERSONALES</b>                 |                                                |                                            |                               |                                       |
| <b>DOCUMENTO DE IDENTIDAD:</b><br>43475313 |                                                | <b>NOMBRE:</b><br>TOBON GIL GLORIA CECILIA |                               | <b>FECHA NACIMIENTO:</b><br>05/10/67  |
|                                            |                                                |                                            |                               | <b>EDAD:</b><br>52                    |
| <b>GENERO:</b><br>FEMENINO                 | <b>DIRECCION RESIDENCIA:</b><br>CL 25 NR 52 53 | <b>TELÉFONO:</b><br>NO REFIERE             | <b>CELULAR:</b><br>3234766973 | <b>e-mail:</b><br>tobongil78@yahoo.es |
|                                            |                                                | <b>RESULTADO</b>                           | <b>UNIDAD</b>                 | <b>REFERENCIA</b>                     |

#### GLICEMIA EN AYUNAS

|                    |    |       |       |        |
|--------------------|----|-------|-------|--------|
| GLICEMIA EN AYUNAS | 80 | mg/dl | 70.00 | 100.00 |
|--------------------|----|-------|-------|--------|

Valores en ayuna entre 100 - 125 son indicadores de pre-Diabetes.  
 Valores iguales o mayores a 126, se debe confirmar Diabetes Mellitus.  
 Técnica: Colorimétrico.

#### PERFIL LIPIDICO

|                                 |        |       |        |        |
|---------------------------------|--------|-------|--------|--------|
| COLESTEROL TOTAL                | 261    | mg/dl | 120.00 | 200.00 |
| NIVEL DESEABLE -MENOR DE 200    |        |       |        |        |
| NIVEL EN LIMITE ALTO 200-239    |        |       |        |        |
| NIVEL ELEVADO - MAYOR DE 240    |        |       |        |        |
| TRIGLICERIDOS                   | 168    | mg/dl | 0.50   | 150.00 |
| LIMITE NORMAL 150 199           |        |       |        |        |
| LIMITE ALTO 200 - 499           |        |       |        |        |
| LIMITE MUY ALTO MAYOR DE 500    |        |       |        |        |
| COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL | 34     | mg/dl | 40.00  | 70.00  |
| COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD LDL | 193.40 | mg/dl | 100.00 | 159.00 |
| RANGO OPTIMO 100 -129           |        |       |        |        |
| LIMITE NORMAL ALTO -130 - 159   |        |       |        |        |
| VALOR ELEVADO 160-189           |        |       |        |        |
| LIMITE MUY ALTO > 190           |        |       |        |        |
| COLESTEROL VLDL                 | 33.60  | mg/dl | 14.80  | 42.50  |
| INDICE ARTERIAL                 | 7.68   |       | 0.00   | 0.00   |
| HASTA 4.5                       |        |       |        |        |

Técnica: Colorimétrico

Maria Antonia M



MARIA ANTONIA MAYA GUERRERO

**ELABORÓ**

43475313

**FIRMA DEL TRABAJADOR**



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA  
**SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**



## Hace constar:

Que el Sr(a) GLORIA CECILIA TOBON GIL Identificado(a) con cédula de ciudadanía 43475313 realizó el día 21/02/2021 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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

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

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

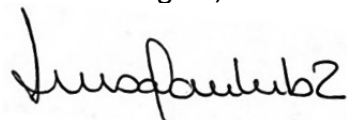
**CERTIFICA**

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que GLORIA CECILIA TOBON GIL, con Cédula Ciudadanía No. 43475313 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 04/02/2021, para el contrato registrado con fecha desde 02/02/2021 y fecha hasta 18/12/2021, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 2.

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](http://www.positivaenlinea.gov.co) y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202101012423177.

Dada en Bogotá, a los 18 días del mes de febrero de 2021



Luisa Marina Uribe Restrepo  
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.



NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

|                                       |                               |  |                                   |                               |  |                      |                                     |                   |
|---------------------------------------|-------------------------------|--|-----------------------------------|-------------------------------|--|----------------------|-------------------------------------|-------------------|
| CIUDAD DE EXPEDICIÓN<br><b>CUCUTA</b> |                               |  | SUCURSAL<br><b>AGENCIA CUCUTA</b> |                               |  | COD.SUC<br><b>49</b> | NO.PÓLIZA<br><b>49-44-101023863</b> | ANEXO<br><b>0</b> |
| FECHA EXPEDICIÓN<br>DÍA MES AÑO       | VIGENCIA DESDE<br>DÍA MES AÑO |  | A LAS HORAS                       | VIGENCIA HASTA<br>DÍA MES AÑO |  | A LAS HORAS          | TIPO MOVIMIENTO                     |                   |
| 29 01 2021                            | 01 02 2021                    |  | 00:00                             | 10 04 2022                    |  | 23:59                | EMISION ORIGINAL                    |                   |

## DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

|                                                           |                                                                   |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE O RAZON SOCIAL<br><b>TOBON GIL, GLORIA CECILIA</b> | IDENTIFICACIÓN<br><b>CC: 43.475.313</b>                           |
| DIRECCIÓN: <b>CRA 80 A # 20 A 146</b>                     | CIUDAD: <b>MEDELLIN, ANTIOQUIA</b><br>TELÉFONO: <b>3216418011</b> |

## DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

|                                                                           |                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| ASEGURADO / BENEFICIARIO:<br><b>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA</b> | IDENTIFICACIÓN NIT: <b>899.999.034-1</b>                                 |
| DIRECCIÓN: <b>CL 57 NRO. 8 - 69</b>                                       | CIUDAD: <b>BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL</b><br>TELÉFONO <b>5940000</b> |

ADICIONAL:

## OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECCIÓN 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 PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO, EN DESARROLLO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No C01.PCCNTR.2188330, CUYO OBJETO ES: Prestar servicios personales de carácter temporal para planear y orientar la formación profesional integral que programe el centro de formación en sus diferentes niveles y modalidades atendiendo las políticas institucionales y la normatividad vigente según el perfil INSTITUCIONAL DE PEDAGOGA - PROTECCIÓN AMBIENTAL, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

| AMPAROS                   | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEG/ACTUAL |
|---------------------------|----------------|----------------|------------------|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 01/02/2021     | 10/04/2022     | \$4,030,000.00   |

## ACLARACIONES

| VALOR PRIMA NETA        | GASTOS EXPEDICIÓN | IVA              | TOTAL A PAGAR          | VALOR ASEGURADO TOTAL | PLAN DE PAGO    |
|-------------------------|-------------------|------------------|------------------------|-----------------------|-----------------|
| \$ *****20,000.00       | \$ *****8,000.00  | \$ *****5,320.00 | \$ *****33,320.00      | \$ *****4,030,000.00  | CONTADO         |
| INTERMEDIARIO           |                   |                  | DISTRIBUCION COASEGURO |                       |                 |
| NOMBRE                  | CLAVE             | % DE PART.       | NOMBRE COMPAÑIA        | % PART.               | VALOR ASEGURADO |
| NANCY CHAUSTRE PEÑALOZA | 132878            | 100.00           |                        |                       |                 |

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

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES AV. 1E NO. 17 - 88 - TELEFONO: 5835460 - CUCUTA

49-44-101023863

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR



7709998021167002710505

Nit: 860009578-6

SEGUROS DEL ESTADO GENERALES

RECIBO DE PAGO N°: 10000027105058

CERTIFICAMOS QUE:

|                                      |                                                    |       |                                                                     |             |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------|-------|---------------------------------------------------------------------|-------------|
| FECHA                                |                                                    |       |                                                                     |             |
| 29/01/2021 03:47p.m.                 |                                                    |       |                                                                     |             |
| RECIBIMOS DE:                        | BON GIL GLORIA CECILIA                             |       | CC. 43.475.313                                                      |             |
| LA SUMA DE:                          | Treinta y tres mil trescientos veinte pesos .***** |       |                                                                     |             |
| POR CONCEPTO DE:                     | PAGO POLIZA NRO.: 101023863                        |       |                                                                     |             |
| SUC - RAMO - POLIZA - ENDOSO - CUOTA | PRIMA                                              | GASTO | IVA                                                                 | VALOR       |
| AGENCIA CUCUTA-44-101023863-0-1      | \$28,000.00                                        |       | \$5,320.00                                                          | \$33,320.00 |
| FORMA DE PAGO                        |                                                    |       |                                                                     |             |
| Efectivo - \$ 33,320.00              |                                                    |       | EFFECTIVO:<br>CHEQUE:<br>TARJETA:<br>BD: 33,320.00<br>OTROS: \$0.00 |             |
| TRANSACCION: 0002710505              |                                                    |       | TOTAL: \$33,320.00<br>CAJERO: PAGUESTADO                            |             |



**PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN  
FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES  
NO. 49-44-101023863 SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015**

**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 SUJECCIÓN A LA DEFINICIÓN DE LAS CONDICIONES ADELANTE INDICADAS, LLEGARE A CAUSAR EL GARANTIZADO POR EL INCUMPLIMIENTO QUE, ATRIBUIBLE A SU ACCIÓN U OMISIÓN, PRODUJERE.

LOS AMPAROS QUE SE OTORGAN EN ESTA PÓLIZA SERÁN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. SEGÚN LAS DEFINICIONES QUE A CONTINUACIÓN SE INDICAN:

**1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.**

EL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LA SANCIÓN DERIVADA DEL INCUMPLIMIENTO DE LA OFERTA, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

**1.1.1 LA NO AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUANDO EL PLAZO PARA LA ADJUDICACIÓN O PARA SUSCRIBIR EL CONTRATO ES PRORROGADO, SIEMPRE QUE TAL PRÓRROGA SEA INFERIOR A TRES (3) MESES.**

**1.1.2 EL RETIRO DE LA OFERTA DESPUÉS DE VENCIDO EL PLAZO FIJADO PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS OFERTAS.**

**1.1.3 LA NO SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO SIN JUSTA CAUSA POR PARTE DEL ADJUDICATARIO.**

**1.1.4 LA FALTA DE OTORGAMIENTO POR PARTE DEL PROPONENTE SELECCIONADO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.**

**1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.**

EL AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE LLEGUEN A CAUSAR, CON OCASIÓN DE (I) LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO, (II) EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO Y (III) LA APROPIACIÓN INDEBIDA DE LOS RECURSOS RECIBIDOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO EN CALIDAD DE ANTICIPO.



### **1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.**

**EL AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE CAUSEN POR LA NO DEVOLUCIÓN TOTAL O PARCIAL, DEL DINERO ENTREGADO AL CONTRATISTA GARANTIZADO A TÍTULO DE PAGO ANTICIPADO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR.**

### **1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.**

**EL AMPARO DE CUMPLIMIENTO, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS DIRECTOS DERIVADOS DE: (A) EL INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (B) EL CUMPLIMIENTO TARDÍO O DEFECTUOSO DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (C) LOS DAÑOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA POR ENTREGAS PARCIALES DE LA OBRA, CUANDO EL CONTRATO NO PREVÉ ENTREGAS PARCIALES; Y (D) EL PAGO DEL VALOR DE LAS MULTAS Y DE LA CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA SIEMPRE QUE SE HUBIEREN PACTADO PREVIAMENTE EN EL CONTRATO GARANTIZADO.**

**EN VIRTUD DE LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 44 DE LA LEY 610 DE 2000, LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CUBRIRÁ LOS PERJUICIOS CAUSADOS A LA ENTIDAD ESTATAL COMO CONSECUENCIA DE LA CONDUCTA DOLOSA O CULPOSA, IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADOS DE UN PROCESO DE RESPONSABILIDAD FISCAL, SIEMPRE Y CUANDO ESOS PERJUICIOS DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES SURGIDAS DEL CONTRATO AMPARADO POR LA GARANTÍA.**

### **1.5 AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES.**

**EL AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES DE NATURALEZA LABORAL, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS QUE SE LE OCASIONEN, A RAÍZ DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES A QUE ESTÉ OBLIGADO EL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO AMPARADO EN EL TERRITORIO NACIONAL.**

**ESTA GARANTÍA NO SE APLICARÁ PARA LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN EN SU TOTALIDAD FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL POR PERSONAL CONTRATADO BAJO UN RÉGIMEN JURÍDICO DISTINTO AL NACIONAL.**

### **1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.**

**EL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE GENEREN COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, PRESENTADOS**



NIT. 860.009.578-6

**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 OCACIONEN 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.**

### **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.



NIT. 860.009.578-6

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



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

EFFECTO 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, PREVALECEERÁN 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.

PARA CONSTANCIA DE LO EXPUESTO, Y EN SEÑAL DE ASENTIMIENTO Y COMPROMISO CON TODO LO AQUÍ PACTADO SE FIRMA EN Bogotá A LOS veintinueve ( 29 ) DÍAS DEL MES DE enero DEL AÑO 2021.

San José de Cúcuta, 19 de FEBRERO DEL 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 **SI** provinieron de 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 **SI** 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 **NO** 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 (\$49.850.000).
- e. Por el año gravable 2020, **SI** 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 San José de Cúcuta a los 21 días del mes de FEBRERO de 2021



---

GLORIA CECILIA TOBON GIL

C.C. 43475313



Cúcuta, 19 de febrero de 2021

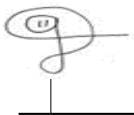
Señores  
Instructores  
Ciudad

Cordial saludo,

Por medio del presente se solicita se sirvan suscribir el siguiente documento, informando si el instructor identificado con la cedula de ciudadanía No. 43475313 de San Carlos Antioquia impartió formación en la ficha la cual usted lidera.

Así mismo se les resalta que la suscripción del presente documento se entenderá realizada bajo la gravedad de juramento.

| NOMBRE DEL INSTRUCTOR    | FICHA No. | HORAS TRABAJADAS | FIRMA                                                                                                                                                          |
|--------------------------|-----------|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Diego Fernando Torrado   | 2142343   | 40               | <br><small>DIEGO FERNANDO TORRADO GALVIS (Feb 19, 2021 09:32 EST)</small> |
| Zoraida Contreras Jaimes | 2168036   | 40               |                                                                           |
| Ruby Esther Abril        | 2069874   | 40               |                                                                           |
| Pastor Aponte            | 1963504   | 40               |                                                                           |



GLORIA CECILIA TOBON GIL  
CC 43475313

# Firmas de aprobación por fichas 2021\_removed (2)

Final Audit Report

2021-02-19

|                 |                                                   |
|-----------------|---------------------------------------------------|
| Created:        | 2021-02-19                                        |
| By:             | GLORIA CECILIA TOBON GIL (tobongil@misena.edu.co) |
| Status:         | Signed                                            |
| Transaction ID: | CBJCHBCAABAAJ8DTqxppuWwvD4hhPa6NKbwH-NwpNK3       |

## "Firmas de aprobación por fichas 2021\_removed (2)" History

-  Document created by GLORIA CECILIA TOBON GIL (tobongil@misena.edu.co)  
2021-02-19 - 3:05:12 AM GMT- IP address: 186.84.90.227
-  Document emailed to DIEGO FERNANDO TORRADO GALVIS (dftorrado@misena.edu.co) for signature  
2021-02-19 - 3:13:29 AM GMT
-  Email viewed by DIEGO FERNANDO TORRADO GALVIS (dftorrado@misena.edu.co)  
2021-02-19 - 3:21:40 AM GMT- IP address: 66.102.8.17
-  Document e-signed by DIEGO FERNANDO TORRADO GALVIS (dftorrado@misena.edu.co)  
Signature Date: 2021-02-19 - 2:32:05 PM GMT - Time Source: server- IP address: 190.97.150.174
-  Document emailed to Zoraida Contreras Jaimes (zy.contrer@misena.edu.co) for signature  
2021-02-19 - 2:32:06 PM GMT
-  Email viewed by Zoraida Contreras Jaimes (zy.contrer@misena.edu.co)  
2021-02-19 - 3:10:10 PM GMT- IP address: 66.102.8.7
-  Document e-signed by Zoraida Contreras Jaimes (zy.contrer@misena.edu.co)  
Signature Date: 2021-02-19 - 3:10:27 PM GMT - Time Source: server- IP address: 179.32.182.10
-  Document emailed to RUBY ABRIL ESPITIA (rabril@misena.edu.co) for signature  
2021-02-19 - 3:10:29 PM GMT
-  Email viewed by RUBY ABRIL ESPITIA (rabril@misena.edu.co)  
2021-02-19 - 5:53:07 PM GMT- IP address: 200.71.51.67
-  Document e-signed by RUBY ABRIL ESPITIA (rabril@misena.edu.co)  
Signature Date: 2021-02-19 - 5:53:24 PM GMT - Time Source: server- IP address: 200.71.51.67



Document emailed to PASTOR APONTE (pasponce@misena.edu.co) for signature

2021-02-19 - 5:53:26 PM GMT



Email viewed by PASTOR APONTE (pasponce@misena.edu.co)

2021-02-19 - 5:55:39 PM GMT- IP address: 66.102.8.17



Document e-signed by PASTOR APONTE (pasponce@misena.edu.co)

Signature Date: 2021-02-19 - 5:56:04 PM GMT - Time Source: server- IP address: 179.32.119.37



Agreement completed.

2021-02-19 - 5:56:04 PM GMT



**Adobe Sign**



Libertad y orden  
RÉPUBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En Cumplimiento del Decreto 933 de 2003  
otorga*

*Certificado de Competencia Laboral a*

**GLORIA CECILIA TOBON GIL**

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 43475313

Quien demostró su Competencia Laboral en la  
*Norma*

**NIVEL INTERMEDIO - Orientar formación presencial de acuerdo con procedimientos técnicos y normativa.**

*Código: 240201056*

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente en MEDELLÍN, A los veintiuno (21) días del mes de Agosto de dos mil dieciocho (2018)*

Firmado Digitalmente por  
ANGELA MARIA VALDERRAMA VELEZ  
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE  
Autenticidad del Documento  
Bogotá - Colombia

ANGELA MARIA VALDERRAMA VELEZ  
SUBDIRECTORA CENTRO DE COMERCIO  
REGIONAL ANTIOQUIA

387825 - 21/08/2018  
No Y FECHA REGISTRO

VIGENCIA  
21 de Agosto de 2021