SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)
REGIONAL CAUCA
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS - CAUCA - EMPRENDE RURAL
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1
Resoluciòn DIAN Nº 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)

Código Regional	**19**
Código Centro	**930710**
Fecha Elaboración	**Abril de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**54786-703606**
No. de documento	**54016**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	CARLOS MANUEL BUCHELI CALLEJAS	**C.C.**	10.302.971	**IP/Nº de contacto**	3152800870
Correo electrónico contratista:	cbuchelic@sena.edu.co				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	SI	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2020 Superaron $49'849.000	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		SI	
Banco al cual consignar:	BANCO DE OCCIDENTE	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		057819211	
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	NO	**Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2021 supera los $ 119´806.000**		NO			

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	2358202/2021			**Nº Compromiso SIIF**	**31121**	
Valor Total del Contrato	$ 34.641.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 34.641.000	**1**	**Del**	**19/03/2021**	**Al** 31/03/2021	**$ 1.667.900,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 32.973.100		Comisiones		$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar los servicios personales de carácter temporal, para orientar formación titulada presencial o virtual, en el programa SER, conforme a las necesidades del centro de comercio y servicios - SENA Regional Cauca. Para el área de: Procesamiento de productos de confitería y

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.667.900	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo		$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 1.667.900**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 931.583**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Marzo	**Febrero**
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**8612492346**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 908.526	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 113.600	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 145.400	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL III	$ 22.200	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.161.856	$ 166.790	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 310.528	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	931.583,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	1.408.900,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 300	2.818,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 1.665.082,00**	

SON: UN MILLÓN SEISCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL OCHENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Orientar formación en el municipio de piendamo, ficha 2300030, los diás 27, 28, 29 y 30 de marzo, 32 horas.
Jornada de reinducción, alistamiento y focalización de formaciones 19,22,23,24,25 de marzo, 37 horas.
total 69 horas.

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

CARLOS MANUEL BUCHELI CALLEJAS
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

ANA ALEXANDRA RODRIGUEZ VARGAS
INSTRUCTOR

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

FERNANDO ALFONSO ESCOBAR QUIRA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	CARLOS MANUEL BUCHELI CALLEJAS
IDENTIFICACION:	CC-10302971
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2021-04-06
FECHA LIMITE DE PAGO:	2021-03-16
FECHA DE PAGO:	2021-04-06
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERIODO PENSION:	2021-02
PERIODO SALUD:	2021-02
NUMERO PLANILLA:	8612492346
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8612492346
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS018	805001157	SOS-EPS	1	$ 908.526	$ 0	$ 0	$ 0	$ 113.600	$ 113.600
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 908.526	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145.400	$ 145.400
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 908.526	$ 0	$ 0	$ 0	$ 4.800	$ 4.800
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 263.800	$ 263.800

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	20/04/2021

Banco AV Villas

COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA ASISTIDA PILA

Número de identificación del Aportante / Pin Único	Valor a Pagar $:
10302971	263800

Si usted va a realizar el pago con el número de Planilla, diligencie esta sección:

PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA

Número de Planilla: 8612492346

Si usted va a realizar el pago con Pin Único, diligencie esta sección:

PAGO CON PIN ÚNICO

Operador de Información: ASOPAGOS

Periodo de Cotización a Pagar: Año 2021 Mes 02

ESTIMADO CLIENTE:
VERIFIQUE QUE LA INFORMACIÓN IMPRESA EN EL COMPROBANTE SEA CORRECTA Y QUE EL VALOR REGISTRADO CORRESPONDA AL VALOR ORDENADO POR USTED. EL BANCO NO TENDRÁ COPIA DE ESTE FORMATO. EL SOPORTE DE LA TRANSACCIÓN SERÁ EL REGISTRO EN EL SISTEMA. RECUERDE QUE ESTE SERÁ EL ÚNICO SOPORTE FÍSICO DE SU TRANSACCIÓN. CONSERVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

CAP-PRO-083-V2

253 20210406 10:37 SC1464 LINEA D
VR PAGADO: 263,800.00
NOMBRE:ASOPAGOS
CLAVE:8612492346 0
ID:10302971
Fecha Aplicación:20210406 PIN:103733
Estimado cliente: Verifique los datos de su pago. Después de retirarse de la ventanilla no se aceptan reclamos.

Impreso por: dispapeles S.A.S. NIT. 860.028.580-2 60

Escaneado con CamScanner

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14677163233

(415)7707212489984(8020) 000001467716323 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 3 0 2 9 7 1	1	Impuestos y Aduanas de Popayán 1 7	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 3 0 2 9 7 1	2 0 0 2 0 8 0 8

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cauca 1 9	Popayán 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BUCHELI	CALLEJAS	CARLOS	MANUEL

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla
CHILANGO PADRISIMO	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cauca 1 9	Popayán 0 0 1

41. Dirección principal: CL 51 N 5 30 CON MORA VERDE IN D 17

42. Correo electrónico: manuelbucheli4@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
5 6 1 1	2 0 1 9 1 2 0 3	7 4 9 0	2 0 0 8 0 8 2 7	0 1 6 1	8 2 9 9	

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos
	1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	4	2	4	9	5	0																			

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

42- Obligado a llevar contabilidad

49 - No responsable de IVA

50 - No responsable de Consumo restauran

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha 2020 - 01 - 09

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre HOYOS BENITEZ YENY ANDREA
985. Cargo Gestor II

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14677163233

(415)7707212489984(8020) **000001467716323 3**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 0 3 0 2 9 7 1	1	Impuestos y Aduanas de Popayán	1 7	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza		63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 9	
72. Número		
73. Fecha	2 0 1 9 1 2 0 3	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 1 9 1 2 0 3	
77. No. Matrícula mercantil	1 9 7 2 6 8	
78. Departamento	1 9	
79. Ciudad/Municipio	2 8	
Vigencia		
80. Desde		
81. Hasta		

Composición del Capital

82. Nacional ____ %

83. Nacional público ____ %

84. Nacional privado ____ %

85. Extranjero ____ %

86. Extranjero público ____ %

87. Extranjero privado ____ %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 1	2 0 1 9 1 2 0 3		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14677163233

(415)7707212489984(8020) **000001467716323 3**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 3 0 2 9 7 1	1	Impuestos y Aduanas de Popayán 1 7	

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Local o negocio 1 6	Expendio a la mesa de comidas preparadas 5 6 1 1	

162. Nombre del establecimiento: CHILANGO PADRISIMO

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Cauca 1 9	Popayán 0 0 1	

165. Dirección: CR 9 12 N 99 LC 3

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

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección

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

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA
comfacauca
al servicio del trabajador y su familia

NIT. 891500182-0
Calle 2 N # 6 A 54 Barrio Modelo
Popayán - Santander de Quilichao - Puerto Tejada
Cel: 3172166519 - 3174378962 Tel: (032) 8205850
E-Mail: ips@comfacauca.com

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 34.201

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
03 DÍA	03 MES	2021 AÑO	POPAYAN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES POPAYAN	PARTICULARES

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadania, CE, Cedula de Extranjeria, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de identificación	
BUCHELLI CALLEJAS CARLOS MANUEL	MASCULINO	36 AÑOS 9 MESES 29 DÍAS	CC (Tipo)	10302971 (Numero)

Cargo: INSTRUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *PUEDE LABORAR EN SU CARGO.*

N/A — NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES -	TEMPORAL	PUEDE LABORAR EN SU CARGO.

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	✓ ----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : CONTROL DE OBESIDAD EN SU EPS	SVE CARDIOVASCULAR	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
	SVE OSTEOMUSCULAR	HACER DEPORTE
	CAPACITACIÓN : EN SST	DIETA BALANCEADA
	OTROS : APLICAR NORMAS DE BIOSEGURIDAD.	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

MEJORAR HÁBITOS: DIETA Y EJERCICIO REGULAR , DEBE BAJAR PESO,
EDUCAR EN PREVENCIÓN Y REPORTE DE EVENTOS DE EL-AT ACORDE A RIESGOS.
DOTAR DE EPP - EPI NECESARIOS Y ACORDES A RIESGOS -APLICAR NORMAS DE BIOSEGURIDAD.
NOTA : PACIENTE SE ATIENDE CON LAS NORMAS Y MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD DEL PERSONAL DE SALUD COMO DEL MISMO PACIENTE.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: ARGOTE BOLAÑOS HAMILTON

R. M.: 4025/92 L.S.O.: 10330-12-2015

Código de Seguridad
A670G1M34201

Aspirante o Trabajador

Firma: Carlos Manuel Buchelli C

Nombre: BUCHELLI CALLEJAS CARLOS MANUEL

CC: 10302971

Escaneado con CamScanner

PROGRAMA DE CONSERVACIÓN AUDITIVA
HISTORIA AUDIOMETRICA

FECHA: 03-03-21 EMPRESA: Portcolon

NOMBRES Y APELLIDOS: Carlos Manuel Buchelli

C.C 10302971 SEXO F ___ M X EDAD 32 Ci.

CARGO Instructor ANTIGUEDAD 2 años

1. INFORMACIÓN PERSONAL

Familiares con sordera SI ___ NO X parentesco ___

Exposición a explosiones SI ___ NO X Tipo de explosión ___

Ingestión de drogas tóxicas SI ___ NO X Tipo de droga ___

CIRUGIAS

Oidos ___ Nariz ___

Garganta ___ Cabeza ___

Otra NO

ENFERMEDADES

Diabetes ___ Rubeola ___ Paperas X

Sarampión ___ Parálisis Facial ___ Parotiditis ___

Hipertensión ___ Golpes Cabeza ___ Otitis ___

Meningitis ___ Tuberculosis ___

Otra Varicela - Hepatitis.

ACTIVIDADES EXTRALABORALES

Moto NO

Caza/Tiro NO

Servicio Militar NO

Música Walkman Ocasional

Otros ___

2. INFORMACIÓN LABORAL

TRABAJA EXPUESTO AL RUIDO SI ___ NO X Antigüedad 2 años

Protección Auditiva Actual

Espuma ___ Orejeras ___

Silicona ___ Plástico ___

Ninguna ___ Otra NO

USA PROTECCIÓN AUDITIVA

Siempre ___ Ocasional ___ Nunca X

Porqué? ___

HA LABORADO EN OTRAS EMPRESAS CON EXPOSICIÓN A RUIDO SI ___ NO X

Empresa ___ Tiempo ___

Utilizaba Protección SI ___ NO ___ Qué Tipo de Protección ___

Empresa ___ Tiempo ___

Utilizaba Protección SI ___ NO ___ Qué Tipo de Protección ___

AUDIOMETRIAS ANTERIORES SI X NO ___ Hace cuánto 2 años.

Resultado Normal X Alterado ___

3. INFORMACIÓN AUDIOLOGICA

Presentó problemas auditivos SI ___ NO X

Especifique

Síntomas Actuales

Tinitus ___ Vértigo ___ Prurito ___ Otalgia ___ Supuración ___ Mareo ___

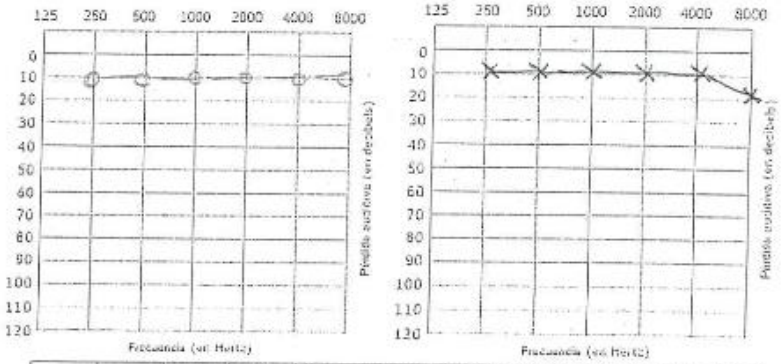
Disminución Auditiva Subita ___ Progresiva ___ Hace Cuánto ___

4. OTOSCOPIA

Oido Derecho: Normal

Oído Izquierdo: Normal

AUDIOGRAMA



		125	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VA	OD									
VA	OI									

5. IMPRESIÓNDIAGNÓSTICA Sensibilidad auditiva periferica normal bilateral

6. CONDUCTA A SEGUIR

Control 1 año X Continuar uso de Protección ___

Control 6 meses ___ Revisar NPS para adaptar Protección ___

Dotar Protección Auditiva ___ Aplicar gotas ópticas ___

Realizar audiometría clínica confirmatoria ___

Carlos Manuel Buchelli C

FIRMA Y CC DEL TRABAJADOR

1030297

Carmen Elena Viveros P.
Fonoaudiologa
Reg. 19 - 0588
Universidad del Quindio

FIRMA Y REG. FONOAUDIOLOGA

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CAUCA
comfacauca
al servicio del trabajador y su familia

TAMIZAJE VISUAL
PROGRAMA SERVICIO DE SALUD OCUPACIONAL
IPS COMFACAUCA

NOMBRE: Carlos Michel
CEDULA: 1032497
EDAD: 32
DIRECCION Y TELEFONO:
OCUPACION: Instructor SENA
EMPRESA:

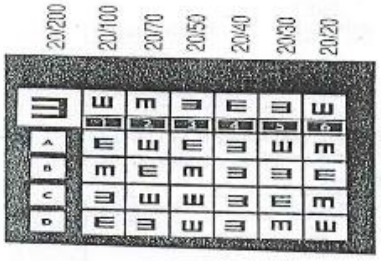
MASCULINO X FEMENINO ___
FECHA: 03-03-21
UTILIZA GAFAS: SI___ NO X
LENTES DE CONTACTO: SI___ NO X
ULTIMO CONTROL OPTOMETRIA: Nunca

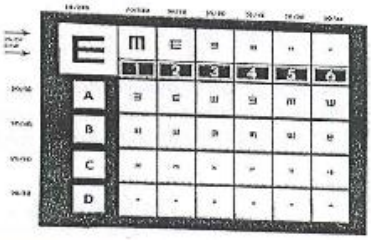
QUE PATOLOGIA(S) VISUAL PRESENTA: Miopía X Hipermetropía ___ Astigmatismo ___ otra Quirúrgicos

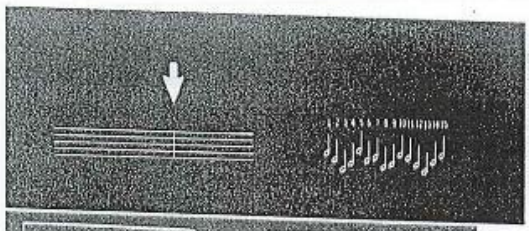
TEST DE MEDICION

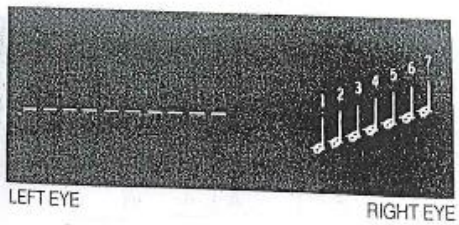
PRUEBA DE AGUDEZA VISUAL				
	OJO IZQUIERDO	AMBOS OJOS	OJO DERECHO	
1	SVC	NRK	HZO	20/100
2	RNZH	DOKV	CSZN	20/70
3	CKVD	SNZR	DOHC	20/50
4	VHRN	ODSK	NZCS	20/40
5	HSKRC	NZDOV	ZSHNK	20/30
6	ZONVR	HCSKD	VKCDS	20/20

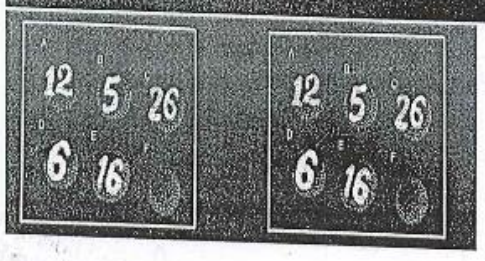
PRUEBA DE AGUDEZA VISUAL				
	OJO IZQUIERDO	AMBOS OJOS	OJO DERECHO	
1	ZN	RO	HK	20/200
2	RKS	HNC	ZOD	20/100
3	HCDV	SKZO	RNDS	20/70
4	ZROD	NSCH	VZKN	20/50
5	KHSC	OZNR	DNVC	20/40
6	ONRZV	DKHCS	KDSON	20/30
7	SDCHN	VRZKO	HSNRD	20/20











PUNTAJES PERIMETRALES				
OJO	TEMPORAL			NASAL
	85°	70°	55°	45°
Derecho	✓	✓	✓	✓
Izquierdo	✓	✓	✓	✓

PRUEBA # 1 AGUDEZA VISUAL

VISION LEJANA					
Resultado: Ojo Derecho: 20/	40	Ojo Izquierdo: 20/	100	Ambos Ojos: 20/	100
VISION PROXIMA					
Resultado: Ojo Derecho: 20/	40	Ojo Izquierdo: 20/	100	Ambos Ojos: 20/	100

PRUEBA # 2 AGUDEZA VISUAL

VISION LEJANA					
Resultado: Ojo Derecho: 20/	40	Ojo Izquierdo: 20/	100	Ambos Ojos: 20/	100
VISION PROXIMA					
Resultado: Ojo Derecho: 20/		Ojo Izquierdo: 20/	100	Ambos Ojos: 20/	100

PRUEBA # 3 AGUDEZA VISUAL

VISION LEJANA					
Resultado: Ojo Derecho: 20/	40	Ojo Izquierdo: 20/	100	Ambos Ojos: 20/	100
VISION PROXIMA					
Resultado: Ojo Derecho: 20/	40	Ojo Izquierdo: 20/	100	Ambos Ojos: 20/	100

PRUEBA # 4 FORIA HORIZONTAL (Es una desviación latente de los ejes visuales que tan solo se manifiestan en ausencia de estimulo visual. Es el estado definido por la posición de giro de los ojos en visión binocular en el que se rompe la fusión de las imágenes)

	Adecuado	Inadecuado
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	✓	

PRUEBA # 5 FORIA VERTICAL (Es una desviación latente de los ejes visuales que tan solo se manifiestan en ausencia de estimulo visual. Es el estado definido por la posición de giro de los ojos en visión binocular en el que se rompe la fusión de las imágenes)

	Adecuado	Inadecuado
1 2 3 4 5 6 7	✓	

PRUEBA # 6 PERCEPCIÓN DE COLOR

A 12 ✓ B 5 ✓ C 26 ✓ D 6 ✓ E 16 ✓ F(nada) ✓	Adecuado	Inadecuado
Inadecuado (1-4): Aceptable(5-7): Adecuado(8):	✓	

PRUEBA # 7 BALANCE MUSCULAR

VISION LEJANA	RESULTADO	
	Adecuado	Inadecuado
A ✓ B	✓	
VISION PROXIMA	**RESULTADO**	
	Adecuado	Inadecuado
A ✓ B	✓	

Visión del Color: Normal ✓ Anormal__ **Remitido a Optometría:** SI ✓ NO __

RESPONSABLE TAMIZAJE VISUAL: Auxiliar **ANGELA VIVIANA DURÁN GUERRERO**

Ondina Said Hormiga R
MD Esp. Salud Ocupacional
T.P. 19313/97
Lic 80 0284/07

Hace constar:

Que el Sr(a) CARLOS MANUEL BUCHELI CALLEJAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 10302971 realizó el día 15/04/2021 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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

Compromiso SST:

Yo CARLOS MANUEL BUCHELI CALLEJAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 10302971 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

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

_____
Firma

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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

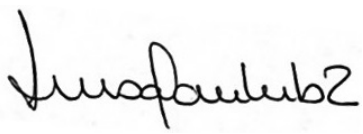
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor CARLOS MANUEL BUCHELI CALLEJAS, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 10302971, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 18/03/2021 y fecha fin de contrato 17/12/2021 con riesgo 3.

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20210101454913.

Esta certificación se expide a los 06 días del mes de Abril de 2021.

Cordialmente



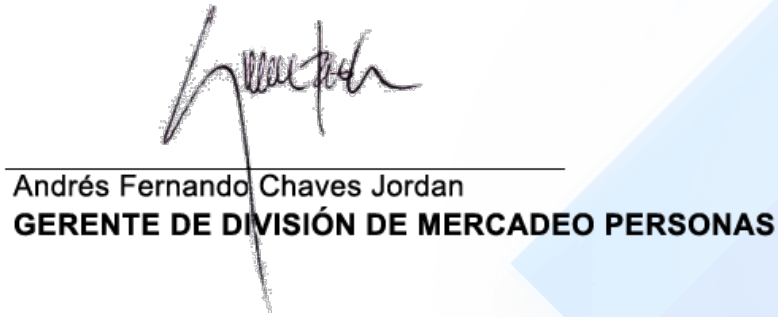
Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

CERTIFICADO

Mediante la presente **CERTIFICAMOS** que **CARLOS MANUEL BUCHELI CALLEJAS** identificado con C.C. número **10.302.971** es cuentahabiente del BANCO DE OCCIDENTE desde el día **22 de mayo de 2017** con la Cuenta de Ahorros **057819211** la cual se encuentra activa y vigente.

Por lo anterior podemos afirmar que la mejor carta de presentación de: **CARLOS MANUEL BUCHELI CALLEJAS** es ser un "cliente activo de Banco de Occidente".

Expedimos esta certificación hoy **17 de marzo de 2021**



Andrés Fernando Chaves Jordan
GERENTE DE DIVISIÓN DE MERCADEO PERSONAS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

Ciudad de Expedición:	Sucursal:	Cod. Sucursal:	Nro. Póliza:	Anexo:
POPAYAN	POPAYAN	40	40-46-101002338	0

Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:	Vigencia Hasta:			A las:	Tipo Movimiento:
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	
18	03	2021	19	03	2021	00:00	17	04	2022	00:00	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social:	BUCHELI CALLEJAS CARLOS MANUEL			Identificación:	10302971
Dirección:	CL 51 N NRO. 5 - 30 INT D17	Ciudad:	POPAYAN - CAUCA	Teléfono:	3152800870

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social:	SENA REGIONAL CAUCA CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS			Identificación:	899999034-1
Dirección:	CR 9 71N 60	Ciudad:	POPAYAN - CAUCA	Teléfono:	3225596729

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:
EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.2358202 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, PARA ORIENTAR FORMACIÓN TITULADA PRESENCIAL O VIRTUAL, EN EL PROGRAMA SER, CONFORME A LAS NECESIDADES DEL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS - SENA REGIONAL CAUCA. PARA EL ÁREA DE PROCESAMIENTO DE PRODUCTOS DE CONFITERÍA Y DULCERÍA ARTESANAL.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	19/03/2021	17/04/2022	$ 3,464,100.00

OBSERVACIONES:

Valor Prima Neta:	Gastos Expedición:	IVA:	Total a Pagar:	Valor Asegurado Total:	Fecha Límite de Pago:
$ 15,000.00	$ 8,000.00	$ 4,370.00	$ 27,370.00	$ 3,464,100.00	18/03/2021

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
SARA MARIA GOMEZ	963466	100,00			

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

Para efecto de notificaciones la dirección de Seguros del Estado S.A. es CALLE 4 NO 8-26 EDIFICIO MODESTO CASTILLO - Teléfono: 8242925 - POF

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdelestado.com

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

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

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

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

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

Hacemos constar, que la póliza No. 40-46-101002338, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

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

Dado en POPAYAN, a los 18 días del mes de Marzo de 2021



FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: RECIBO DE PAGO N°: 40461010023380

FECHA	
18/03/2021	

RECIBIMOS DE: BUCHELI CALLEJAS CARLOS MANUEL C.C. 10302971

LA SUMA DE: VEINTISIETE MIL TRESCIENTOS SETENTA PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 40-46-101002338

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
POPAYAN - CU. ESTATAL - 101002338 - 0 - 0	$ 15,000.00	$ 8,000.00	$ 4,370.00	$ 27,370.00

FORMA DE PAGO

	EFECTIVO:	$ 27,370.00
	CHEQUE:	$ 0.00
	TARJETA:	$ 0.00
	BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO: SARA MARIA GOMEZ - 963466	OTROS:	$ 0.00
	TOTAL:	$ 27,370.00
	CAJERO: RAPIESTADO	

ORIGINAL

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: RECIBO DE PAGO N°: 40461010023380

FECHA	
18/03/2021	

RECIBIMOS DE: BUCHELI CALLEJAS CARLOS MANUEL C.C. 10302971

LA SUMA DE: VEINTISIETE MIL TRESCIENTOS SETENTA PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 40-46-101002338

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
POPAYAN - CU. ESTATAL - 101002338 - 0 - 0	$ 15,000.00	$ 8,000.00	$ 4,370.00	$ 27,370.00

FORMA DE PAGO

	EFECTIVO:	$ 27,370.00
	CHEQUE:	$ 0.00
	TARJETA:	$ 0.00
	BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO: SARA MARIA GOMEZ - 963466	OTROS:	$ 0.00
	TOTAL:	$ 27,370.00
	CAJERO: RAPIESTADO	

COPIA

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

PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.40-46-101002338

1. AMPAROS.

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ SEGURESTADO OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, HASTA EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO PACTADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA, CUBRIENDO CON ELLOS, SIEMPRE LOS PERJUICIOS DIRECTOS QUE CON SUJECIÓN A LA DEFINICIÓN DE LAS CONDICIONES ADELANTE INDICADAS, LLEGARE A CAUSAR EL GARANTIZADO POR EL INCUMPLIMIENTO QUE, ATRIBUIBLE A SU ACCIÓN U OMISIÓN, PRODUJERE.

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

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

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

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

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

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

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

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

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

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

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

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

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

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

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

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

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

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

EL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE GENEREN COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, PRESENTADOS EN LA OBRA ENTREGADA Y RECIBIDA A SATISFACCIÓN DE DICHA ENTIDAD ESTATAL O SUS REPRESENTANTES, CUYA CAUSA SEA IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO.

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

EL AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO, QUE SE OCASIONEN CON POSTERIORIDAD A LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, Y QUE SE DERIVEN DE LA DEFICIENTE CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO.

EN LOS CONTRATOS DE INTERVENTORIA, LA VIGENCIA DE ÉSTE AMPARO DEBE SER IGUAL AL PLAZO DE LA GARANTÍA DE ESTABILIDAD DEL CONTRATO PRINCIPAL EN CUMPLIMIENTO DEL PARAGRAFO DEL ARTÍCULO 85 DE LA LEY 1474 DE 2011.

1.8 CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADOS.

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA, SUFRIDOS POR LA DEFICIENTE CALIDAD E INCORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES QUE RECIBE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO GARANTIZADO.

2. EXCLUSIONES.

LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO OPERARÁN CUANDO LOS DAÑOS A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA SE GENEREN POR:

2.1 CAUSA EXTRAÑA, ESTO ES, LA FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO, EL HECHO DE UN TERCERO O LA CULPA EXCLUSIVA DE LA VÍCTIMA.

2.2. DAÑOS CAUSADOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO, A LOS BIENES DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, NO DESTINADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.

2.3. EL USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A QUE SE ENCUENTRE OBLIGADA LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA.

2.4. EL DETERIORO NORMAL QUE SUFRAN LOS BIENES ENTREGADOS CON OCASIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, COMO CONSECUENCIA DEL TRANSCURSO DEL TIEMPO.

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

3. SUMA ASEGURADA.

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

4. VIGENCIA.

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

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

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

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

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

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

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

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

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

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

6. COMPENSACIÓN.

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

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

8. PLAZO PARA EL PAGO.

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

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

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

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

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

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

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

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

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

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

13. COASEGURO

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

SISTEMA NACIONAL DE RECAUDOS

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

SEGUROS DEL ESTADO GENERALES

Nit. 860009578-6

47189

iRecaudo

Nro. de Referencia de Pago	10000028371083		
Fecha de Emisión	18/03/2021		
Consignado Por:	EZ GONZALEZ SARA MARIA	**Fecha de Pago**	
		DIA	**MES** / **AÑO**
Valor a Pagar:	$27,370.00		
Cantidad de Documentos a Pagar	1	**Fecha Vencimiento Boleta**	23/03/2021

CLIENTE

Debe tener sello y firma de entidad recaudadora para que tenga validez de comprobante de pago

Lugares de Pag	BANCOLOMBIA

Recuerde llevar los comprobantes separados para pago en Banco

SISTEMA NACIONAL DE RECAUDOS

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

SEGUROS DEL ESTADO GENERALES

Nit. 860009578-6

47189

iRecaudo

Nro. de Referencia de Pago	10000028371083		
Fecha de Emisión	18/03/2021		
Nombre de quién realiza la consignación:		**Fecha de Pago**	
		DIA	**MES** / **AÑO**
EZ GONZALEZ SARA MARIA			
Teléfono:		**TOTAL A PAGAR**	$27,370.00

(415)7709998021167(8020)10000028371083(3900)00000000027370(96)20210323

BANCO - CHEQUE

Debe tener sello y firma de entidad recaudadora para que tenga validez de comprobante de pago

FORMA DE PAGO	Código del Banco	Nº de Cheque	Nº de Cuenta	Valor
CHEQUE				
			Total Pagado	

Lugares de Pag	BANCOLOMBIA

Recuerde llevar los comprobantes separados para pago en Banco

SISTEMA NACIONAL DE RECAUDOS

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

SEGUROS DEL ESTADO GENERALES

Nit. 860009578-6

47189

iRecaudo

Nro. de Referencia de Pago	10000028371083		
Fecha de Emisión	18/03/2021		
Nombre de quién realiza la consignación:		**Fecha de Pago**	
		DIA	**MES** / **AÑO**
EZ GONZALEZ SARA MARIA			
Teléfono:		**TOTAL A PAGAR**	$27,370.00

(415)7709998021167(8020)10000028371083(3900)00000000027370(96)20210323

BANCO - EFECTIVO

Debe tener sello y firma de entidad recaudadora para que tenga validez de comprobante de pago

Lugares de Pag	BANCOLOMBIA

Total de Efectivo	**$**
Total Pagado	**$**

Recuerde llevar los comprobantes separados para pago en Banco

Este formato está prediligenciado por el aplicativo iRecaudo. La impresión de los formatos de recaudo debe hacerse en papel tipo Bond de 75 gr/m2 (papel para fotocopiado). No se aceptan formatos impresos en papeles químicos tipo FAX. La impresión debe realizarce con impresora láser de alta resolución. Se deben presentar todas las copias de la impresión en la Sucursal del Banco con la forma de pago previamente diligenciada en cada una de ellas.

[Usuario Genera: 34524596]

CERTIFICADO DEPENDIENTES

Popayán, 6 de abril de 2021

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad de juramento, en calidad de empleado contribuyente y en cumplimiento de los previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del estatuto tributario, modificado por el artículo 15 de la ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación tienen la calidad de dependiente a mi cargo:

TI	1059242611	María Camila Bucheli Espitia	HIJO
RC	1029622953	Manuel Alejandro Bucheli Espitia	HIJO

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 uvt mensuales, que me asiste en virtud de la normativa arriba citada.

Igualmente, con mi firma declaro: que ninguna persona ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,



Carlos Manuel Bucheli Callejas
Contratista
C.C. No. 10.302.971 de Popayán

Notaría
TERCERA
del círculo de Popayán
CALLE 4 No 8 - 36 • Teléfono: 8240362

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43544445

NUIP 1059242611.

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 03 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código F 3 H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA CAUCA POPAYAN .

Datos del inscrito

Primer Apellido: BUCHELI.
Segundo Apellido: ESPITIA.
Nombre(s): MARIA CAMILA.
Fecha de nacimiento: Año 2009 Mes SEPTIEMBRE 05
Sexo (en letras): FEMENINO.
Grupo sanguíneo: "O"
Factor RH: POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA CAUCA POPAYAN .

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO.
Número certificado de nacido vivo: No. 51018400 - 5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: ESPITIA RUIZ LEIDY CAMILA.
Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 34.319.079 DE POPAYAN CAUCA .
Nacionalidad: COLOMBIANA .

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: BUCHELI CALLEJAS CARLOS MANUEL.
Documento de identificación (Clase y número): C.C.No. 10.302.971 DE POPAYAN CAUCA.
Nacionalidad: COLOMBIANA .

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: BUCHELI CALLEJAS CARLOS MANUEL.
Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 10.302.971 DE POPAYAN CAUCA .
Firma: Carlos Manuel Bucheli C.

Datos Primer testigo

Apellidos y nombres completos:
Documento de identificación (Clase y número):
Firma:

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:
Documento de identificación (Clase y número):
Firma:

Fecha de inscripción

Año 2009 Mes SEPT. Día 07

Nombre y firma del funcionario que autoriza: MARIA DEL ROSARIO CUELLAR DE IBARRA
Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Carlos Manuel Bucheli C.
Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: MARIA DEL ROSARIO CUELLAR DE IBARRA
Nombre y firma

REPUBLICA DE COLOMBIA POPAYAN CAUCA

ESPACIO PARA NOTAS

- PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

IMPRESO POR BANCARIAHO S.A. NIT. 890.013.711-5 10303 10-2009

Escaneado con CamScanner

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

24148783-4

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.029.622.953

Indicativo Serial 56352299

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A E Z

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE POPAYAN-CL LA ESTANCIA - COLOMBIA - CAUCA - POPAYAN

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BUCHELI	ESPITIA

Nombre(s): MANUEL ALEJANDRO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2015 Mes SEP Día 06	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA CAUCA POPAYAN

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	53345935-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: ESPITIA RUIZ LEIDY CAMILA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 34.319.079	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: BUCHELI CALLEJAS CARLOS MANUEL

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
~~CC 10.302.971~~	~~COLOMBIA~~

Datos del declarante

~~BUCHELI CALLEJAS CARLOS MANUEL~~

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
~~CC 10.302.971~~	y Carlos Manuel Bucheli C.

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2015 Mes SEP Día 07	ROSANGELA ESTUPIÑAN CALVACHE - RE
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Escaneado con CamScanner

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

LA REGISTRADURÍA ESPECIAL DEL ESTADO CIVIL DE POPAYAN - CAUCA

CERTIFICA

Que esta fotocopia corresponde al original del REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO con indicativo Serial No. S6352299

Que se lleva en esta Registraduría

POPAYÁN, 10 ENE. 2019 de

Registrador Especial del Estado Civil de Popayán

NELSY PIEDAD CHICANGANA COLLAZOS
REGISTRADORA ESPECIAL
DEL ESTADO CIVIL DE POPAYAN CAUCA

Escaneado con CamScanner