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 NORTE DE SANTANDER**
**CENTRO DE LA INDUSTRIA, LA EMPRESA Y LOS SERVICIOS-NORTE DE SANTANDER - SERVICIOS PR**
**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** | **54** |
| **Código Centro** | **953710** |
| **Fecha Elaboración** | **Julio de 2021** |
| **Versión** | **JUNIO 2021 - 3,21** |
| **ID de Proceso** | **60269-110809** |
| **No. de documento** | **151230** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | NELSON MELO SUAREZ | **C.C.** | 88.250.827 | **IP/Nº de contacto** | 1 |
| **Correo electrónico contratista:** | nmelos@sena.edu.co | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Régimen del IVA:** | NO RESPONSABLE | **Pertenece al régimen simple de tributación?** | NO | **Es declarante de renta?** | NO | **Es Pensionado?** | NO |
| **Sus ingresos en el 2020 Superaron $49'849.000** | NO | **Inducción SST** | SI | **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** | | SI | |
| **Banco al cual consignar:** | BANCO COLPATRIA | **Tipo de cta** | AHORROS | **Nº Cuenta** | | 1352017427 | |
| **Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?** | SI | **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:** | 2504351/2021 | | | **Nº Compromiso SIIF** | 73921 | | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 28.210.000 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 28.210.000 | **1** | **Del** | **28/06/2021** | **Al** | **30/06/2021** | **$ 390.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 27.820.000 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:**
(Descripciòn del servicio prestado)

CONTRATACION INSTRUCTOR: PLANEAR 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 SEGUN EL PERFIL GESTIÓN ADMINIS

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 390.000 | Tarifa de Retencion en la Fuente DR 260/01 | | 10,00% |
| | | Retencion en la Fuente del Periodo | | $ 39.000 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 0 | | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 390.000** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 390.000** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | | **$ 39.000** |

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

| | Junio | Mayo |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **NO APLICA** |
| **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 | $ 4.800 | $ 0 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064 | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800 | $ - | |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Dependientes hasta $ 1.161.856 | $ - | |
| Salud hasta $ 580.928 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 8.713.920 | $ - | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 390.000,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 131.000,00 | |
| Valor base IVA | 0,00 | |
| IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Menos Retención en la Fuente | 39.000,00 | 10,00% |
| Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Reteica - 8542 | 629,00 | 0,480% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Estampilla Departamental | 7.800,00 | 2,000% |
| 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** | **$ 342.571,00** | |

**SON: TRESCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL QUINIENTOS SETENTA Y UN PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

```
Acciones directas  a la formacion  , servicios y operaciones microfinancieras   ficha:2348165   horas :6
Acciones directas  a la formacion  , servicios y operaciones microfinancieras   ficha:2348165   horas :6
Acciones directas  a la formacion  , servicios y operaciones microfinancieras   ficha:2348165   horas :4
Horas total mes de junio   16 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.

**NELSON MELO SUAREZ**
**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,

**JOSE LUIS NAVARRO PEREZ**
**INSTRUCTOR G20**

**Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:**
**EL ORDENADOR DEL PAGO**

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

*CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS*

San José de Cúcuta, 07 de julio de 2021

Señores
**SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (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 del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NUIP - NIP** | **1094065370** | **LIAN MATIAS MELO GIORGI** | **HIJO** |

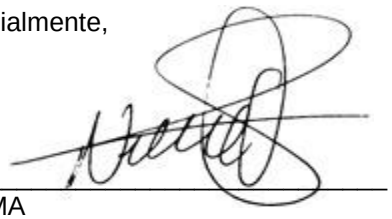
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

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 normatividad 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,



FIRMA

Nombre: Nelson Melo Suarez
C.C. 88.250.827 De Cúcuta

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NOTARIA 7 — SNR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO

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

NUIP 1094065370

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55674828

*55674828*

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código N 9 C

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía
COLOMBIA - NORTE DE SANTANDER - CUCUTA NOTARIA 7 CUCUTA

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| MELO | GIORGI |

Nombre(s): LIAM MATIAS

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2018 Mes NOV Día 21 | MASCULINO | A | POSITIVO |

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)
COLOMBIA - NORTE DE SANTANDER - CUCUTA

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | 14836678-4 |

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos: GIORGI AREVALO JOHANA

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC No. 1090421612 | COLOMBIA |

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos: MELO SUAREZ NELSON

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC No. 88250827 | COLOMBIA |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos: MELO SUAREZ NELSON

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC No. 88250827 | |

**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 2018 Mes DIC Día 07 | MANUEL JOSE CARRIZOSA ALVAREZ<br>Nombre y firma |

| Reconocimiento paterno | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento |
|---|---|
| Firma | MANUEL JOSE CARRIZOSA ALVAREZ<br>Nombre y firma |

**ESPACIO PARA NOTAS**

OTRO:LIBRO DE VARIOS 65 FOLIO 379;07/12/2018

# CERTIFICADOS SSI SALUD Y PENSION



**COMFAORIENTE EPS'S**
CCFC50
NIT 890500675-6
**CERTIFICADO DE ESTADO DE AFILIACIÓN**

**FECHA DE VERIFICACIÓN:** Jueves, 13 May 2021 03:33 PM

**Régimen:** CONTRIBUTIVO
**Identificación:** CC 88250827 — **ESTADO DE AFILIADO** ACTIVO
**Apellidos:** MELO SUAREZ — **Sexo:** M
**Nombres:** NELSON — **CATEGORIA** Categoria A
**Fecha nacimiento:** 28/04/1981 — **Tipo Afiliado:** Cotizante — **Discapacidad:** No aplica
**Ficha SISBÉN:** 2046424 — **Fecha Afiliación:** 01/07/2016 — **Condición:** No Aplica
**Municipio:** CUCUTA — **Departamento:** NORTE DE SANTANDER

**SITIOS DE ATENCIÓN**

| | IPS | CONTRATO |
|---|---|---|
| **NIVEL 1:** | IPS MEDCARE DE COLOMBIA CEIBA | CCFC50-014-2021 |
| **NIVEL 2:** | CLINICA LOS ANDES LTDA | CCFC50-008-2021 |
| **P Y P:** | ALIADOS EN SALUD S.A. | CCFC50-029-2021 |
| **URG.:** | CLINICA SAN JOSE DE CUCUTAS.A. | CCFC50-027-2021 |
| **FARMACIA:** | SOLINSA G.C. S.A.S. | CCFC50-062-2021 |
| **IMAGENOLOGÍA:** | ALIADOS EN SALUD S.A. | CCFC50-029-2021 |
| **LAB. CLÍNICO:** | IPS MEDCARE DE COLOMBIA CEIBA | CCFC50-014-2021 |

**Firma Autorizada**

| USUARIO VERIFICA | CLAUDIA PATRICIA BLANCO NIÑO | INFORMACIÓN GENERADA SIS-WEB 2020 |
|---|---|---|

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **NELSON MELO SUAREZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **88250827,** se encuentra afiliado/a desde **11/03/2002** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 19 de mayo de 2021.



**Rosa Mercedes Niño Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14760122609

(415)7707212489984(8020) 000001476012260 9

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 8 2 5 0 8 2 7 | 6 | Impuestos de Cúcuta 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 | 88250827 | 1 9 9 9 0 7 0 6 |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Norte de Santander 5 4 | Cúcuta 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| MELO | SUAREZ | NELSON | |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Norte de Santander 5 4 | Cúcuta 0 0 1 |

41. Dirección principal: AV 10 ESTE 2 N 37 URB GOVIKA BRR QUINTA ORIENTAL

42. Correo electrónico: nelsonmelo89@hotmail.com

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

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 7 0 1 0 | 2 0 0 9 0 3 0 9 | 8 5 5 1 | 2 0 2 1 0 5 1 8 | | | | 2 4 1 9 | |

### 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 | 4 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

### Obligados aduaneros

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

### Exportadores

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

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

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 05 - 18 / 15 : 56: 20

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:

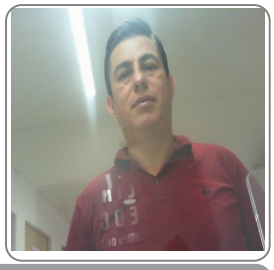
984. Nombre MELO SUAREZ NELSON
985. Cargo CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

*IPS MEDCARE DE COLOMBIA S.A.S.*
*Nit. 900257281 - 1*
*Dirección: AV 2E # 5-23 LA CEIBA*
*Tel: 5777177 - 5777188 - 5777199*

# INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

**Tipo certificación:** Ingreso ⊗ | Periódico ○ | Retiro ○ | Post incapacidad ○ | Caso ocupacional ○
Control ○ | Reubicación ○ | Ingreso al SVE ○ | Trabajo en alturas ○



## DATOS DEL PACIENTE

Fecha **11/05/2021 08:04:00** Empresa **PARTICULAR MEDICINA LABORAL**

Nombre **NELSON MELO SUAREZ**

Cargo **INSTRUCTOR** Doc. Identidad **CC 88250827**

## SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

| | | |
|---|---|---|
| 1 EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL INGRESO | 2 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRÍA (VISIOMETRIA) | 3 PERFIL LIPÍDICO |
| 4 | 5 | 6 |
| 7 | 8 | 9 |

| EXAMEN DE INGRESO | SI | NO |
|---|---|---|
| Sin restricciones para desempeñar el cargo | ⊗ | ○ |
| Aplazado | ○ | ○ |
| Con restricciones para desempeñar el cargo | ○ | ○ |
| Apto para trabajar en alturas | ○ | ○ |
| Apto para trabajar en espacios confinados | ○ | ○ |
| Apto para trabajar con equipos de suministro de aire o auto contenido | ○ | ○ |
| Apto para participar en la brigada | ○ | ○ |
| Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista | ○ | ○ |

| EXAMEN PERIÓDICO | SI | NO |
|---|---|---|
| Sin restricciones para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones | ○ | ○ |
| Con restricciones para continuar desempeñando el cargo | ○ | ○ |
| Requiere reubicación laboral temporal | ○ | ○ |
| Requiere reubicación laboral permanente | ○ | ○ |
| Apto para trabajar en alturas | ○ | ○ |
| Apto para trabajar en espacios confinados | ○ | ○ |

| EXAMEN DE RETIRO | SI | NO |
|---|---|---|
| Sospecha de enfermedad profesional | ○ | ○ |
| Secuelas de accidentes de trabajo | ○ | ○ |
| Enfermedad común | ○ | ○ |

**PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA**

Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

| REMISIÓN | SI | NO | ARL | SI | NO | EPS | SI | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ○ | ⊗ | | ○ | ○ | | ○ | ○ |

HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. HIGIENE POSTURAL. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS. USO DE EPI. SE SOLICITA VALORACIÓN POR SU EPS.

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

DIEGO FERNANDO SALAZAR APONTE
Especialidad: MEDICO EN MEDICINA LABORAL
CC: 1090369444 RM: 004536

Trabajador: NELSON MELO SUAREZ
CC 88250827
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

I.P.S. MEDCARE DE COLOMBIA S.A.S.
¡Bienestar con sentido Humano!

Dircc: AV 2E # 5-23 LA CEIBA Tel : 5777177 - 5777188 - 5777199

# *IPS MEDCARE DE COLOMBIA S.A.S.*

***Nit: 900257281***

## LABORATORIO CLÍNICO

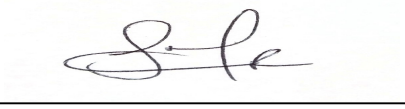
Fecha impresión 11/05/2021 14:01:47

**Fecha 11/05/2021 07:20:00**

Doc: **88250827** Nombre : **NELSON MELO SUAREZ** Edad : **40 Años** Sexo : **F**

Entidad: **PARTICULAR MEDICINA LABORAL**

| Parametro | Resultado | Rango referencia | | |
|---|---|---|---|---|
| **PERFIL LIPÍDICO** | | | | |
| COLESTEROL TOTAL | 147.0 | 100 | 200 | mg/dl |
| COLESTEROL HDL | 42.8 | 35 | 55 | mg/dl |
| COLESTEROL LDL | 71.6 | HASTA:150 | | mg/dl |
| TRIGLICERIDOS | 163.3 | 60 | 170 | mg/dl |



**LUISA MARIA CACERES RINCON**
**Especialidad: LABORATORIO (BACTERIOLOGO)**
**CC: 1007020277 RM: 1007020277**

I.P.S. MEDCARE DE COLOMBIA S.A.S. ¡Bienestar con sentido Humano!

**IPS MEDCARE DE COLOMBIA S.A.S.**
Nit. 900257281 - 1
Dirección: AV 2E # 5-23 LA CEIBA
Tel: 5777177 - 5777188 - 5777199

**VISIOMETRÍA**

Fecha examen: **11/05/2021**

Doc. Identidad **CC 88250827** Nombre **NELSON MELO SUAREZ** Fecha Nacimiento. **28/04/1981**
Entidad **PARTICULAR MEDICINA LABORAL** Edad **40 años** Ocupación **INSTRUCTOR**
H.C No 88250827 Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Caso Ocupacional ( ) Reubicación ( )
Post incapacidad ( ) Trabajo en alturas ( ) Control ( ) Ingreso al SVE ( )
Empresa SENA Cargo INSTRUCTOR Antiguedad del cargo
Fondo de Pensiòn EPS COMFAORIENTE ARL

## ANAMNESIS

Último Examen Visual **11 MESES** Usa anteojos: SI ( ) NO (X) VL ( ) VP ( ) PC ( ) Bifocal ( )
Progresivo ( ) Filtros ( ) LC RGP ( ) LC BLANDO ( ) Frecuencia de uso: Permanente ( ) Ocasional ( )
Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara ? SI ( ) NO ( ) Cirugías: SI ( ) NO (X) Cual ?
Accidentes oculares SI ( ) NO ( ) Cual ?
Signos y síntomas: Asintomático ( ) Disminucíón visual de cerca ( ) Disminucíón visual de lejos ( ) Cefaleas ( ) Resequedad ocular ( )
Ardor Ocular ( ) Lagrimeo ( ) Cansancio Ocular ( ) Irritación ( ) Fotofobia ( ) Prurito Ocular ( ) Salto de renglón ( )
Antecedentes personales y/o familiares **NINGUNO**

## AGUDEZA VISUAL

| CC | VL | VP | SC | VL | VP |
|---|---|---|---|---|---|
| OD | | | | **20/20** | **0.5** |
| OI | | | | **20/30** | **0.5** |
| AO | | | | | |

## LENSOMETRIA

| | ESF | CIL | EJE | ADD |
|---|---|---|---|---|
| OD | | | º | |
| OI | | | º | |

## EXAMEN EXTERNO

| | OD | OI |
|---|---|---|
| Segmento Anterior: Hiperemia conjuntival | ( ) | ( ) |
| Pterigio N | ( ) | ( ) |
| Pterigio T | ( ) | ( ) |
| Pinguécula | ( ) | ( ) |
| Nevus | ( ) | ( ) |
| Blefaritis | ( ) | ( ) |
| Blefaritis seborreica | ( ) | ( ) |
| Secreción | ( ) | ( ) |
| Leucoma Corneal | ( ) | ( ) |
| Ptosis palpebral | ( ) | ( ) |
| Otros: | | |

## MOTILIDAD OCULAR

VL: **ORHTO** VP: **EXOFORIA** HISHBERG: **CENTRADO**
Ducciones: **N** Versiones: **N** PPC: **8 CM**

## INTERPRETACIÓN

| | OD | OI |
|---|---|---|
| No requiere corrección óptica | ( ) | ( ) |
| Defecto refractivo adecuadamente corregido | ( ) | ( ) |
| Defecto refractivo inadecuadamente corregido | ( ) | ( ) |
| Defecto refractivo no corregido | (X) | (X) |
| Gafas no formuladas | ( ) | ( ) |

## TEST OCUPACIONALES

| | Visión cromática | Vis. profun. | Vis. confron. |
|---|---|---|---|
| OD | Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( ) | **N** | |
| OI | Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( ) | **N** | |

## IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

| | OD | OI |
|---|---|---|
| Emetropía | ( ) | ( ) |
| Ametropía | (X) | (X) |
| Disminución visual | ( ) | ( ) |
| Otros: | | |

## RECOMENDACIONES

Valoración por optometría clínica (X) Valoración por oftalmología ( )
Control Visiometría ( )

## RETINOSCOPIA

Refracción:

| | Esfera | Cilindro | Eje |
|---|---|---|---|
| OD | **N** | | |
| OI | **N** | **-0.75** | **0** |

Subjetivo: DP:

| | Esfera | Cilindro | Eje | AV | ADD |
|---|---|---|---|---|---|
| OD | **N** | | | **20/20** | |
| OI | **N** | **-0.75** | **0** | **20/20** | |

## DIAGNÓSTICOS (Código - Enfermedad)

Z010 EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION
H522 ASTIGMATISMO

## CONCEPTO

(X) Apto ( ) No Apto ( ) Aplazado

**RECOMENDACIONES**

**OBSERVACIONES**
uso computador

Reg 304 - Reg 1949

YUDY CARDENAS ALVAREZ
Especialidad: OPTOMETRA ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 52181051 RM: 001949

## Hace constar:

Que el Sr(a) NELSON MELO SUAREZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 88250827 realizó el día 01/07/2021 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 NELSON MELO SUAREZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 88250827 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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**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 NELSON MELO SUAREZ, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 88250827, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 31/05/2021 y fecha fin de contrato 18/12/2021 con riesgo 1.

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): 202101017163993.

Esta certificación se expide a los 15 días del mes de Julio de 2021.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordialmente

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**



**Impreso por Internet el 15/07/2021 10:35:26 a. m.**
**ISCDC: 15/07/2021 10:35:26 a. m.**

**CONDICIONES GENERALES GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082 DE 2015**

**CAPITULO 1 AMPAROS Y EXCLUSIONES**

**1. AMPAROS**
ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, A TRAVÉS DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO SIN EXCEDER EL VALOR ASEGURADO, COBERTURA PARA LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARATULA DE LA PRESENTE PÓLIZA, DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 1088 DEL CÓDIGO DE COMERCIO SEGÚN EL CUAL EL CONTRATO DE SEGURO ES DE MERA INDEMNIZACION Y JAMAS PODRÁ SER FUENTE DE ENRIQUECIMIENTO. ESTA PÓLIZA CUBRE LOS PERJUICIOS DIRECTOS CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES DE LA PRESENTE PÓLIZA, EN SU ALCANCE Y CONTENIDO, SEGÚN LAS DEFINICIONES QUE EN ADELANTE SE ESTIPULAN:

LA COBERTURA DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO O SUS ANEXOS NO CONSTITUYE UNA FIANZA, NI ES SOLIDARIA, NI INCONDICIONAL, SU EXIGIBILIDAD ESTÁ CONDICIONADA A LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y LA DEMOSTRACIÓN DE LA CUANTÍA. EL AMPARO ESTA CIRCUNSCRITO A LOS PERJUICIOS CAUSADOS POR EL INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA SIEMPRE QUE EL MISMO SE AJUSTE AL VALOR ASEGURADO, VIGENCIA DE LAS COBERTURAS Y EXCLUSIONES, Y LA RECLAMACIÓN SE EFECTÚE DENTRO DE LOS TÉRMINOS SEÑALADOS EN EL ART. 1081 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

**1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA**
LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUBRIRÁ A LA ENTIDAD ESTATAL POR LA IMPOSICIÓN DE SANCIONES AL PROPONENTE DERIVADAS DEL INCUMPLIMIENTO DE LA OFERTA, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1.1.1 LA NO SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO SIN JUSTA CAUSA POR PARTE DEL ADJUDICATARIO.
1.1.2 LA NO AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE OFERTA CUANDO EL TÉRMINO PREVISTO EN LOS PLIEGOS PARA LA ADJUDICACIÓN O PARA LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO SE PRORROGUE, SIEMPRE Y CUANDO ESAS PRÓRROGAS NO EXCEDAN EL TERMINO DE TRES (3) MESES.
1.1.3 LA FALTA DE OTORGAMIENTO POR PARTE DEL PROPONENTE SELECCIONADO, DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO EXIGIDA POR LA ENTIDAD PARA AMPARAR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATO.
1.1.4 EL RETIRO DE LA OFERTA DESPUÉS DE VENCIDO EL TÉRMINO FIJADO PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS PROPUESTAS.

**1.2 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO**
EL AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE DE LOS PERJUICIOS DIRECTOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DE LAS OBLIGACIONES NACIDAS DEL CONTRATO, ASÍ COMO DE SU CUMPLIMIENTO TARDÍO O DE SU CUMPLIMIENTO DEFECTUOSO, CUANDO ELLOS SON IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO. LOS DAÑOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA POR ENTREGAS PARCIALES DE LA OBRA, CUANDO EL CONTRATO NO PREVÉ ENTREGAS PARCIALES, ADEMÁS DE ESOS RIESGOS, ESTE AMPARO COMPRENDERÁ EL PAGO DEL VALOR DE LAS MULTAS Y DE LA CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA QUE SE HAYAN PACTADO EN EL CONTRATO GARANTIZADO.

**1.3 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN AL ANTICIPO**
EL AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, DE LOS PERJUICIOS SUFRIDOS CON OCASIÓN DE (I) LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO, (II) EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO Y (III) LA APROPIACIÓN INDEBIDA QUE EL CONTRATISTA GARANTIZADO HAGA DE LOS DINEROS O BIENES QUE SE LE HAYAN ENTREGADO EN CALIDAD DE ANTICIPO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO CUANDO SE TRATE DE BIENES ENTREGADOS COMO ANTICIPO, ÉSTOS DEBERÁN TASARSE EN DINERO EN EL CONTRATO.

LA GARANTIA DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO DEBE ESTAR VIGENTE HASTA LA LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO O HASTA LA AMORTIZACIÓN DEL ANTICIPO, DE ACUERDO CON LO QUE DETERMINE LA ENTIDAD ESTATAL. EL VALOR DE LA GARANTIA COMPRENDERA EL 100% DE LA SUMA ESTABLECIDA COMO ANTICIPO, YA SEA EN DINERO O EN ESPECIE.

**1.4 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGOS ANTICIPADOS**
EL AMPARO DE DEVOLUCIÓN DEL PAGO ANTICIPADO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE DE LOS PERJUICIOS SUFRIDOS POR LA NO DEVOLUCIÓN TOTAL O PARCIAL, POR PARTE DEL CONTRATISTA, DE LOS DINEROS QUE LE FUERON ENTREGADOS A TÍTULO DE PAGO ANTICIPADO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR. LA GARANTIA DE PAGO ANTICIPADO

DEBE ESTAR VIGENTE HASTA LA LIQUIDACION DEL CONTRATO O HASTA QUE LA ENTIDAD ESTATAL VERIFIQUE EL CUMPLIMIENTO DE TODAS LAS ACTIVIDADES O LA ENTREGA DE TODOS LOS BIENES O SERVICIOS ASOCIADOS AL PAGO ANTICIPADO, DE ACUERDO CON LO QUE DETERMINE LA ENTIDAD ESTATAL. EL VALOR DE LA GARANTIA COMPRENDERA EL 100% DEL MONTO PAGADO DE FORMA ANTICIPADA, YA SEA ESTE EN DINERO O EN ESPECIE.

**1.5 AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES**
EL AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES, CUBRIRÁ A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE OCASIONEN COMO CONSECUENCIA DEL INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES LABORALES A QUE ESTE OBLIGADO EL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADAS DE LA CONTRATACION DEL PERSONAL UTILIZADO PARA LA EJECUCION DEL CONTRATO AMPARADO EN EL TERRITORIO NACIONAL.

ESTA GARANTIA NO SE APLICARA PARA LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN FUERA DELTERRITORIO NACIONAL POR PERSONAL CONTRATADO BAJO UN REGIMEN JURIDICO DIFERENTE AL COLOMBIANO

**1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA**
EL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA, CUBRIRÁ A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS POR CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, IMPUTABLE AL CONTRATISTA, SUFRIDO POR LA OBRA ENTREGADA A SATISFACCIÓN.

**PARAGRAFO:** LA COBERTURA DEL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA INICIA SU VIGENCIA A PARTIR DEL RECIBO A SATISFACCION DE LA OBRA POR PARTE DE LA ENTIDAD CONTRATANTE.

**1.7 CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADOS**
EL AMPARO DE CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADOS CUBRIRÁ A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE DE LOS PERJUICIOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO, (I) DERIVADOS DE LA MALA CALIDAD O DEFICIENCIAS TÉCNICAS DE LOS BIENES O EQUIPOS POR EL SUMINISTRADOS, DE ACUERDO CON LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO O (II) POR EL INCUMPLIMIENTO DE LOS PARÁMETROS O NORMAS TÉCNICAS ESTABLECIDAS PARA EL RESPECTIVO BIEN O EQUIPO, UNA VEZ SEAN RECIBIDOS POR LA ENTIDAD.

**1.8 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO**
EL AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE DE LOS PERJUICIOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO QUE SE DERIVEN DE (I) LA MALA CALIDAD O INSUFICIENCIA DE LOS PRODUCTOS ENTREGADOS CON OCASIÓN DE UN CONTRATO DE CONSULTORÍA O (II) DE LA MALA CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO, TENIENDO EN CUENTA LAS CONDICIONES PACTADAS EN EL CONTRATO.

**PARAGRAFO PRIMERO.**
EN VIRTUD DE LO SEÑALADO EN 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 O DE LA RESPONSABILIDAD IMPUTABLE A LOS PARTICULARES, DERIVADOS DE UN PROCESO DE RESPONSABILIDAD FISCAL.

**PARÁGRAFO SEGUNDO.**
LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA SERÁN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA NO PODRÁ RECLAMAR O TOMAR EL VALOR DE UN AMPARO PARA CUBRIR O INDEMNIZAR EL VALOR DE OTROS. ESTOS NO SON ACUMULABLES Y SON EXCLUYENTES ENTRE SÍ.

**PARÁGRAFO TERCERO.**
ANTES DEL INICIO DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, SERA RESPONSABILIDAD DE LA ENTIDAD CONTRATANTE APROBAR LA GARANTIA. LA APROBACION COMPRENDERA LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA POLIZA.

**2. EXCLUSIONES**
LOS AMPAROS PREVISTOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO OPERARAN EN LOS SIGUIENTES CASOS.

2.1 CAUSA EXTRAÑA, ESTO ES LA FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO, EL HECHO DE UN TERCERO O LA CULPA EXCLUSIVA DE LA VICTIMA.
2.2 DAÑOS CAUSADOS POR EL CONTRATISTA A LOS BIENES DE LA ENTIDAD NO DESTINADOS AL CONTRATO.
2.3 EL USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A QUE ESTÉ OBLIGADA LA ENTIDAD CONTRATANTE.

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

**CAPITULO II - DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**
Para efectos de este contrato de seguro las expresiones o vocablos relacionados a continuación, tendrán el siguiente significado.

**2.1 Tomador**
Es la persona natural o jurídica que contrata el seguro y se hace responsable del pago de la prima y quien ha celebrado un contrato con la entidad estatal contratante, cuyas obligaciones se encuentran garantizadas con la presente póliza.

**2.2 Asegurado**
Es la entidad estatal contratante que por tener interés asegurable figura como tal en la carátula de la póliza.

**2.3 Beneficiario**
Es la entidad estatal contratante que ha sufrido un perjuicio amparado, o en el amparo de salarios el trabajador vinculado al contratista mediante contrato de trabajo.

**2.4 Siniestro**
Es la realización del riesgo asegurado por un hecho imputable al contratista, ocurrido durante la vigencia consignada en la carátula de la póliza, que ha causado un perjuicio indemnizable a la entidad estatal contratante.

**2.5 Acto Administrativo**
Es el medio a través del cual la entidad estatal en uso de su función administrativa manifiesta su voluntad encaminada a producir ciertos efectos jurídicos de carácter particular.

**2.6 Acto Administrativo Ejecutoriado**
Es la manifestación de la entidad estatal contratante que puede producir los efectos previstos en el acto, por haber cumplido con los requisitos establecidos del artículo 62 del código contencioso administrativo, y Aseguradora Solidaria de Colombia en calidad de garante ha ejercido su derecho a la defensa.

**CAPITULO III - CONDICIONES APLICABLES A TODO EL CONTRATO**

**1. SUMA ASEGURADA**
LA SUMA ASEGURADA DETERMINADA PARA CADA AMPARO EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA, DELIMITA LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA ASEGURADORA EN CASO DE SINIESTRO.

**2. VIGENCIA**
LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA SE HARÁ CONSTAR EN LA CARÁTULA DE LA POLIZA Y/O EN SUS ANEXOS Y/O CERTIFICADOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA.

**3. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA**
DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DEBERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y ACREDITAR LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA, PREVIO AGOTAMIENTO DEL DERECHO DE AUDIENCIA DEL CONTRATISTA Y DEL GARANTE, DE LA SIGUIENTE FORMA:

3.1 EN CASO DE CADUCIDAD, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011 LA ENTIDAD ESTATAL PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL ADEMÁS DE LA DECLARATORIA DE CADUCIDAD, PROCEDERÁ A HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL O A CUANTIFICAR EL MONTO DEL PERJUICIO Y A ORDENAR SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO AL GARANTE. EL ACTO ADMINISTRATIVO DE CADUCIDAD CONSTITUYE SINIESTRO.
3.2 EN CASO DE APLICACIÓN DE MULTAS, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011 LA ENTIDAD ESTATAL, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL IMPONDRÁ LA MULTA Y ORDENARÁ SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO AL GARANTE. EL ACTO ADMINISTRATIVO CONSTITUYE SINIESTRO.
3.3 EN LOS DEMÁS CASOS DE INCUMPLIMIENTO, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL DECLARARÁ EL

INCUMPLIMIENTO Y CUANTIFICARA EL MONTO DE LA PÉRDIDA Y/O HARA EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL, SI ELLA ESTÁ PACTADA Y ORDENARA SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO AL GARANTE.

**4. REDUCCIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN**
SI EL ASEGURADO O BENEFICIARIO, AL MOMENTO DE TENER CONOCIMIENTO DEL INCUMPLIMIENTO O CON POSTERIORIDAD A ÉSTE Y ANTERIOR AL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, FUERE DEUDOR DEL CONTRATISTA POR CUALQUIER CONCEPTO, SE APLICARÁ LA COMPENSACIÓN Y LA INDEMNIZACIÓN SE DISMINUIRÁ EN EL MONTO DE LAS ACREENCIAS, SEGÚN LA LEY, DE CONFORMIDAD CON LO SEÑALADO EN LOS ARTÍCULOS 1714 Y SUBSIGUIENTES DEL CÓDIGO CIVIL.

IGUALMENTE SE DISMINUIRÁ DEL VALOR DE LA INDEMNIZACIÓN EN EL DE LOS BIENES QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HAYA OBTENIDO DEL CONTRATISTA, JUDICIAL O EXTRAJUDICIALMENTE, EN EJERCICIO DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO CUYO CUMPLIMIENTO SE GARANTIZA CON LA PRESENTE PÓLIZA.

**5. PAGO DEL SINIESTRO**
LA ASEGURADORA PAGARÁ EL VALOR DEL SINIESTRO, ASÍ:

5.1. PARA EL CASO PREVISTO EN EL NUMERAL 3.1., DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE CON TAL FIN HAGA LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE PARA RECLAMAR EL PAGO, ACOMPAÑADA DEL ACTO ADMINISTRATIVO DEBIDAMENTE EJECUTORIADO Y DEL ACTA DE LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO O DE LA RESOLUCIÓN EJECUTORIADA QUE ACOJA LA LIQUIDACIÓN UNILATERAL.

5.2 PARA EL CASO DEL NUMERAL 3.2, DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE HAGA LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, ACOMPAÑADA DEL ACTO ADMINISTRATIVO DEBIDAMENTE EJECUTORIADO, JUNTO CON LA CONSTANCIA DE LA ENTIDAD ESTATAL DE LA NO EXISTENCIA DE SALDOS A FAVOR DEL CONTRATISTA RESPECTO DE LOS CUALES SE PUEDA APLICAR LA COMPENSACIÓN DE QUE TRATA LA CONDICIÓN CUARTA DE ESTE CLAUSULADO O EN LA QUE CONSTE LA DISMINUCIÓN EN EL VALOR A INDEMNIZAR EN VIRTUD DE TAL COMPENSACIÓN.

**PARAGRAFO.**
LA ASEGURADORA PODRÁ OPTAR POR CUMPLIR SU PRESTACIÓN MEDIANTE EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN O CONTINUANDO LA EJECUCIÓN DE LA OBLIGACIÓN GARANTIZADA, DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1102 DEL CÓDIGO DE COMERCIO

**6. VIGILANCIA SOBRE EL CONTRATISTA EN LA EJECUCION DEL CONTRATO**
LA ASEGURADORA TIENE DERECHO A EJERCER LA VIGILANCIA SOBRE EL CONTRATISTA EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, PARA LO CUAL LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE LE PRESTARÁ LA COLABORACIÓN NECESARIA.

**7. SUBROGACION**
EN VIRTUD DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN LA ASEGURADORA SE SUBROGA HASTA CONCURRENCIA DE SU IMPORTE, EN TODOS LOS DERECHOS QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE TENGA CONTRA EL CONTRATISTA.

LA ENTIDAD ESTATAL NO PUEDE RENUNCIAR EN NINGÚN MOMENTO A SUS DERECHOS CONTRA EL CONTRATISTA Y SI LO HICIERE PERDERÁ EL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN.
EL CONTRATISTA SE OBLIGA A REEMBOLSAR INMEDIATAMENTE A LA ASEGURADORA, LA SUMA QUE ÉSTA LLEGARE A PAGAR A LA ENTIDAD ESTATAL, CON OCASIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, INCREMENTADA CON LOS INTERÉSES MÁXIMOS LEGALES VIGENTES AL MOMENTO DEL REEMBOLSO, CALCULADOS DESDE QUE LA ASEGURADORA EFECTÚE EL PAGO RESPECTIVO, SIN NECESIDAD DE REQUERIMIENTOS PREVIOS.

**8. CESION DEL CONTRATO**
EN EL EVENTO QUE POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA EL ASEGURADOR RESOLVIERA CONTINUAR, COMO CESIONARIO, CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ESTUVIESE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA ACEPTA DESDE AHORA LA CESIÓN DEL CONTRATO A FAVOR DEL ASEGURADOR.

EN TAL EVENTO LAS PARTES SUSCRIBIRÁN EL CONTRATO CORRESPONDIENTE, Y ASEGURADORA SOLIDARIA PRESENTARÁ GARANTÍAS EN LOS TÉRMINOS EXIGIDOS POR LA LICITACIÓN O CONTRATO

**9. NO EXPIRACION POR FALTA DE PAGO DE PRIMA E IRREVOCABILIDAD**
LA PRESENTE PÓLIZA NO EXPIRARA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NI POR REVOCACIÓN UNILATERAL.

**10. NOTIFICACIONES Y RECURSOS**
LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE DEBERÁ NOTIFICAR A LA ASEGURADORA LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS ATINENTES A LA EFECTIVIDAD DE LA PÓLIZA, PREVIO AGOTAMIENTO DEL DERECHO DE AUDIENCIA DEL CONTRATISTA Y DEL GARANTE.

**11. PROHIBICION DE LA TRANSFERENCIA**
NO SE PERMITE HACER CESIÓN O TRANSFERENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA SIN EL CONSENTIMIENTO ESCRITO DE LA ASEGURADORA. EN CASO DE INCUMPLIMIENTO DE ESTA DISPOSICIÓN, EL AMPARO TERMINA AUTOMÁTICAMENTE Y LA ASEGURADORA SOLO SERÁ RESPONSABLE POR LOS ACTOS DE INCUMPLIMIENTO QUE HAYAN OCURRIDO CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE LA CESIÓN O TRANSFERENCIA.

**12. COEXISTENCIA DE SEGUROS**
EN CASO DE EXISTIR, AL MOMENTO DEL SINIESTRO, OTRO SEGURO DE CUMPLIMIENTO CON RELACIÓN AL MISMO CONTRATO, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN A QUE HAYA LUGAR, SE DISTRIBUIRÁ ENTRE LOS ASEGURADORES EN PROPORCIÓN A LAS CUANTÍAS DE SUS RESPECTIVOS SEGUROS, SIN QUE EXISTA SOLIDARIDAD ENTRE LAS ASEGURADORAS PARTICIPANTES Y SIN EXCEDER DE LA SUMA ASEGURADA BAJO EL CONTRATO DE SEGURO.

**13. LLAMAMIENTO EN GARANTIA**
CUANDO SE AMPAREN CONTRATOS EN LOS CUALES SE HA SUSCRITO CLAUSULA COMPROMISORIA, DE CONFORMIDAD CON O PREVISTO EN EL ARTÍCULO 37 DE LA LEY 1563 DE 2012, LA ASEGURADORA QUEDARA VINCULADA A LOS EFECTOS DEL MISMO.

**14.** PROCESOS CONCURSALES LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA SE OBLIGA A HACER VALER SUS DERECHOS DENTRO DE CUALQUIER PROCESO CONCURSAL O PRECONCURSAL O LOS PREVISTOS EN LA LEY 550 DE 1999, LEY 1116 Y SUS NORMAS COMPLEMENTARIAS, EN EL QUE LLEGARE A SER ADMITIDO EL CONTRATISTA GARANTIZADO, EN LA FORMA EN QUE DEBERÍA HACERLO SI CARECIESE DE LA GARANTÍA OTORGADA POR LA PRESENTE PÓLIZA, SUS CERTIFICADOS DE APLICACIÓN Y SUS AMPAROS, DANDO AVISO A LA ASEGURADORA DE TAL CONDUCTA.

**15.** PRESCRIPCIÓN LAS ACCIONES DERIVADAS DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, SE SUJETAN A LOS TÉRMINOS DE PRESCRIPCIÓN DISPUESTOS EN EL ARTÍCULO 1081 DEL CÓDIGO DE COMERCIO Y DEMÁS NORMAS QUE LO ADICIONEN Y/O MODIFIQUEN.

**16.** DOMICILIO SIN PERJUICIO DE LAS DISPOSICIONES PROCESALES, PARA LOS EFECTOS RELACIONADOS CON EL PRESENTE CONTRATO SE FIJA EL DOMICILIO EN LA CIUDAD DE BOGOTA EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA.

**TOMADOR**

**ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA**

Puntored
Corresponsal Bancario
Davivienda

TRANSACCION EXITOSA

| | |
|---|---|
| Fecha | 2021-05-24 |
| Hora | 12:00:47 |
| Comercio | 265486 |
| Terminal | 248190 |
| Operacion | Recaudo |
| Aprob Banco | 775617 |
| Aprob Puntored | 000184703830 |
| Convenio | ASEGURA SOLIDARIA - RECAUDO NORMAL |
| Cod. Convenio | 770186100001 |
| Referencia 1 | 0000000000077 00475180238 |
| Referencia 2 | |
| Valor | 39019.00 |
| Costo Transaccion | $0 |
| Valor Total | 39019.00 |

Aqui tambien puede pagar su tarjeta de credito y creditos de consumo del Banco Davivienda

Linea de atencion personalizada: #688
Mensaje de texto: 85888

BANCO DAVIVIENDA S.A.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

daria

NUMERO ELECT
PARA PAGO
47518023

# COMPROBANTE DE PAGO INDIVIDUAL

STE COMPROBANTE ES VÁLIDO ÚNICAMENTE CON EL TIMBRE DE LA CAJA DE
NO ES UN RECIBO OFICIAL DE CAJA.

| OMOVEMOS SEGUROS LTDA. | VALOR CARTERA A LA FECHA DE |
|---|---|
| 4000047189 | $ 39,019.00 |

MELO SUAREZ NELSON — IDENTIFICACIÓN

CHEQUE ☐ EFECTIVO ☐ — No. CHEQUE _____ — $

(415)7701861000019(8020)000000000007000475180238

| PAGO | MEDIOS DE PAGO |
|---|---|
| solidaria.com.co | Cuenta Corriente / Ahorros Tarjeta de Crédito |
| Banco de Bogotá nco de occidente | Efectivo o cheque Presentando comprobante de pago desde su dispositivo móvil, sin necesidad de imprimir. |
| 3849444 - 6449949 | Tarjeta de Crédito |
| Banco Davivienda 1040955 y No. Electrónico Banco de Bogotá anco de Occidente | Efectivo ó Cheque |
| Red ATH | Tarjeta Débito ó Tarjeta Crédito |
| Ver cuadro nsales de Recaudo | Efectivo |

| * CORRESPONSALES D | |
|---|---|
| 1) GRUPO ÉXITO | Carulla, y Al |
| 2) LA 14 | Sup |
| 3) MOVIIRED | Tiendas y pu |
| 4) RED VÍA BALOTO | Código de p Conv |
| 5) EFECTY | Convení y Número |
| 6)COLSUBSIDIO | Supermercado |
| 7) COPIDROGAS | Droguerías |
| 8) OLÍMPICA | |
| 9) ALKOSTO | Don |
| 10) FARMATODO | |
| 11) CONRED | N |
| 12) PUNTORED | Ni |

**IMPORTANTE**

para pagos en bancos y corresponsales de recaudo.
o cheque)
el reverso del mismo: Nombre y apellido o razón social
ctrónico para pagos y número telefónico.
ónica, baloto y por Internet (PSE-TC),se requiere del

de la revocación de pólizas pagadas mediante tarjeta
a misma tarjeta, menos

cuenta las recomendaciones de seguridad de los canales
dos en la página:
ia.com.co/servicios-en-linea/multipago.aspx

**LÍNEA DE SERV**

Línea Solidaria 018000 5
parte del país. 2916868
celulares Cla

* LOS CORRESPONSALES DE RECAUDO RECIBEN PAGOS PARCIALES.

- Cliente -

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

**PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES - DECRETO 1082 DE 2015 - PATRICLSUSP09V4**

Somos la Primera Mejor Empresa para Trabajar en Colombia — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar COLOMBIA 2020
Somos la Primera Mejor Empresa para Trabajar en América Latina — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar AMÉRICA LATINA 2020

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**
**4751803620**

## PÓLIZA No: 475 - 47 - 994000047225 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: **SEAS CUCUTA PROMOVEMOS SEGUROS LTDA.** COD. AGENCIA: 475 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

| FECHA DE EXPEDICIÓN | | | FECHA DE IMPRESIÓN | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO |
| 25 | 05 | 2021 | 25 | 05 | 2021 |

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE:: **NELSON MELO SUAREZ** IDENTIFICACIÓN: CC **88.250.827**

DIRECCIÓN: AV 10E 2N 37 GOVIKA BR QUINTA OREINTAL CIUDAD: CUCUTA, NTE DE SANTANDER TELÉFONO: 3158252217

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA** IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**

BENEFICIARIO: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA** IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

| DESCRIPCION AMPAROS | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEGURADA |
|---|---|---|---|
| CONTRATO CUMPLIMIENTO | 11/05/2021 | 18/04/2022 | 2,821,000.00 |

BENEFICIARIOS
NIT 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS:

***OBJETO DE LA GARANTIA***

EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS CO1.PCCNTR.2504351 DE MAYO 1 DE 2021 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON 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 SEGUN EL PERFIL GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA - FINANZAS, BAJO LA COBERTURA DE CUMPLIMIENTO.

| VALOR ASEGURADO TOTAL: | VALOR PRIMA: | GASTOS EXPEDICION: | IVA: | TOTAL A PAGAR: |
|---|---|---|---|---|
| $ *****2,821,000.00 | $ ***********23,789 | $*****9,000.00 | $ ********6,230 | $ ***********39,019 |

| NOMBRE INTERMEDIARIO | CLAVE | %PART | NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO | %PART | VALOR ASEGURADO |
|---|---|---|---|---|---|
| OMAIRA ROSALBA ALARCON SANCHEZ | 6130 | 100.00 | | | |

Aseguradora Solidaria pensando en su tranquilidad, lo invita a consultar la autenticidad de su póliza ingresando a la página ***www.solidaria.com.co*** servicios en línea, opción consulte su póliza de cumplimiento.

(415)7701861000019(8020)000000000007000475180362

**FIRMA ASEGURADOR** **FIRMA TOMADOR**

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá

CLIENTE

CADF2579070FFF785D

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT. 860.524.654 - 6

# Contabilización Asientos de Diario

## Transacción Nro. 475102747

**A Favor de** 24684843 - MELO SUAREZ, NELSON

**Descripción**

**Observaciones** PAGO POLIZA CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES 994000047225

**Fecha Contable** 25/05/2021

**Ingreso al sistema** 25/05/2021 **Usuario** EHTORRES

**Imputación** 25/05/2021 **Usuario** EHTORRES

**Asiento** **171**

| Fecha | Cuenta | Descripción | Débito | Crédito |
|---|---|---|---|---|
| SEAS CUCUTA PROMOVEMOS SEGUROS LT | | | | |
| 25/05/2021 | 1684050030100 | RECAUDACION DE LA COBRANZA SEGUN RECIBO NRO: 4 | | 39,019.09 |
| 25/05/2021 | 1684050030100 | RECAUDACION DE LA COBRANZA SEGUN RECIBO NRO: 4 | 39,019.09 | |
| | | **Total** | **39,019.09** | **39,019.09** |

**Firma Autorizada**

**Firma Autorizada**

San José de Cúcuta,  7 de Julio  de 2021

Señores
**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**
La Ciudad

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

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

a. Durante el año gravable 2020, el 80% o más de mis ingresos brutos 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, NO desarrollé una de las actividades señaladas en el artículo 340 del Estatuto Tributario y  si la desarrollé no representó más del veinte por ciento (20%) de mis ingresos brutos.
f. Por el año gravable 2020, NO presté servicios técnicos que requirieron de materiales o insumos especializados, o maquinaria o equipo especializado, cuyo costo representa más del veinticinco por ciento (25%) del total de los ingresos percibidos por concepto de tales servicios técnicos.

En constancia de lo anterior, firmo en San José de Cúcuta a los 28 días del mes de enero de 2021.



Nelson Melo Suarez
C.C. 88.250.827 de Cúcuta

*CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS*

San José de Cúcuta, 07 de julio de 2021

Señores
**SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (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 del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NUIP - NIP** | **1094065370** | **LIAN MATIAS MELO GIORGI** | **HIJO** |

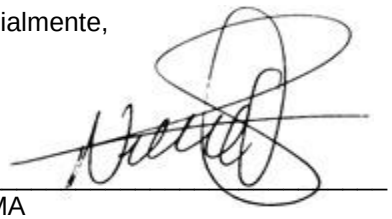
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

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 normatividad 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,



FIRMA

Nombre: Nelson Melo Suarez
C.C. 88.250.827 De Cúcuta

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NOTARIA 7 — SNR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO

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

NUIP 1094065370

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55674828

*55674828*

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código N 9 C

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía
COLOMBIA - NORTE DE SANTANDER - CUCUTA NOTARIA 7 CUCUTA

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| MELO | GIORGI |

Nombre(s): LIAM MATIAS

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2018 Mes NOV Día 21 | MASCULINO | A | POSITIVO |

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)
COLOMBIA - NORTE DE SANTANDER - CUCUTA

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | 14836678-4 |

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos: GIORGI AREVALO JOHANA

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC No. 1090421612 | COLOMBIA |

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos: MELO SUAREZ NELSON

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC No. 88250827 | COLOMBIA |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos: MELO SUAREZ NELSON

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC No. 88250827 | |

**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 2018 Mes DIC Día 07 | MANUEL JOSE CARRIZOSA ALVAREZ<br>Nombre y firma |

| Reconocimiento paterno | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento |
|---|---|
| Firma | MANUEL JOSE CARRIZOSA ALVAREZ<br>Nombre y firma |

**ESPACIO PARA NOTAS**

OTRO:LIBRO DE VARIOS 65 FOLIO 379;07/12/2018