SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)**
**REGIONAL DISTRITO CAPITAL**
**CENTRO DE GESTION DE MERCADO, LOGIST Y TECNOL DE LA INFORMAC-BTA DC- SERVICIOS PRES**
**Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1**
**Resolución DIAN Nº 18764024257695 autoriza desde 360,001 hasta 750,000 (Enero 18 de 2022)**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **11** |
| **Código Centro** | **930310** |
| **Fecha Elaboración** | **30 de Octubre de 2022** |
| **Versión** | **MAYO 2022 - 2,22** |
| **ID de Proceso** | **97806-696539** |
| **No. de documento** | **581938** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | JAVIER FRANCISCO CARMONA FRANCISCO | **C.C.** | 71.251.867 | **IP/Nº de contacto** | 102 |
| **Correo electrónico contratista:** | pacho1@misena.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 2021 fueron iguales o superiores** | NO | **Inducción SST** | SI | **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** | | NO | |
| **Banco al cual consignar:** | BANCO BBVA | **Tipo de cta** | AHORROS | **Nº Cuenta** | | 0052367224 | |
| **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 2022 supera los $ 125'413.200** | | NO | | | |

## DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº del contrato:** | 4087412/2022 | | | **Nº Compromiso SIIF** | | **83122** | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 8.788.733 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 8.788.733 | **1** | **Del** | **04/10/2022** | **Al** | **31/10/2022** | **$ 3.206.700,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 5.582.033 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

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

CI-PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA IMPARTIR FORMACIÓN DE MANERA PRESENCIAL Y/O VIRTUAL DE ACUERDO A LOS NIVELES Y ESPECIALIDADES DEL CENTRO DE GESTIÓN DE MERCADOS LOGÍSTICA Y TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN.

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.206.700 | | Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383° | 0,00% |
| | | | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 0 | | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 3.206.700** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.130.750** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | **Octubre** | **Setiembre** |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **00** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.282.680 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 160.400 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 205.300 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 6.700 | $ 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 $ 3.800.400 | $ - | |
| 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 $ 1.216.128 | $ - | |
| Salud hasta $ 608.064 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 9.120.960 | $ 710.250 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 2.130.750,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 2.841.000,00 | |
| Valor base IVA | 0,00 | |
| IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Reteica - 8299 | 27.444,00 | 0,966% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$ 3.179.256,00** | |

**SON: TRES MILLONES CIENTO SETENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ficha.2621329: Inducción, alistamiento y preparación correspondientes al objeto contractual, con una intensidad de 20 horas.
Ficha.2621329: Inducción, alistamiento y preparación correspondientes al objeto contractual, con una intensidad de 20 horas.
Ficha.2621329: Inducción, alistamiento y preparación correspondientes al objeto contractual, con una intensidad de 20 horas.
Ficha.2621329: Inducción, alistamiento y preparación correspondientes al objeto contractual, con una intensidad de 20 horas.
Ficha.2621329: Inducción, alistamiento y preparación correspondientes al objeto contractual, con una intensidad de 20 horas.
Ficha.2621329: Inducción, alistamiento y preparación correspondientes al objeto contractual, con una intensidad de 20 horas.
Ficha.2621329: Inducción, alistamiento y preparación correspondientes al objeto contractual, con una intensidad de 20 horas.
Ficha.2621329: Inducción, alistamiento y preparación correspondientes al objeto contractual, con una intensidad de 20 horas.
Total horas 160.

**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.

**JAVIER FRANCISCO CARMONA FRANCISCO**
**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,

**KEYLA KARINA GONZALEZ MARTINEZ**
**INSTRUCTOR G16**

**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**

**JAIME GARCIA DIMOTOLI**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

EPS

sura

# CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

**EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A** en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

## CERTIFICA

Que **FRANCISCO JAVIER CARMONA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **71251867** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 71251867 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | FRANCISCO JAVIER CARMONA |
| TIPO DE AFILIADO | TITULAR |
| PARENTESCO | TITULAR |
| ESTADO DE AFILIACIÓN | TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL |
| CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN | COBERTURA INTEGRAL |
| FECHA DE INGRESO A EPS SURA | 01/02/2022 |
| FECHA RETIRO EPS SURA | ACTIVO(A) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA | 21 |
| SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO | 21 |
| EMPLEADOR(ES) | CC 71251867 FRANCISCO CARMONA DESDE 01/02/2022 |

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
**Fecha de generación:** **25/08/2022**

**ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS**

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) FRANCISCO JAVIER CARMONA identificado(a) con C.C No. 71.251.867, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 25 de agosto del 2022.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.

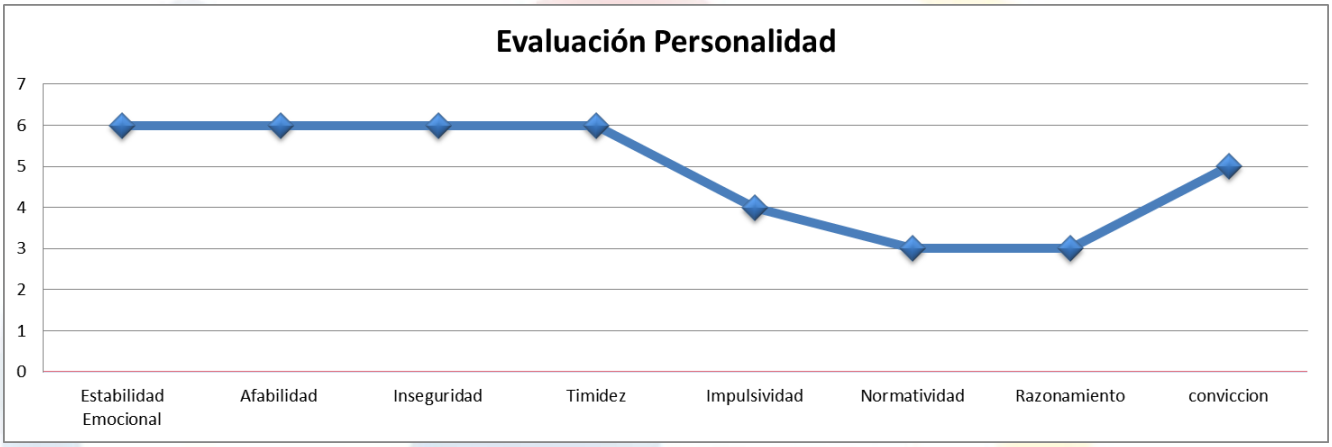
Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

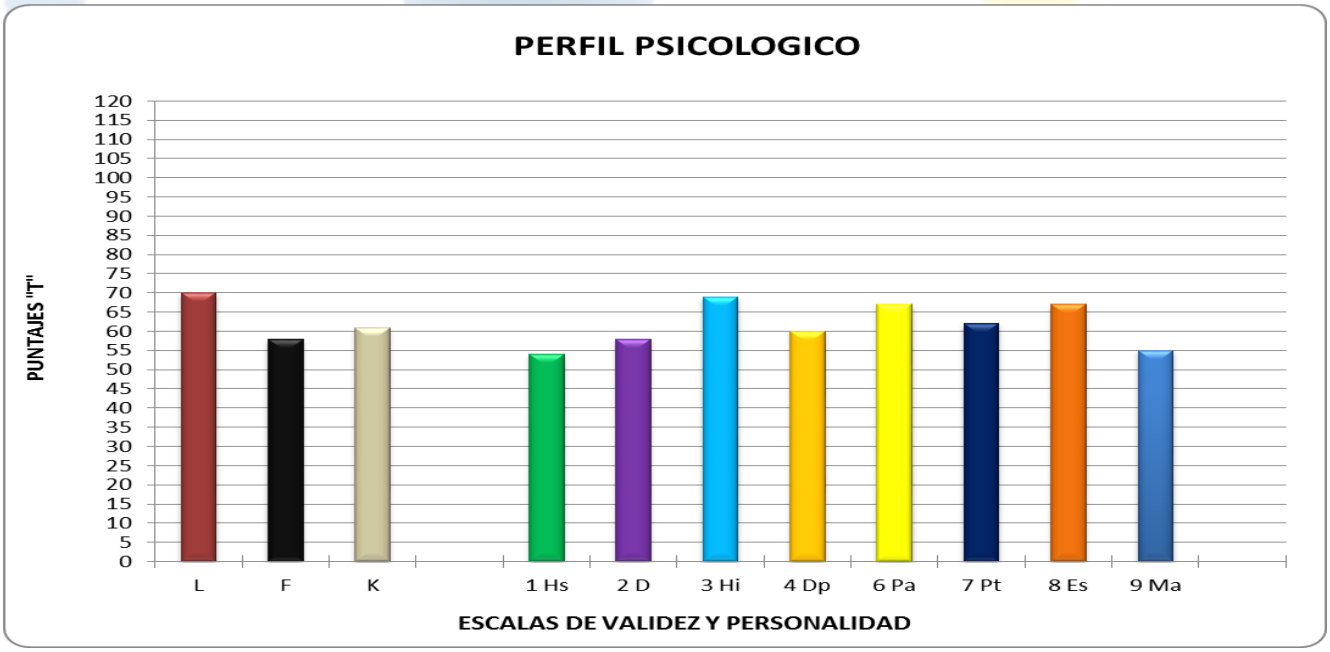
Unidad de Salud Ocupacional

icontec ISO 9001 SC 6827-1 — CERTIFIED IQNet MANAGEMENT SYSTEM

# INFORME PSICOLOGICO

| INFORMACION BASICA | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA** | 06/09/2022 | **CARGO ACTUAL O AL QUE ASPIRA** | INSTRUCTOR |
| **NOMBRES Y APELLIDOS** | FRANCISCO JAVIER CARMONA | **CEDULA** | 71251867 |
| **EDAD** | 47AÑOS | **ESTADO CIVIL** | UNION LIBRE |
| **NIVEL DE ESCOLARIDAD** | PROFESIONAL | **EMPRESA** | PARTICULAR |



**Análisis de las pruebas realizadas**

En cuanto a los resultados de las pruebas psicológicas aplicadas, se evidencia que el candidato tiene un nivel de razonamiento bajo y de manejo de la normas, lo que indica que tiene dificultad para enfrentarse al medio, es rígido, se le dificultad realizar análisis y tareas de mayor dificultad. Es una persona pragmatica, busca lo práctico, lo utilitario, tiene poca capacidad para ilusionarse. Se puede inferir que el candidato es estable mental y emocionalmente. Tiende a presentar rasgos de personalidad asociados a la cooperación, la franqueza, amabilidad, sensibilidad y pacifismo. Tiene un amplio rango de intereses, es enérgico y laborioso, muestra iniciativa y buena fluidez verbal. Controla sus emociones constantemente, es eficiente, suele ser perseverante. En cuanto al aspecto social, se evidencia que logra establecer relaciones interpersonales de manera adecuada, integrándose fácilmente a nuevos entornos.

De acuerdo a lo anterior se puede concluir, que el candidato no indica posibles trastornos emocionales o psicológicos. Se recomienda tener a consideración las pruebas psicológicas aplicadas para la evaluación de habilidades y aptitudes necesarias para desempeñar el cargo.

**Realizada por:**

Natalia Olivar R.
Psicóloga
T.P. 187101

Natalia Olivar Rodríguez
Psicólogo
Unidad de Salud Ocupacional
Psicomotriz@unidadso.com.co

| Unidad de Salud Ocupacional | **VALORACION MEDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR** | Cód.: FT-MO-VM-01<br>Versión : 4<br>Fecha: 13/11/2015<br>Página: 1 de 2 |
|---|---|---|

## CERTIFICADO MEDICO LABORAL

Fecha: 6/09/2022 Tipo de Examen: PREINGRESO



Nombre: FRANCISCO JAVIER CARMONA

Empresa: PARTICULAR

En Misión: Ninguno

Ciudad del Exámen: CALI

Cédula: 71251867 Cargo: INSTRUCTOR 515099

Para dar el concepto de aptitud se tuvieron en cuenta los siguientes paraclinicos:

,VALORACION PSICOLOGICA,AUDIOMETRIA,OPTOMETRIA,PERFIL LIPIDICO,HEMOGRAMA TIPO IV,GLICEMIA

CONCEPTO MEDICO LABORAL: SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

## REMISIÓN

MEDICINA GENERAL:EPS,NUTRICIONISTA:EPS,OPTOMETRIA:EPS,OTORRINOLARINGOLOGIA:EPS

Observación

## RESTRICCIÓN

NO

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Uso de E.P.P según panorama de riesgos,Realizar pausas activas,Autocuidado,Higiene postural,Reportar accidentes de trab ajo oportunamente,Prevención de accidentalidad,Incluir en PVE de acuerdo al perfil de riesgo del cargo,Sin Restricciones pa ra el cargo de acuerdo al perfil de riesgo de la empresa contratante,Hábitos de vida saludables,Ejercicio Regular,Control de P eso,Dieta

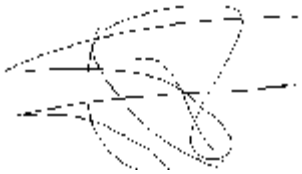
## TRABAJO ESPECIALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| Trabajo en Alturas: | NO APLICA | Manipulacion de alimentos | NO APLICA |
| Trabajo en altitudes > 2500 mts: | NO APLICA | Trabajo en ambientes hiperbáricos: | NO APLICA |
| Trabajo en espacios confinados: | NO APLICA | Trabajo como brigadista: | NO APLICA |
| Trabajo con energía de alta tensión: | NO APLICA | Conducción de vehiculos: | NO APLICA |
| Trabajo con radiaciones ionizantes: | NO APLICA | Manipulación sustancias químicas: | NO APLICA |
| Trabajo en altas temperaturas: | NO APLICA | | |
| Trabajo en bajas temperaturas: | NO APLICA | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PVE VISUAL | X | PVE AUDITIVO | X | PVE RESPIRATORIO | |
| PVE ERGONOMICO | | PVE CARDIOVASCULAR | X | PVE PSICOSOCIAL | |
| PVE QUIMMICO | | PVE Radiaciones Ionizantes | | PVE BIOLOGICO | |

## Observaciones Generales

SE INDICA VALORACION CON OPTOMETRIA, OTORRINOLARINGOLOGIA, NUTRICION Y MEDICINA GENERAL EN EPS. SE RECOMIENDAN ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, EJERCICIO REGULAR, DIETA BALANCEADA, HIGIENE POSTUR AL, RESPETAR MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD, ACATAR NORMAS DE AUTOCUIDADO, PAUSAS ACTIVAS SEGÚN PR OTOCOLO DE LA EMPRESA.



FRANCISCO JAVIER CARMONA

c.c: 71251867




Stiven Giraldo Quintana

Registro: 1118293187

Lic: 0410-087

| Unidad de Salud Ocupacional | **HISTORIA MEDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR** | Cód.:FT-MO-VM-01<br>Versión : 4<br>Fecha: 13/11/2015<br>Página: 3 de 4 |
|---|---|---|

Fecha: 6/09/2022 Tipo de Examen:PREINGRESO Número: 71251867

## 1. INFORMACION GENERAL

Apellidos: CARMONA Nombres: FRANCISCO JAVIER Edad: 47
Cedula: 71251867 Tipo Doc: CEDULA Cd Exám: CALI Sexo: MASCULINO
Estado Civil: UNION LIBRE Estrato : 3 Dpto. Nacimiento: Antioquia
Fecha Nacido: 12/04/1975 Cd Nacimiento: Caucasia Escolaridad: PROFESIONAL
Teléfono: 3235804231 Cd residencia: Cali email: FCARMONA_2@HOTMAIL.CO
Direc reside: BOGOTA Nacionalidad: Colombia
Acompañante: No refiere Tel. Acompa: No aplica
Responsable: N/A Tel. Responsable: 0 Parentesco Responsable: N/A
E.P.S: SURA E.P.S. A.R.L: NO TIENE A.F.P: No Tiene
Empleador: PARTICULAR Act. Económ: NA
En Misión: Ninguno Act. Económ: NA
Fecha Ingreso: 6/09/2022 Cargo: INSTRUCTOR Sección: NA



## 2. ANTECEDENTES OCUPACIONALES (Inicia desde el actual)

Empleador: SENA Empresa en mision:
Cargos Desempeñados: INSTRUCTOR
Tiempo de Exposición: Años: 2 Meses: 0 Actividad Económica:
Descripcion Funciones: INSTRUCTOR Mediciones Ambientales: No Aplica

Riesgos a los que Estuvo Expuestos

| Fisicos | | | | | | Quimicos | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Iluminación | Radiaciones | Ruido | Temp.Alta | Temp.Baja | Vibración | Gases | Humos | Polvos | Liquidos | Vapores | Fibras |
| epp | epp | epp | epp | epp | epp | epp | epp | epp | epp | epp | epp |

Ergonómicos

| Carga Dinámica | Carga Estática | Diseño de Puesto | Manejo de Cargas | Movimientos Repetitivos |
|---|---|---|---|---|
| epp | epp | epp | epp | epp |

Otros:

| Trabajo en alturas | Mecánico | Eléctrico | Locativo | Biológico | seguridad | Psicosocial |
|---|---|---|---|---|---|---|
| epp | epp | epp | epp | epp | epp | epp |

Empleador: Empresa en mision:
Cargos Desempeñados:
Tiempo de Exposición: Años: 0 Meses: 0 Actividad Económica:
Descripcion Funciones: Mediciones Ambientales: No Aplica

Riesgos a los que Estuvo Expuestos

| Fisicos | | | | | | Quimicos | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Iluminación | Radiaciones | Ruido | Temp.Alta | Temp.Baja | Vibración | Gases | Humos | Polvos | Liquidos | Vapores | Fibras |
| epp | epp | epp | epp | epp | epp | epp | epp | epp | epp | epp | epp |

Ergonómicos

| Carga Dinámica | Carga Estática | Diseño de Puesto | Manejo de Cargas | Movimientos Repetitivos |
|---|---|---|---|---|
| epp | epp | epp | epp | epp |

Otros:

| Trabajo en alturas | Mecánico | Eléctrico | Locativo | Biológico | seguridad | Psicosocial |
|---|---|---|---|---|---|---|
| epp | epp | epp | epp | epp | epp | epp |

Empleador: Empresa en mision:
Cargos Desempeñados:
Tiempo de Exposición: Años: 0 Meses: 0 Actividad Económica:
Descripcion Funciones: Mediciones Ambientales: No Aplica

Riesgos a los que Estuvo Expuestos

| Fisicos | | | | | | Quimicos | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Iluminación | Radiaciones | Ruido | Temp.Alta | Temp.Baja | Vibración | Gases | Humos | Polvos | Liquidos | Vapores | Fibras |
| epp | epp | epp | epp | epp | epp | epp | epp | epp | epp | epp | epp |

Ergonómicos

| Carga Dinámica | Carga Estática | Diseño de Puesto | Manejo de Cargas | Movimientos Repetitivos |
|---|---|---|---|---|
| epp | epp | epp | epp | epp |

Otros:

| Trabajo en alturas | Mecánico | Eléctrico | Locativo | Biológico | seguridad | Psicosocial |
|---|---|---|---|---|---|---|
| epp | epp | epp | epp | epp | epp | epp |

Fecha: 6/09/2022 Tipo de Examen:PREINGRESO Número: 71251867

## 2. ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Observaciones:

## 3. ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES PROFESIONALES - ACCIDENTES DE TRABAJO

| Fecha: | Empresa | Tipo Lesión Organo | Secuelas | Inc Laborales | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Incap: | Dias: |
| | ARL: | | | | |
| Fecha: | Empresa | Tipo Lesión Organo | Secuelas | Inc Laborales | |
| | | | | Incap: | Dias: |
| | ARL: | | | | |
| Fecha: | Empresa | Tipo Lesión Organo | Secuelas | Inc Laborales | |
| | | | | Incap: | Dias: |
| | ARL: | | | | |

## 4. ANTECEDENTES FAMILIARES

| Causa | Parentesco | Causa | Parentesco | Causa | Parentesco |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Pulmonares: | No Refiere | 4. Hipertensión: | No Refiere | 7. Convulsiones: | No Refiere |
| 2. Dislipidemias: | No Refiere | 5. Cardiacos: | No Refiere | 8. Tiroides: | No Refiere |
| 3. Diabetes: | No Refiere | 6. Cerebrovasculares: | No Refiere | 9. Cancer: | No Refiere |

Observaciones:

## 5. ANTECEDENTES PERSONALES

| Causa | Causa | Causa |
|---|---|---|
| 1. Infeccioso: | 7. Digestivo: | 13. Osteomuscular: |
| 2. Cefalea: | 8. Genitourinario: | 14. Piel Anexos: |
| 3. Visual: | 9. Endocrinólogo: | 15. Traumático: |
| 4. Oidos, Nariz, Gargante: | 10. Hematológico: | 16. Quirúrgico: |
| 5. Pulmones: | 11. Alérgico: | 17. Farmacológico: |
| 6. Cardiovascular: | 12. Neurológico | 18. Otro: |
| 19. Metabólicos: | | |

Observaciones: PACIENTE NIEGA ANTECEDENTES PATOLOGICOS U OTROS

## 6. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMAS

PIEL Y FANERAS. Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
OTORRINOLARINGOLÓGICOS Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
OFTALMOLOGICOS Resultados: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
RESPIRATORIOS Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
CARDIOVASCULARES Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
GENITOURINARIO Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
OSTEOMUSCULARES Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
NEUROLOGICOS Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
ENDOCRINOLOGICO Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
PSIGUIATRICOS Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
OTROS. Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA

## 7. HABITOS Y ACTIVIDADES EXTRALABORALES

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cigarrillo: | NO | No. Cigarrillos al dia: | | Años: 0 | Meses: 0 | Tiempo Abandono: | Años: 0 | Meses: 0 |
| Licor: | NO | Frecuencia: | N/A | Años: 0 | Meses: 0 | Tiempo Abandono: | Años: 0 | Meses: 0 |

Actividad Fisica - Deporte: DEPORTE — Frecuencia: OCA

Actividad Extralaborales: NA — Frecuencia: NA

## 8. ESQUEMA DE VACUNACION

| | Tetano: | Hepatitis B: | F. Amarilla | Influenza Estacional | Influenza H1N1 | MMR | Varicela | Hepatitis A | Otras |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. Dosis | | | | | | | | | |
| F.U.D | | | | | | | | | |

Fecha: 6/09/2022 Tipo de Examen:PREINGRESO Número: 71251867

## 9. COMPOSICION FAMILIAR

| | | | |
|---|---|---|---|
| Familiar: | CONYUGE | Cantidad: | 1 |
| Familiar: | HIJO | Cantidad: | 2 |
| Familiar: | NO REFIERE | Cantidad: | 0 |
| Familiar: | NO REFIERE | Cantidad: | 0 |
| Familiar: | NO REFIERE | Cantidad: | 0 |

## 10. EXAMEN FISICO

Peso (Kg): 101 Talla (m): 1,73 I.M.C:33,75 Pulso: NORMAL Lateralidad: DIESTRO

T.A. Sentado (mmHg) :120/70 Perimetro Abdominal (Cm)108 Pulso (LPM): 74

Aspecto General: PACIENTE EN APARENTE BUEN ESTADO GENERAL.

## 11. SISTEMA OSTEOMUSCULAR

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Columna Cervical: | Simetria: | NORMAL | Funcionalidad: | NORMAL | |
| Columna Dorsal: | Simetria: | NORMAL | Funcionalidad: | NORMAL | |
| Columna Lumbosacra: | Simetria: | NORMAL | Funcionalidad: | NORMAL | |
| Miembros Superiores: | Funcionalidad: | NORMAL | | | |
| Miembros Inferiores: | Funcionalidad: | NORMAL | | | |
| Manos: | Funcionalidad: | NORMAL | | | |

| | |
|---|---|
| Prueba Tinnel: | NORMAL |
| Prueba Phanen: (flexión completa de ambas muñecas * 1min) | NORMAL |
| Prueba Finkelstein: (desviación cubital de muñeca con flexión de pulgar) | NORMAL |

Observación: NO ALTERACIONES OBSERVABLES EN EL MOMENTO

## 12. ORGANOS Y SISTEMAS

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ojos: | Conjuntivas: | NORMAL | Pupilas Cornea: | NORMAL | Anexos: | NORMAL | Fond de Ojo: NO SE EVALUA |
| Boca: | Labios Lengua: | NORMAL | Faring Amigdalas: | NORMAL | | | |
| Oidos Nariz: | Pabellones: | NORMAL | Tabique: | NORMAL | Cornetes: | NORMAL | |
| Torax: | Senos: | NO SE EVALUA | Pulmones: | NORMAL | Corazón: | NORMAL | |
| Abdomen: | Pared: | NORMAL | Více. (magalias): | NORMAL | Hernias: | NORMAL | |
| Cuello: | Cuello: | NORMAL | | | | | |
| Piel: | Piel: | NORMAL | | | | | |
| Genitales: | Genitales: | NO SE EVALUA | | | | | |
| Vascular: | Periférico: | NORMAL | Linfáticos: | NORMAL | Varice: | NORMAL | |
| Sist. Nervioso: | Reflejos: | NORMAL | Marcha: | NORMAL | Coordinación | NORMAL | |
| | Prueba de equilibrio dinámico y estático: NORMAL | | | | | | |

Observaciónes: NO ALTERACIONES OBSERVABLES EN EL MOMENTO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Agudeza Visual Cercana: | Ojo Derecho: | Ojo Izquierdo: | Con Corrección | Sin Corrección |
| Agudeza Visual Lejana: | Ojo Derecho: | Ojo Izquierdo: | Con Corrección | Sin Corrección |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Otoscopia | Normal: | OD: SI | OI: SI | Timpanopatia: | OD: NO | OI: NO |
| | Tapón: | OD: NO | OI: NO | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Dentadura: | Buen Estado: | NO | Completa: | SI | Prótesis: NO |

Observaciónes: NO ALTERACIONES OBSERVABLES EN EL MOMENTO

## 13. EXAMENES DE LABORATORIO Y DE SALUD OCUPACIONAL

## 14. DIAGNOSTICO

## 15. CONCEPTO MEDICO LABORAL

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

TRABAJO DE ALTO RIESGO:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Trabajo en Alturas: | NO APLICA | Trabajo en altitudes > 2500 mts: | NO APLICA |
| Trabajo en espacios confinados: | NO APLICA | Trabajo en ambientes hiperbáricos: | NO APLICA |
| Trabajo como brigadista: | NO APLICA | Manipulacion de alimentos | NO APLICA |
| Trabajo con energía de alta tensión: | NO APLICA | Conducción de vehiculos: | NO APLICA |
| Trabajo con radiaciones ionizantes: | NO APLICA | Manipulación sustancias químicas::: | NO APLICA |
| Trabajo en altas temperaturas: | NO APLICA | | |
| Trabajo en bajas temperaturas: | NO APLICA | | |

REMISIONES:

MEDICINA GENERAL:EPS,NUTRICIONISTA:EPS,OPTOMETRIA:EPS,OTORRINOLARINGOLOGIA:EPS

Observación

RESTRICCIONES:

NO NO

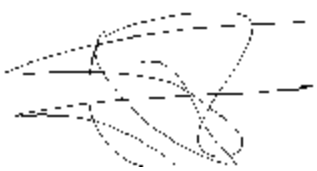
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

Uso de E.P.P según panorama de riesgos,Realizar pausas activas,Autocuidado,Higiene postural,Reportar accidentes de trabajo oportunamente,Prevención de accidentalidad,Incluir en PVE de acuerdo al perfil de riesgo del cargo,Sin Restricciones para el cargo de acuerdo al perfil de riesgo de la empresa contratante,Hábitos de vida saludables,Ejercicio Regular,Control de Peso,Dieta

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PVE VISUAL | X | PVE AUDITIVO | X | PVE RESPIRATORIO | |
| PVE ERGONOMICO | | PVE CARDIOVASCULAR | X | PVE PSICOSOCIAL | |
| PVE QUIMMICO | | PVE Radiaciones Ionizantes | | PVE BIOLOGICO | |

OBSERVACIONES GENERALES

SE INDICA VALORACION CON OPTOMETRIA, OTORRINOLARINGOLOGIA, NUTRICION Y MEDICINA GENERAL EN EPS. SE RECOMIENDAN ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, EJERCICIO REGULAR, DIETA BALANCEADA, HIGIENE POSTURAL, RESPETAR MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD, ACATAR NORMAS DE AUTOCUIDADO, PAUSAS ACTIVAS SEGÚN PROTOCOLO DE LA EMPRESA.



FRANCISCO JAVIER CARMONA
c.c: 71251867




Stiven Giraldo Quintana
Registro: 1118293187
Lic: 0410-087

| Unidad de Salud Ocupacional | **LABORATORIO** | Cód.:FT-MO-LC-49<br>Versión : 2<br>Fecha: 13/11/2015<br>Página: 1 de 2 |
|---|---|---|

## INFORMACION GENERAL

Fecha: 6/09/2022 Tipo de Examen: PREINGRESO

Nombre: FRANCISCO JAVIER CARMONA

Empresa: PARTICULAR

En Misión: Ninguno

Ciudad del Exámen: CALI

Cédula: 71251867 Cargo: INSTRUCTOR



## RESULTADO LABORATORIO

Examen: GLICEMIA.
Resultados: Glicemia Basal: 100.4 mg/dl
Normal: 60 - 99 mg/dl:
Glicemia alterada en ayuno:100-125 mg/dl:
Diabetes >= 126 mg/dl:
Observaciones:
.
Examen: HEMOGRAMA TIPO IV.
Resultados: LEUCOCITOS: 3.84 x10^3/mm^3 3.5 - 10.0 x10^3/mm^3
ERITROCITOS: 5.04 x10^6/mm^3 3.80 - 5.80 x10^6/mm^3
HEMOGLOBINA: 15.0 g/dl 11.0 - 16.5 g/dl
HEMATOCRITO: 44.6 % 35.0 - 50.0 %
RECUENTO DE PLAQUETAS: 230 x10^3/mm^3 150 - 450 x10^3/mm^3
PTC: 0.242 % .100 - .500 %
VCM: 88.4 u/m^3 80 - 97u/m^3
HCM: 29.8 pg 26.5 - 33.5 pg
CCMH: 33.7 g/dl 31.5 - 35.0 g/dl
IDE: 12.0 % 10.0 - 15.0 %
VPM: 10.5 u/m^3 6.5 - 11.0 u/m^3
IDP: 16.3 % 10.0 - 18.0 %
% LINFOCITOS: 53.2 % 17.0 - 48.0 %
% MONOCITOS: 5.9 % 4.0 - 10.0 %
% NEUTROFILOS: 35.9 % 43.0 - 76.0 %
% EOSINOFILOS: 4.5 %
% BASOFILOS: 0.5 %
# LINFOCITOS: 2.04 x10^3mm^3 1.2 - 3.2 x10^3mm^3
# MONOCITOS: 0.23 x10^3mm^3 0.3 - 0.8 x10^3mm^3
# NEUTROFILOS: 1.38 x10^3mm^3 1.2 - 6.8 x10^3mm^3
# BASOFILOS: 0.02 x10^3mm^3
# EOSINOFILOS: 0.17 x10^3mm^3 .
Examen: PERFIL LIPIDICO.
Resultados: PERFIL LIPIDICO:
Colesterol Total: 219.3 mg/dl Menor a 200 mg/dl
Triglicéridos: 170.8 mg/dl 40 - 160 mg/dl
Colesterol HDL: 37.4 mg/dl
Hombres: Mayor a 35 mg/dl:
Mujeres: Mayor a 45 mg/dl:
Colesterol LDL: 147.7 mg/dl 50 - 130 mg/dl
Colesterol VLDL: 34.2 mg/dl Menor a 45 mg/dl
Indice Arterial: 5.9 Menor a 5
Observaciones:
.

| Unidad de Salud Ocupacional | **LABORATORIO** | Cód.:FT-MO-LC-49<br>Versión : 2<br>Fecha: 13/11/2015<br>Página: 1 de 2 |
|---|---|---|

INFORMACION GENERAL

Fecha: 6/09/2022 Tipo de Examen: PREINGRESO

Nombre: FRANCISCO JAVIER CARMONA

Empresa: PARTICULAR

En Misión: Ninguno

Ciudad del Exámen: CALI

Cédula: 71251867 Cargo: INSTRUCTOR



FRANCISCO JAVIER CARMONA
c.c: 71251867

NORA ELENA GONZALEZ
BACTERIOLOGA UNIVALLE
T.P.24212

Nora Elena Gonzalez Escobar
Registro: 24212
Lic: N/A

Unidad de Salud Ocupacional

# OPTOMETRIA

| Cód.:FT-MO-OP-01 |
|---|
| Versión: 2 |
| Fecha: 13/11/2015 |
| Página: 1 de 2 |

## 1. INFORMACION GENERAL

Fecha: 6/09/2022 Tipo de Examen: PREINGRESO Número: 71251867

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre: | FRANCISCO JAVIER CARMONA | Cédula: | 71251867 |
| Empresa: | PARTICULAR | Cargo: | INSTRUCTOR |
| En Misión: | Ninguno | Ciudad: | CALI |
| Sexo: | MASCULINO | Edad: 47 | Sección: NA |



## 2. ANAMNESIS

Primera vez: NO Ultimo Examen visual: Años: 0 Meses: 0

Usa Rx: SI Tipo: GAFAS Uso: OCASIONAL

RX en uso OD: +1.50 RX en uso OI: +1.50 ADD: NO

Clase: MONOFOCAL Anti Reflejo: Policarbonato Otros: NO

Observaciones: NO

## 3. ANTECEDENTES PERSONALES

HTA: NO Diabetes: NO Trigliceridos: NO

Pterigio: NO Glaucoma: NO CX_Ocular: NO

Observaciones: NO

## 4. ANTECEDENTES LABORALES(Factor de Riesgo)

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FISICOS: | Radiaciones (UV-IR)NO | Soldadura:NO | Fundición:NO | Iluminación:SI | Calor:NO |
| QUIMICOS: | Polvo: NO | Humo: NO | Liquido: NO | Gases y/o Vapores: NO | |
| FISICO - QUIMICOS: | Madera: NO | Papel: NO | Textiles: NO | Sust inflam: NO | Metal: NO |
| | Plásticos: NO | Vidrios: NO | Arco Eléctrico:NO | | |
| ELECTRICOS: | Aparatos Eléctricos: NO | | | | |
| BIOLOGICOS: | Material de laboratorioNO | Secrecciones: NO | Otros: NO | | |
| ERGONOMICOS: | Fijación permanente:SI | Otros: NO | | | |

Observaciones: NO

## 5. SINTOMAS ACTUALES

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Disminución AV lejos: | NO | Cansancio: | NO | Cefalea: | NO |
| Disminución AV cerca: | NO | Lagrimeo: | NO | Prurito: | NO |
| Enrojecimiento: | NO | Ardor: | NO | Secreción: | NO |
| Desviación ocular: | NO | Fotofobia: | NO | Resequedad: | NO |

Otros: NO

## 6. EXAMEN

| Agudeza Visual: | Sin Corrección: | | Con Corrección: | |
|---|---|---|---|---|
| | Lejos OD: 20/40 | OI: 20/30 | Lejos OD: 00 | OI: 00 |
| | Cerca OD: 2.00 M- | OI: 2.00 M- | Cerca OD: 1.25 M | OI: 1.25 M |

Examen Externo: OD: SANO OI: PTERIGIO

Observaciones: NO

## 6. EXAMEN

Estado Motor

CVX Confrontación: NORMAL

Visión lejana: ORTHO  Visión próxima: ORTHO  PPC: 8

Oftalmoscopia:

| | | | |
|---|---|---|---|
| OD: | NORMAL | OI: | NORMAL |

Observaciones: NO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Refracción: | OD: | +1.50 | AV: | 20/20 | |
| | OI: | +1.50-0.50*0 | AV: | 20/20 | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Subjetivo (RX final) OD: | +1.50 | AV L: | 20/20 | AV C: | 0.5M | |
| Subjetivo (RX final) OI: | +1.50-0.50*0 | AV L: | 20/20 | AV C: | 0.5M | ADD: 1.50 |

Visión cromática OD: NORMAL  OI: NORMAL

Esteropsis: NORMAL

Observaciones: NO

## 7. DIAGNOSTICO

Diagnóstico OD: PRESBICIA,HIPERMETROPIA,

Diagnóstico OI: PRESBICIA,ASTIGMATISMO,

Recomendaciones: NO

## 8. CONDUCTA A SEGUIR

Conducta a Seguir: CAMBIO CORRECCIÓN

Control en 6 meses:

Control en 1 año:

Dotar EPP(Gafas Seguridad):

Continuar uso de EPP:

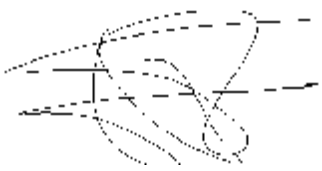
Remisión ortoptica:

Remisión oftalmología:

Corrección uso: PERMANENTE

Filtro UV:

Corrección Tipo: NO APLICA



FRANCISCO JAVIER CARMONA
c.c: 71251867



Nubia Janeth Onofre Perez
Registro: 52865391
Lic:

| Unidad de Salud Ocupacional | **AUDIOMETRIA** | Cód.:FT-MO-AU-01<br>Versión : 2<br>Fecha: 13/11/2015<br>Página:1 Página: |
|---|---|---|

## 1. INFORMACION GENERAL

Fecha: 6/09/2022 Tipo de Examen:PREINGRESO Número: 71251867

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre: | FRANCISCO JAVIER CARMONA | Cédula: | 71251867 |
| Empresa: | PARTICULAR | Cargo: | INSTRUCTOR |
| En Misión: | Ninguno | Ciudad : | CALI |
| Sexo: | MASCULINO Edad: 47 | Sección: | NA |



Antigüedad Empresa: Años: 0 Meses: 0 Antigüedad Cargo: Años: 0 Meses: 0

Tiempo de exposición a ruido en la empresa:Años: 0 Meses: 0

## 2. ANTECEDENTES LABORALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| Trabajos anteriores con exposición a ruido: | NO | Tiempo: | Años: 0 Meses: 0 |
| Uso de EPP: | NO | Explique: | NO APLICA |
| Trabajos con exposición a Ototóxicos: | NO | Cual: | NINGUNO |

## 3. ANTECEDENTES AUDITIVOS

### OTRAS FUENTES DE RUIDO

| | |
|---|---|
| Música alto volumen: | NO |
| Audifonos: | NO |
| Deportes Ruidosos: | NO |
| Motociclismo: | SI |
| Servicio militar: | NO |
| Uso de armas de fuego: | NO |
| Uso de EPP servicio militar: | NO |
| Otros Cual: NO | |

### OTRAS PATOLOGIAS

| | |
|---|---|
| Trauma craneoencefálico: | NO |
| Hipertensión arterial: | NO |
| Diabetes: | NO |
| Parálisis facial: | NO |
| Meningitis: | NO |
| Parotoditis: | NO |
| Tuberculosis: | NO |
| Sarampión: | NO |
| Rubeola: | NO |

### AFECCIONES OTOLOGICAS

| | | |
|---|---|---|
| Otalgia: | OD: NO | OI: NO |
| Otorrea: | OD: NO | OI: NO |
| Acúfenos: | OD: NO | OI: NO |
| Prúrito: | OD: NO | OI: NO |
| Vértigo: | OD: NO | OI: NO |
| Cirugía de Oído: | OD: NO | OI: NO |

### OTROS ANTECEDENTES

| | |
|---|---|
| Disminución auditiva: | NO |
| Medicamentos: | NO |
| Obesidad: | NO |
| Cigarrillo: | NO |
| Familiares: | NO |
| Malformaciones congénitas: | NO |
| Exposición a vibración continua: | NO |

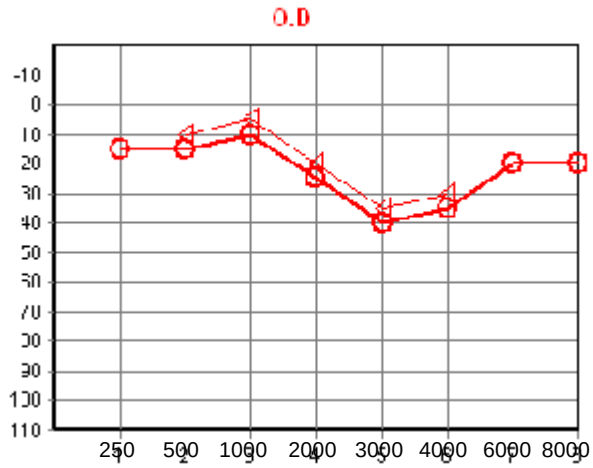
Observaciones:

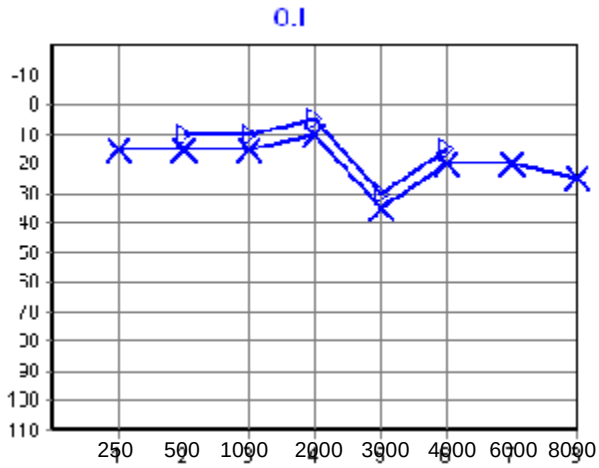
## 4. AUDIOMETRIA

Le han realizado audiometrías en el último año? SI

Resultado: NORMAL Explique: NO APLICA

| OTOSCOPIA | OD | OI | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| Tapón de Cerumen: | NO | NO | |
| Conducto Auditivo Externo: | NORMAL | NORMAL | |
| Membrana Timpánica: | NORMAL | NORMAL | |
| Secreciones: | NO | NO | |
| Otras: | | | |




| OD | 250 | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 | 8000 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Via Aérea | 15 | 15 | 10 | 25 | 40 | 35 | 20 | 20 |
| Emmas | | | | | | | | |
| Via Osea | | 10 | 5 | 20 | 35 | 30 | | |
| Emmas | | | | | | | | |

| OI | 250 | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 | 8000 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Via Aérea | 15 | 15 | 15 | 10 | 35 | 20 | 20 | 25 |
| Emmas | | | | | | | | |
| Via Osea | | 10 | 10 | 5 | 30 | 15 | | |
| Emmas | | | | | | | | |

## 5. DIAGNOSTICO

**ELI OD:** C **ELI OI:** A **SAL:** A

**DIAGNOSTICO DESCRIPTIVO**

**OD:** DESCENSO LEVE PARA LAS FRECUENCIAS 3000HZ Y 4000HZ DEMAS FRECUENCIAS DENTRO DE LOS PARAMETROS DE LA NORMALIDAD. PTA NORMAL

**OI:** DESCENSO LEVE PARA LAS FRECUENCIAS 3000HZ DEMAS FRECUENCIAS DENTRO DE LOS PARAMETROS DE LA NORMALIDAD. PTA NORMAL

**Diagnóstico Audiológico:** **OD:** HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL **SEVERIDAD:** LEVE
**OI:** HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL **SEVERIDAD:** LEVE

**Observaciones:**

**Horas reposo auditivo:** 10 **Equipo:** MAICO MA 40 EA 10 **Fecha Calibración:** 25/11/2021

| CONDUCTA A SEGUIR: | Dotar EPP: | Remisión médico EPS: | Remisión ORL EPS: |
|---|---|---|---|
| Valoración confirmatoria: | | Control en un (1) año: | Control en seis (6) meses: |
| Dotar EPP: | | Dotar doble EPP: | Continuar uso de EPP: |



FRANCISCO JAVIER CARMONA
c.c: 71251867

Lizeth Paola Santiago Mendoza
Registro: 00074
Lic: N/A

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14803937228

(415)7707212489984(8020) 000001480393722 8

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 7 1 2 5 1 8 6 7 | 3 | Impuestos de Bogotá 3 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 71251867 | 1 9 9 3 0 6 1 6 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Antioquia 0 5 | Carepa 1 4 7 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CARMONA | | FRANCISCO | JAVIER |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| DISTRIBUIDORA PACHITO CARMONA | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

41. Dirección principal: CR 14 B 163 04 AP 225 CON BALCONES DE SEVILLA

42. Correo electrónico: fcarmona_2@hotmail.com

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

## CLASIFICACIÓN

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

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

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

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

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

**Para uso exclusivo de la DIAN**

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2022 - 09 - 02 / 11 : 47: 52

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 CARMONA FRANCISCO JAVIER
985. Cargo CONTRIBUYENTE

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: 14803937228

(415)7707212489984(8020) 000001480393722 8

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 7 1 2 5 1 8 6 7 | 3 | Impuestos de Bogotá | 3 2 |

## 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 | | |
| 74. Número de notaría | | |
| 75. Entidad de registro | 0 3 | |
| 76. Fecha de registro | 2 0 1 4 0 4 0 3 | |
| 77. No. Matrícula mercantil | 7 3 3 8 9 | |
| 78. Departamento | 0 5 | |
| 79. Ciudad/Municipio | 0 4 4 | |
| 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 | | Año Mes Día | | - |
| 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

DOCUMENTO SIN COSTO CERTIFICADO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario
## Establecimientos

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14803937228

(415)7707212489984(8020) 000001480393722 8

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 7 1 2 5 1 8 6 7 | 3 | Impuestos de Bogotá 3 2 | |

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

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Comercio de partes, piezas (autopartes) y accesorios (lujos) para vehículo 4 5 3 0 |

162. Nombre del establecimiento: DISTRIBUIDORA PACHITO CARMONA

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Antioquia 0 5 | Apartadó 0 4 5 |

165. Dirección: CR 104 C 101 04

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

DOCUMENTO SIN COSTO CERTIFICADO

## Hace constar:

Que el Sr(a) JAVIER FRANCISCO CARMONA FRANCISCO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 71251867 realizó el día 17/10/2022 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 JAVIER FRANCISCO CARMONA FRANCISCO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 71251867 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**
**Compañía de Seguros S.A.**
**N.I.T 860.011.153-6**

**CERTIFICA**

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que FRANCISCO JAVIER CARMONA, identificado con Cédula Ciudadanía No. 71251867 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 21/10/2022, para el contrato registrado con fecha desde 04/10/2022 y fecha hasta 17/12/2022, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 1.

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202201020338081.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Dada en Bogotá, a los 20 días del mes de octubre de 2022

Cordialmente

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



**Impreso por Internet el 20/10/2022 04:32:43 p. m.**
**ISCDC: 20/10/2022 04:32:43 p. m.**

BBVA

Creando Oportunidades

# BBVA Colombia
# NIT 860.003.020-1
# Certifica

Que nuestro(a) cliente FRANCISCO JAVIER CARMONA, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 71,251,867 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 052367224 aperturada el 11 de abril de 2017 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 2 de septiembre de 2022.

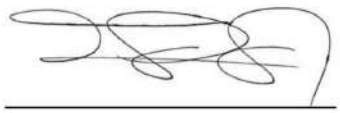
---

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

| | |
|---|---|
| Cuenta de 10 dígitos: | 0052367224 |
| Cuenta de 16 dígitos: | 0052000200367224 |
| Cuenta de 20 dígitos: | 00130052000200367224 |

---

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

# POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

## DECRETO 1082 DE 2015

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN | SUCURSAL | COD.SUC | NO.PÓLIZA | ANEXO |
|---|---|---|---|---|
| **BOGOTA, D.C.** | **NORTE** | **15** | **15-44-101269039** | **0** |

| FECHA EXPEDICIÓN DÍA | MES | AÑO | VIGENCIA DESDE DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | VIGENCIA HASTA DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | TIPO MOVIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **04** | **10** | **2022** | **04** | **10** | **2022** | **00:00** | **30** | **04** | **2023** | **23:59** | **EMISION ORIGINAL** |

### DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

| NOMBRE O RAZON SOCIAL | | IDENTIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|
| | **CARMONA, FRANCISCO JAVIER** | | **CC: 71.251.867** |
| DIRECCIÓN: CARRERA 14 B NO 163 -04 APTO | CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL | TELÉFONO: | 3235804231 |

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

| ASEGURADO / BENEFICIARIO: | | IDENTIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|
| | **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA CENTRO DE GESTION DE MERCADOS LOGISTICA Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION** | | **NIT: 899.999.034-1** |
| DIRECCIÓN: CL 52 NRO. 13 - 65 | CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL | TELÉFONO | 5941301 |

ADICIONAL:

### 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:**

PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA IMPARTIR FORMACION DE MANERA PRESENCIAL Y/O VIRTUAL DE ACUERDO A LOS NIVELES Y ESPECIALIDADES DEL CENTRO DE GESTION DE MERCADOS LOGISTICA Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION, SEGUN ESPECIFICACIONES DEL CONTRATO No.CO1.PCCNTR.4087412

.

### AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

| AMPAROS | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEG/ACTUAL |
|---|---|---|---|
| **CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO** | 04/10/2022 | 30/04/2023 | $878,873.30 |

### ACLARACIONES

| VALOR PRIMA NETA | GASTOS EXPEDICIÓN | IVA | TOTAL A PAGAR | VALOR ASEGURADO TOTAL | PLAN DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|
| $ ******20,000.00 | $ *******8,000.00 | $ *******5,320.00 | $ **********33,320.00 | $ **********878,873.30 | CONTADO |

| INTERMEDIARIO | | | DISTRIBUCION COASEGURO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE | CLAVE | % DE PART. | NOMBRE COMPAÑÍA | % PART. | VALOR ASEGURADO |
| CBE SEGUROS LTDA | 184520 | 100.00 | | | |

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

**NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN**

***PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 7 80-28 - TELEFONO: 2121808 - BOGOTA, D.C.***

15-44-101269039

**FIRMA AUTORIZADA: Gabriela A. Zarante B. - Secretaria General**

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

# POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

## DECRETO 1082 DE 2015

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN | SUCURSAL | COD.SUC | NO.PÓLIZA | ANEXO |
|---|---|---|---|---|
| **BOGOTA, D.C.** | **NORTE** | **15** | **15-44-101269039** | 0 |

| FECHA EXPEDICIÓN DÍA | MES | AÑO | VIGENCIA DESDE DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | VIGENCIA HASTA DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | TIPO MOVIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **04** | **10** | **2022** | **04** | **10** | **2022** | **00:00** | **30** | **04** | **2023** | **23:59** | **EMISION ORIGINAL** |

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

| NOMBRE O RAZON SOCIAL | | IDENTIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|
| | **CARMONA, FRANCISCO JAVIER** | | **CC: 71.251.867** |
| DIRECCIÓN: CARRERA 14 B NO 163 -04 APTO | CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL | TELÉFONO: | 3235804231 |

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

| ASEGURADO / BENEFICIARIO: | | IDENTIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|
| | **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA CENTRO DE GESTION DE MERCADOS LOGISTICA Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION** | | **NIT: 899.999.034-1** |
| DIRECCIÓN: CL 52 NRO. 13 - 65 | CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL | TELÉFONO | 5941301 |

ADICIONAL:

PAGUESTADO
PORTAL DE PAGOS

PAGINA WEB

pse

VISA MasterCard Diners Club International AMERICAN EXPRESS

CORRESPONSALES BANCARIOS

Carulla Super INTER SURTIMAX Movil Red

Bancolombia Corresponsal Bancario

éxito Gana Gana COPIDROGAS

Pagos con convenio *No aplica para transferencias

Banco de Bogotá — Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia — Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

| VALOR PRIMA NETA | GASTOS EXPEDICIÓN | IVA | TOTAL A PAGAR | VALOR ASEGURADO TOTAL | PLAN DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|
| $ ******20,000.00 | $ *******8,000.00 | $ *******5,320.00 | $ **********33,320.00 | $ **********878,873.30 | CONTADO |

| INTERMEDIARIO | | | DISTRIBUCION COASEGURO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE | CLAVE | % DE PART. | NOMBRE COMPAÑIA | % PART. | VALOR ASEGURADO |
| CBE SEGUROS LTDA | 184520 | 100.00 | | | |

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

**NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN**

***PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 7 80-28 - TELEFONO: 2121808 - BOGOTA, D.C.***

| FORMA DE PAGO | | |
|---|---|---|
| **BANCO** | **CHEQUE No.** | **VALOR** |
| | | |

| | |
|---|---|
| **EFECTIVO** | |
| **CHEQUE** | |
| **TOTAL $** | |

(415)7709998021167(8020)11002612203573(3900)000000033320(96)20231004

**REFERENCIA PAGO:**

**1100261220357-3**

**COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

**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.

PUNICA 01
RAMIREZ Impresores Ltda. PBX: 311 0235 Nit. 860.350.626-1

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**

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.

PUNICA 01
RAMIREZ Impresores Ltda. PBX: 311 0235 Nit. 860.350.626-1

*CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS*

Bogotá, 19 de octubre de 2022

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:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **T.I.** | **1028024024**<br><br>**1032103267** | **Samantha Carmona**<br><br>**Matías Carmona** | **HIJO** |

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Elija un elemento.

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: Francisco Javier Carmona

C.C. 71251867

**NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO**

## REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

| DEDUCCION | CONCEPTO | REQUISITOS |
|---|---|---|
| DEPENDIENTES | Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad. | Registro civil de nacimiento |
| | Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente. | Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas |
| | Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. | Certificado de Medicina Legal |
| | El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal | Certificado de Contador Público<br>Certificado de Medicina Legal |
| | Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. | Certificado de Contador Público<br>Certificado de Medicina Legal |

Bogotá D.C 30 de octubre 2022

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 :

1. Durante el año gravable 2021, el 80% o más de mis ingresos brutos *"sí "*provinieron la prestación de servicios de manera personal o el desarrollo de una actividad económica bajo cuenta y riesgo un empleador o contratante.
2. Durante el año gravable 2021, 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 requieran la utilización de materiales o insumos especializados, o de maquinaria o equipo especializado.
3. *Por el año gravable 2021, soy una persona natural que "no" quedé obligado a presentar declaración anual del impuesto de renta al gobierno colombiano"*
4. *Por el año gravable 2021, soy una persona natural que "no" obtuvo ingresos brutos totales superiores a 1.400 UVT ($55.582.693)*
5. *Por el año gravable 2021, " si" desarrolle una de las actividades señaladas en el artículo 340 del Estatuto Tributario o que si la desarrolló no le generó más del veinte por ciento (20%) de sus ingresos brutos.*
6. *Por el año gravable 2021, "no" preste servicios técnicos que requirieran de materiales o insumos especializados, o maquinaria o equipo especializado, cuyo costo represente más del veinticinco por ciento (25%) del total de los ingresos percibidos por concepto de tales servicios técnicos.*

En constancia de lo anterior, firmo en Bogotá a los 30 días del mes octubre

Francisco Javier Carmona

71251867