SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL QUINDÍO
CENTRO PARA EL DESARROLLO TECNOLOGICO DE LA CONSTRUCCION FP

Código Regional	**63**
Código Centro	**923110**
Fecha Elaboración	**Enero de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**98411-470801**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	FRANCISCO MESA AVILA	**C.C.**	7.168.000	**IP/Nº de contacto**	82468
Correo electrónico contratista:	fmesaa@sena.edu.co				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** NO **Es Pensionado?** NO

Banco al cual consignar: DAVIVIENDA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 570246070324792

Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los $ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA) NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 4441879/2023 **Nº Compromiso SIIF** **2923**

Valor Total del Contrato	$ 28.325.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 28.325.000	**1**	**Del**	**23/01/2023**	**Al**	**31/01/2023**	**$ 515.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 27.810.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

SERVICIOS PERSONALES: ORIENTAR FORM. TITULADA/COMPLEMENTARIA PRESENCIAL / VIRTUAL NIS 2023-02-009928

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 515.000		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	**$ 515.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 110.640**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Enero	Diciembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**4479138983**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.160.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 145.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 185.600	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL V	$ -	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 128.750	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.241.200	$ -	
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 $ 1.357.184	$ 51.500	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 41.000	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	110.640,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	184.400,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	0,00	0,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
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	**$515.000,00**	

SON: QUINIENTOS QUINCE MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DEL 23 AL 31 DE ENERO DE 2023
Informe de Actividades desarrolladas del 23 al 31 de enero de 2023, según objeto del contrato de prestación de servicios
Técnico en Operación de Maquinaria pesada para excavación Ficha 2449708
Técnico en Operación de Maquinaria pesada para excavación Ficha 2673315

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.

FRANCISCO MESA AVILA
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,

CLARA MARIA GARCIA CRUZ
COORDINADORA ACADÉMICA

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

ANSTRONG ALBERTO GOMEZ RIOS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	7168000
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			FRANCISCO MESA AVILA MESA AVILA
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	KRA 11 A 14 82	TELÉFONO:	7000000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4479138983**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES diciembre	AÑO 2022	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES diciembre	AÑO 2022
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/01/02	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9992802883

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 160.000	$ 0	$ 160.000
SUBTOTALES:										**$ 160.000**	**$ 0**	**$ 160.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 125.000
SUBTOTALES:													**$ 125.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 125.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES							
																										PENSIÓN									SALUD							ARP												
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS																						
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADOR	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 7168000	MESA AVILA FRANCISCO	INDEPEND		$ 1.200.000				NO								01-30										230201-PROTECCION	30	$ 1.000.000	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 160.000	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.000.000	$ 125.000	$ 0	$ 125.000			$ 0		$ 0	$ 0	$ 0			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 285.000**

Planilla Pagada

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT.830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 9320663548 DV: 948876

Cajero: JICODICA

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 02/01/2023 14:52:12

PS Recaudador:
914395 EFECTY PASAJE BOLIVAR

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 7168000

Nombre:	FRANCISCO
Apellido 1:	MESA
Apellido 2:	AVILA
TIPO DOCUMENTO:	CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO:	3115398634
Codigo Planilla:	4479138983
Periodo Pago:	2022/12
Valor Comision:	0
Valor Iva Comision:	0

Referencia	Valor
7168000	$285.000,00

Valor recibido: $285.000,00
Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Con la solicitud y aceptacion de mi parte, de la prestacion de este servicio, entiendase que manifiesto verbalmente mi autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente he entregado a Efectivo Ltda., Estos datos pueden ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1) 6510101
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

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 MESA AVILA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **7168000** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 7168000
NOMBRES Y APELLIDOS	FRANCISCO MESA AVILA
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	17/03/2022
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	36
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	36
EMPLEADOR(ES)	CC 7168000 FRANCISCO MESA DESDE 17/03/2022

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **06/01/2023**

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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MESA AVILA FRANCISCO** identificado(a) con **CC** número **7.168.000** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 14 de junio de 1996 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 40% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 60% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 12 de enero de 2023.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2023011208382

Hace constar:

Que el Sr(a) FRANCISCO MESA AVILA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 7168000 realizó el día 25/01/2023 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 FRANCISCO MESA AVILA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 7168000 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 -

EXAMEN AUDIOMETRÍA

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 20/09/2021 BOGOTA D.C
Paciente: FRANCISCO MESA AVILA
Género MASCULINO **Edad:** 47
Fecha Nacimiento: 25/02/1974
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección CRA 13 N 14 55
Empresa SENA - ARMENIA

Tipo de Examen: SEGUIMIENTO
Identificación: 7168000
Teléfono 0 **Móvil:** 3115398634
Cargo: INSTRUCTOR
EPS: MEDIMAS
Escolaridad: TÉCNICO

ANTECEDENTES LABORALES

EMPRESA	CARGO	EXPOSICION A RUIDO	PROTECCION AUDITIVA	TIEMPO
SENA	INSTRUCTOR MAQUINARIA PESADA	8H/DIA	INSERCIÓN O COPA	6 AÑOS

HISTORICO ANTECEDENTES PERSONALES

ANTECEDENTE	FECHA	OBSERVACIONES
1. OYE EN CONVERSACIÓN CORRIENTE	28/09/2021	DISMINUCIóN AUDITIVA

ANTECEDENTES PERSONALES

ANTECEDENTE	HALLAZGO	OBSERVACIONES
1. OYE EN CONVERSACIÓN CORRIENTE	S	DISMINUCIóN AUDITIVA
2. TRASTORNO DE EQUILIBRIO	N	
3. TRASTORNO DE LENGUAJE	N	
4. ACUFENOS	N	
5. OTORREA	N	
6. TRAUMAS	N	
7. CIRUGIAS	N	
8. DOLOR O.D. O.I.	N	
9. OTITIS	N	
10. EXP. EXTRALABORAL	N	
11. UTILIZA MEDICAMENTOS OTOTOXICOS	N	
12. PRESENTA ANTECEDENTES CONGENITOS	N	
13. OTROS	N	

HISTORICO ANTECEDENTES EXTRALABORALES

ANTECEDENTE	FECHA	OBSERVACIONES
2. MUSICA CON AUDIFONOS	28/09/2021	MUY OCASIONAL

ANTECEDENTES EXTRALABORALES

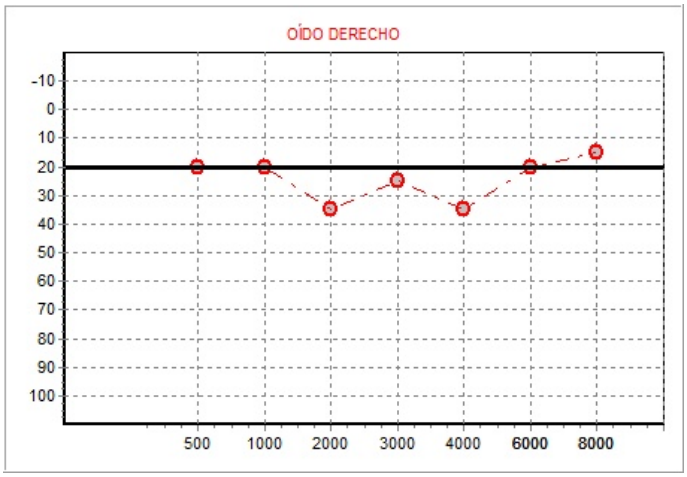
ANTECEDENTE	HALLAZGO	OBSERVACIONES
1. POLIGONO	N	
2. MUSICA CON AUDIFONOS	S	MUY OCASIONAL
3. MUSICA A ALTO VOLUMEN	N	
4. BUCEO	N	
5. MOTO	N	
6. TEJO	N	
7. OTROS.	N	

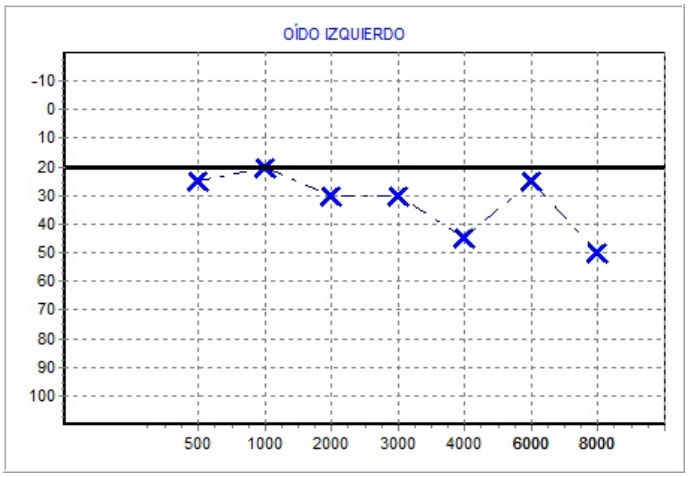
EVALUACIÓN

EQUIPOS QUE MANEJA No Aplica
MATERIAS PRIMAS E INSUMOS No Aplica
ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL No Aplica
REPOSO AUDITIVO: S **FECHA DE ÚLTIMO EXAMEN: -2019**
OTOSCOPIA OI: NORMAL
OTOSCOPIA OD: NORMAL

USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE

AUDIOGRAMA





CONCLUSIONES

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

OD: DESCENSO LEVE EN FRECUENCIA(S): 2000-4000- OI: DESCENSO LEVE EN FRECUENCIA(S): 2000-3000- DESCENSO MODERADO EN FRECUENCIA(S): 4000-8000-
PTA OIDO DERECHO 25.00 - Audición Normal PTA OIDO IZQUIERDO 26.25 - Hipoacusia Leve

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO. 4.EVITAR USO PROLONGADO DE AUDIFONOS DE MÚSICA. 5.REALIZAR AUDIOMETRIA CLINICA POR EPS.

CONCEPTO Anormal

HIPOACUSIA LEVE

GATISST: OD: DESCENSO LEVE EN FRECUENCIA(S): 2000-4000- OI: DESCENSO LEVE EN FRECUENCIA(S): 2000-3000- DESCENSO MODERADO EN FRECUENCIA(S): 4000-8000-

EQUIPO Y FECHA CALIBRACIÓN:

NORMA CONSTANZA CABRERA MOTTA -
Profesional

FRANCISCO MESA AVILA 7168000
Firma y cédula del Paciente

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9

ZONAMEDICA MR SAS - IPS
900170994

ANEXO CARDIOVASCULAR

Empresa SENA - ARMENIA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre	FRANCISCO MESA AVILA	**Sexo**	MASCULINO	**Identificación**	7168000	**Edad**	47
Estado Civil	SOLTERO(A)			**Fecha y Lugar de Nacimiento**	25/02/1974	TUNJA	
Dirección	CRA 13 N 14 55	**Teléfono**	0	**Profesión**	NINGUNA		
E.P.S.	MEDIMAS			**Escolaridad**	TÉCNICO		

INFORMACIÓN OCUPACIONAL ACTUAL

Cargo	INSTRUCTOR	**Fecha de Ingreso**	20/09/2021	**Antiguedad**	0	**Turno**	DIURNO

Anamnesis

Nombre	Concepto	Notas
No Refiere		

Antecedentes Patológicos (Familiares)

Nombre	Concepto	Notas
No Refiere		

Antecedentes Patológicos (Personales)

Nombre	Concepto	Notas
No Refiere		

Examen Físico - Revisión por Sistemas

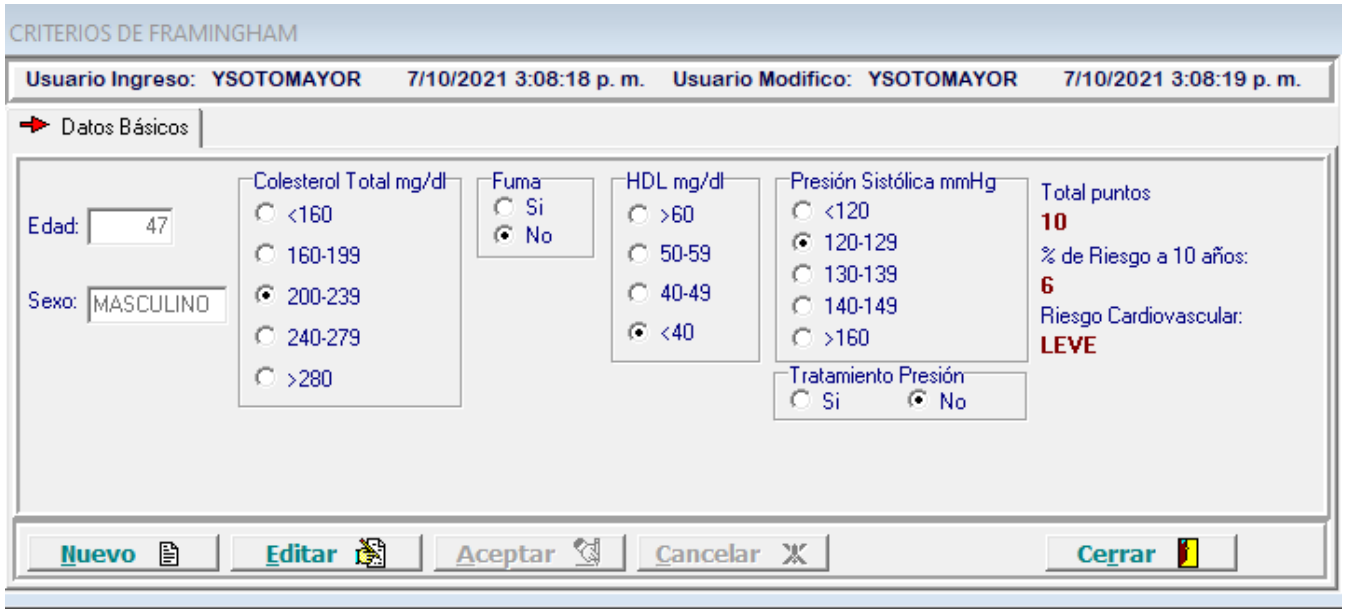
Revisión por Sistemas	Edema de miembros inferiores	Palpitaciones	Sincope	Disnea	Dolor precordial	

¿Cuál?

Examen Físico	***Talla***	170	***Peso***	77.2	***Índice Abdominal***	96	
	Tensión	124/80	***Frecuencia Cardíaca***	79	***Frecuencia Respiratoria***	20	

Paraclínicos	***Glicemia en Ayunas***	***Colestero alta densidad***	***Colesterol muy baja densidad***
	Colesterol Total	***Colesterol baja densidad***	***Triglicéridos***

YURANIS VANESSA SOTOMAYOR LLANOS	-	**FRANCISCO MESA AVILA**	**7168000**
Firma Profesional	Registro	Firma Empleado	Cedula


CRITERIOS DE FRAMINGHAM
Usuario Ingreso: YSOTOMAYOR 7/10/2021 3:08:18 p. m. Usuario Modifico: YSOTOMAYOR 7/10/2021 3:08:19 p. m.
Datos Básicos
Edad: 47
Sexo: MASCULINO
Colesterol Total mg/dl
<160
160-199
200-239
240-279
>280
Fuma
Si
No
HDL mg/dl
>60
50-59
40-49
<40
Presión Sistólica mmHg
<120
120-129
130-139
140-149
>160
Tratamiento Presión
Si
No
Total puntos
10
% de Riesgo a 10 años:
6
Riesgo Cardiovascular:
LEVE
Nuevo
Editar
Aceptar
Cancelar
Cerrar

ANEXO NUTRICIÓN

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 20/09/2021 BOGOTA D.C
Paciente: FRANCISCO MESA AVILA
Género MASCULINO **Edad:** 47
Fecha Nacimiento: 25/02/1974
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección CRA 13 N 14 55
Empresa SENA - ARMENIA

Tipo de Examen: SEGUIMIENTO
Identificación: 7168000
Teléfono 0 **Móvil:** 3115398634
Cargo: INSTRUCTOR
EPS: MEDIMAS
Escolaridad: TÉCNICO

HISTORIA

Peso Saludable: 73 **Peso Meta Inicial:** 0 Medicamentos:
Desayuno: S - **Hora:** - **Observaciones:** NO DESAYUNA
Nueves: - **Hora:** - **Observaciones:**
Almuerzo: - **Hora:** 2PM - **Observaciones:** BANDEJA PAISA+ GASEOSA
Onces: S - **Hora:** - **Observaciones:**
Comida: - **Hora:** 7PM - **Observaciones:** AGUA DE PANELA CON PAN

Lacteos: 0
Pescado: 1
Hueno: 1
Frutas: 1
Cereales: 1
Tubérculos/Raíces: 2
Azúcares/Dulces: 1
Agua: 2

Carnes: 1
Pollo: 1
Leguminosas: 1
Hortalizas: 1
Productos de Panaderia: 1
Plátanos: 1
Greasas: 1
Otros

DIAGNÓSTICO: SOBREPESO

RECOMENDACIONES COCINAR AL VAPOR O HERVIR, EN VEZ DE FREÍR, ESCOGER PRODUCTOS CON MENOR CONTENIDO DE SODIO. INCLUIR VERDURAS EN TODAS LAS COMIDAS, COMER FRUTAS Y VERDURAS FRESCAS DE TEMPORADA,TOMAR AGUA ANTES Y DESPUES DE COMER.

USO EXCLUSIVO PACIENTE

YURANIS VANESSA SOTOMAYOR LLANOS -
Profesional

FRANCISCO MESA AVILA 7168000
Firma y cédula del Paciente

EXAMEN OPTOMETRÍA

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 20/09/2021 BOGOTA D.C
Paciente: FRANCISCO MESA AVILA
Género MASCULINO **Edad:** 47
Fecha Nacimiento: 25/02/1974
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección CRA 13 N 14 55
Empresa SENA - ARMENIA

Tipo de Examen: SEGUIMIENTO
Identificación: 7168000
Teléfono 0 **Móvil:** 3115398634
Cargo: INSTRUCTOR
EPS: MEDIMAS
Escolaridad: TÉCNICO

EVALUACIÓN

Usa Computador : S **Horas al día :** **Iluminación Artificial :** N **Iluminación Natural :** N Última Evaluación : 0
Tiene algún tipo de exposición a compuestos químicos : N **¿Cuales? :**
Accidentes oculares: NO REFIERE
Antecedentes Personales: NO REFIERE
Sintomatología : AMBLIOPIA EN OJO DERECHO
Cirugía ocular : N
Usa Corrección N
¿Gafas? : N **¿Lentes de Contacto?** N

Agudeza Visual

Visión Lejana	**Sin Corrección**	**Derecho: 20/ 200**	**Ambos: 20/ 20**	**Izquierdo: 20/ 20**	
	Con Corrección:	**Derecho: 20/**	**Ambos: 20/**	**Izquierdo: 20/**	
Visión Próxima	**Sin Corrección**	**Derecho: 20/ 200**	**Ambos: 20/ 30**	**Izquierdo: 20/ 30**	
	Con Corrección	**Derecho: 20/**	**Ambos: 20/**	**Izquierdo: 20/**	
Lensometría	**Izquierdo :**		**Derecho :**		**ADD :**

Examen Externo: SANO

Examen Motor: OD: ESTRABISMO CONVERGENTE. OI: NORMAL

Oftalmoscopia: SANO

VIsión cromática OD: NORMAL - OI: NORMAL

Campo Visual OD: NA - OI: NA

Estereopsis: ANORMAL

Queratometría OD: NO EXAMINADO - OI: NO EXAMINADO

Retinoscopia OD: N - OI: N

Subjetivo OD: - AV: 0 - Subjetivo OI - AV: 0

Cie10: AMBLIOPIA EX ANOPSIA-H530
Cie10: ESTRABISMO CONCOMITANTE CONVERGENTE-H500
Cie10: PRESBICIA-H524

Recomendaciones: EVITAR USO DE HERRAMIENTAS DE PRECISIÓN Y OBJETOS CORTOPUNZANTES. REQUIERE USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA CERCA. CONTROL ANUAL POR OPTOMETRÍA

Diagnóstico: OD: AMBLIOPIA MODEREADA Y ESTRABISMO. OI: PRESBICIA LEVE SIN CORREGIR

Concepto: PERIODICO CON ALTERACION OPTOM

Formula Final: OD: OI:
ADD :
Distancia Pupilar :
Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica : N
Remitido: -

Cindy Vanegas B.
OPTÓMETRA
T.P. 2479

CINDY STEPHANY VANEGAS BARRANTES -
Profesional

FRANCISCO MESA AVILA 7168000
Firma y cédula del Paciente

USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE

EVALUACIÓN OSTEOMUSCULAR

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	20/09/2021 BOGOTA D.C		**Tipo de Examen:**	SEGUIMIENTO	
Paciente:	FRANCISCO MESA AVILA		**Identificación:**	7168000	
Género	MASCULINO	**Edad:** 47	**Teléfono**	0	**Móvil:** 3115398634
Fecha Nacimiento:	25/02/1974		**Cargo:**	INSTRUCTOR	
Estado Civil:	SOLTERO(A)		**EPS:**	MEDIMAS	
Dirección	CRA 13 N 14 55		**Escolaridad:**	TÉCNICO	
Empresa	SENA - ARMENIA				

Descripción del Riesgo Biomecánico en el Cargo Actual - No aplica para exámenes de Ingreso.

Número de veces al día que manipula objetos: 0 - **Número de horas al día que Manipula objetos:** 0
Peso que levanta en promedio diario:
Esfuerzos más frecuentes: - **Halar:** - **Empujar:** - **Descargar:** - **Levantar:** - **Cargar:** -
Ayuda con la que cuenta: **Mecánica** : - **Otra Persona:** - **Ninguna:** -
Toma los objetos: **Del piso:** : - **A la altura de la cintura:** - **Encima del Hombro:** -
Coloca los objetos: **Del piso:** : - **A la altura de la cintura:** - **Encima del Hombro:** -
Trayecto de la carga::

Posturas (Continuo):
Sedente - Mayor o igual a 2 horas: - - Bípeda - Mayor o Igual a 2 horas: X - Cuclillas - Mayor o Igual a 2 horas: - Rodillas - Mayor o Igual a 2 horas: -
Tiempo Jornada: >75% - **Tiempo Jornada:** Utiliza herramientas que vibran: N0 - Debe estar sentado o de pie sobre una superficie: NO
Movimientos Repetitivos: En un período continuo de 15 minutos acumulando 2 horas en la jornada diaria:
Del hombro con mas de 4 veces por minuto: NO Del codo con más de 4 veces por minuto: NO De la muñeca con mas de 4 veces por minuto: SI

Uso de videoterminales: Durante cuatro(4) horas al día o menos: SI Durante veinte(20) horas a la semana o más: NO
Observaciones: Funcionario que labora como instructor en el area de maquinaria pesada , su postura es mas del 75% en posicion de pie. Se encuentra trabajando presencial.

Antecedentes Osteomusculares: Ninguno

Actividades Extralaborales

Actividad	Descripción de la Actividad	Frecuencia en días por Semana	Duración minutos por día
Deportiva:	- NO NINGUNO		
Oficios en el Hogar:	- SI VARIOS	2	120
Pasatiempos:	- NO NINGUNO		

USO EXCLUSIVO

Examen de Columna

Vista Lateral: **Normal :** - - **Cifótica:** X **Lordótica :** - **Cifoordótica :** -
Vista Posterior: **Alineada :** X **Escoliosis Dorsal:** - **Escoliosis Lumbar** - **Escoliosis de Dobre Curva:** -
Palpación (dolor):: NO
Masas Musculares - Espasmos:: NO
Flexión lateral anterior:: NORMAL
Rotación columna:: NORMAL

Balance de Columna

	Refracción derecho	Refracción Izquierdo	Fuerza Derecho	Fuerza Izquierdo
Pectoral Mayor	Normal		5	5
Trapecios	Normal	Normal	5	5
Psoas Iliaco		Normal	5	5
Isquiotibiales	Normal	Normal	5	5
Triceps sural	Normal	Normal	5	5
Extensores de Cadera	Normal	Normal	5	5
Flexores de Cadera	Normal	Normal	5	5
Cuadriceps	Normal	Normal	5	5
Abdominales	Normal	Normal	5	5
Paraespinales	Normal	Normal	5	5

Evaluación de otros segmentosSegmentos

Seleccione si presenta limitación, edema, dolor o deformidad

		Hombro	Brazo	Codo	Antebrazo	Mano	Dedos	Caderas	Rodillas	Piernas	Cuello de Pie	Pie
Lado	Derecho	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Izquierd	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Observaciones:

Antecedentes osteomusculares: tes de neer positivo en hombro derecho. Recomendaciones: Conservar una adecuada postura frente al video terminal, linea superior de la pantalla alienada a los ojos, espalda derecha apoyada siempre en el espaladar de la silla, antebrazos apoyados sobre el escritorio y en un angulo de 90°, cadera, rodilla y pie en un angulo de 90°, alternar la postura, Utilizar los elementos ergonomicos necesarios en su puesto de trabajo, conservar una buena postura mientras se encuentra de pie, realizar las pausas activas dentro de la jornada laboral a las 9:00 am y 3:00 pm, realizar actividad fisica minimo tres veces a la semana.

Reflejos Tendinosos

Reflejos Osteotendinosos Simétricos **Reflejos Osteotendinosos** Negativo **Lateralidad** **Tinel** Negativo **Lateralidad** **Phanel** **Lateralidad dominante** Diestro

PRUEBAS ESPECIALES

Pinzamiento subacromial Positivo **Prueba para epicondilitis** Negativo **Prueba de Finkelstein** Negativo **Rodilla Ligamento** Negativo **Rodilla Patela** Negativo **Test Wells** Grado IV **Test Schóner** 0 **cms**

LIDIA BIBIANA LOSADA VERJAN -
Nombre y firma del Especialista

FRANCISCO MESA AVILA 7168000
Firma y cédula del Paciente

ANALISIS DE VOZ Y CALIDAD VOCAL

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	20/09/2021 BOGOTA D.C		**Tipo de Examen:**	SEGUIMIENTO	
Paciente:	FRANCISCO MESA AVILA		**Identificación:**	7168000	
Género	MASCULINO	**Edad:** 47	**Teléfono**	0	**Móvil:** 3115398634
Fecha Nacimiento:	25/02/1974		**Cargo:**	INSTRUCTOR	
Estado Civil:	SOLTERO(A)		**EPS:**	MEDIMAS	
Dirección	CRA 13 N 14 55		**Escolaridad:**	TÉCNICO	
Empresa	SENA - ARMENIA				

EVALUACIÓN DE VOZ

ANAMNESIS

1. ¿Ha estado en tratamiento fonoaudiológico en los últimos 3 años	NO
En caso de respuesta afirmativa, indique:	
a) Dificultades a nivel del habla y lenguaje	
b) Disfonías, Afonías	
c) Dificultades articulatorias y de fluidez	
d) Dificultades a nivel auditivo	
e) Otros	
2. Etiología	
a) Ronquera	NO
b) Dolor al momento de hablar	NO
c) Pérdida de la intensidad de la voz y/o fatiga	NO
d) Odinofagia	NO
e) Rinitis - Sinusitis - Asma	NO
f) Enfermedades digestivas - Reflujo gastroesofágico	NO
g) Otros	SI
3. Hábitos	
a) ¿Fuma?	SI
b) ¿Consume licor?	Ocasional
c) ¿Gusta de comidas picantes	SI
d) ¿Gusta de bebidas en exceso frías o calientes?	NO
e) ¿Acostumbra a consumir bebidas oscuras, como tinto, té o gaseosas?	NO
f) ¿Se automedica?	NO
g) ¿Tiende a elevar la voz, realizar variaciones de voz o gritar	SI
4. Antecedentes laborales - Labores desempeñadas mediante el uso de la voz:	
a) Docencia	SI
b) Asesor de Call center / Contact center / Chat	NO
c) Conferencista	NO
d) Cantante	NO
e) Locutor de radio / Periodista	NO
- Tiempo desempeñando la profesión:	6 Años Meses
- Promedio diario en horas:	4
- Posición adoptada durante el trabajo:	Bípeda

5. Condiciones del lugar de trabajo

a) Ambiente ruidoso	SI
b) Exposición a humo (Chimeneas, Cigarrillo)	SI
c) Exposición a agentes químicos	NO
d) Exposición a bajas temperaturas	NO
e) Exposición a altas temperaturas	NO

VALORACIÓN DE LAS CUALIDADES VOCALES

TONO: 0 Hz - NORMAL - MEDIO

FRECUENCIA FUNDAMENTAL Fo. (Media Fo.) (100 Hz a 300 Hz) : 0 Hz -

JITTER: 0 %

SHIMMER : 0 % -

TIEMPO MÁXIMO DE FONACIÓN (a): 17.84 seg - NORMAL

TIEMPO FISIOLÓGICO DE FONACIÓN (s): 10.26 seg - ANORMAL

COEFICIENTE FONATORIO (Índice a/s): 0.5 - Posible deficiencia respiratoria

TIPO RESPIRATORIO: COSTAL SUPERIOR

MODO RESPIRATORIO: NASAL

INTENSIDAD DE LA VOZ:

Voz Normal (50 - 55 dB): 55 dB

Hablar en Público (60 - 65 dB): 0 dB

Voz con Esfuerzo (70 - 75 dB): 0 dB

Voz Cantada (80 - 85 dB): 0 dB

Máxima (90 dB): 0 dB

Impresión Diagnóstica:

Comportamiento vocal atípico. Parámetros vocales que indican posible riesgo de patologías vocales de tipo funcional. (Disfonía funcional, Alteraciones de tipo respiratorio, Alteraciones en la fluidez y articulación)

Concepto:

Cualidades de voz normal, con riesgo de patologías vocales de tipo funcional.

Recomendaciones:

Coeficiente Fonatorio indica posible deficiencia respiratoria. ENFASIS en pautas de respiración, (respiración diafragmática-abdominal) hidratación permanente con agua a temperatura ambiente, evitar esfuerzos vocales, evitar exposición a cambios de temperatura fuertes, manejo de una buena postura corporal, ejercitar la voz y la respiración mediante técnicas, evitar inadecuados hábitos como gritar, carraspear, consumo de alcohol, cafeína, cigarrillo, bebidas negras, dulces mentolados, bebidas muy calientes o frías, alimentos muy condimentados o picantes.

NORMA CONSTANZA CABRERA MOTTA -
Profesional

FRANCISCO MESA AVILA 7168000
Firma y cédula del Paciente

LABORATORIO CLÍNICO

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9

ZONAMEDICA MR SAS - IPS
900170994

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

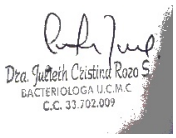
Fecha y Lugar: 9/20/2021 BOGOTA D.C
Paciente: FRANCISCO MESA AVILA
Género MASCULINO **Edad:** 47
Fecha Nacimiento: 2/25/1974
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección CRA 13 N 14 55
Empresa SENA - ARMENIA

Tipo de Examen: SEGUIMIENTO
Identificación: 7168000
Teléfono 0 **Móvil:** 3115398634
Cargo: INSTRUCTOR
EPS: MEDIMAS
Escolaridad: TÉCNICO

Informe de Laboratorio: 384992

EXÁMENES REALIZADOS

Exámenes	Resultados	Valores de Referencia	Notas
GLICEMIA - FECHA Y HORA EXACTA: 2021-09-24 17:11:40.0000	91,2mg/dl	70-110 mg/dl	
PERFIL LIPIDICO - FECHA Y HORA EXACTA: 2021-09-24 17:11:42.0000			
COLESTEROL HDL	38,5 mg/dl	Mayor de 40 mg/dl	
COLESTEROL LDL	150 mg/dl	Hasta 160 mg/dl	
COLESTEROL TOTAL	232 mg/dl	Hasta 200 - Riesgo Medio<239 - Riesgo Alto>240	
TRIGLICERIDOS	215,6 mg/dl	Hasta 200 mg/dl	



JULIETH CRISTINA ROZO SALINAS -
Profesional

FRANCISCO MESA AVILA 7168000
Firma y cédula del Paciente

USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 22/01/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	899999034	**Cédula Usuario:**	CC 1097722981
Nombre:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA				
Dirección:	CLL 57 8-64				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	accidentalidadsst@sena.edu.co				
Teléfono:	5978250		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1855101 FORMACION ACADEMICA NO FORMAL, INCLUYE LA EDUCACION QUE SE OFRECE CON EL OBJETO DE COMPLEMENTAR, ACTUALIZAR, SUPLIR CONOCIMIENTOS Y FORMAR ACADEMICAMENTE A TRAVES DE CURSOS CON PROGRAMAS QUE TIENEN UN CARACTER ORGANIZADO Y CONTINUO, AUNQUE NO ESTEN SUJETOS AL SISTEMA DE NIVELES Y GRADOS ESTABLECIDOS EN LA EDUCACION FORMAL				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1097722981	JOSE LUIS YEPES QUINTERO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	60	23/01/2023	CC 7168000	MESA AVILA FRANCISCO	5	6.960	**Independiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

8329ED025C1C7E61ABD09EF2DB411B1F

Certificado impreso el día 1/22/2023 2:38:07 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 941 541**, en Bogotá (**601**) **6000 811.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

FRANCISCO
MESA AVILA
7168000

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
899999034

Este carné es personal e intransferible.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

ARMENIA, **12/01/2023**
QUINDIO,
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor FRANCISCO MESA AVILA** con **Cédula de Ciudadanía** número **7168000**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**0570246070324792**
Fecha de apertura	**28/03/2014**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

Ciudad de Expedición:	Sucursal:	Cod. Sucursal:	Nro. Póliza:	Anexo:
ARMENIA	ARMENIA	60	60-46-101000893	0

Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:	Vigencia Hasta:			A las:	Tipo Movimiento:
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	
29	01	2021	01	02	2021	00:00	16	02	2022	00:00	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social:	MESA AVILA FRANCISCO			Identificación:	7168000
Dirección:	CARRERA 13- 14-55	Ciudad:	ARMENIA - QUINDIO	Teléfono:	3115398634

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA- REGIONAL QUINDIO			Identificación:	899999034-1
Dirección:	AVENIDA CENTENARIO 47N-15	Ciudad:	ARMENIA - QUINDIO	Teléfono:	7248113

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:
EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.2182801 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA EN LA MODALIDAD PRESENCIAL Y/O VIRTUAL CONFORME A LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS EN EL CENTRO PARA EL DESARROLLO TECNOLÓGICO DE LA CONSTRUCCIÓN Y LA INDUSTRIA, ATENDIENDO LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	01/02/2021	16/02/2022	$ 2,560,000.00

OBSERVACIONES:

Valor Prima Neta:	Gastos Expedición:	IVA:	Total a Pagar:	Valor Asegurado Total:	Fecha Límite de Pago:
$ 15,000.00	$ 8,000.00	$ 4,370.00	$ 27,370.00	$ 2,560,000.00	29/01/2021

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
DPG SEGUROS SOCIEDAD LTDA	153943	100,00			

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

Para efecto de notificaciones la dirección de Seguros del Estado S.A. es CRA. 14 NO. 14 N - 30 PISO 1 - Teléfono: 7358800 - ARMENIA

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdelestado.com

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

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

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

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

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

Hacemos constar, que la póliza No. 60-46-101000893, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

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

Dado en ARMENIA, a los 29 días del mes de Enero de 2021



FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

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

PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.60-46-101000893

1. AMPAROS.

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

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

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

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

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

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

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

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

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

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

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

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

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

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

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

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

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

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

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

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

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

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

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

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

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

2. EXCLUSIONES.

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

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

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

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

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

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

3. SUMA ASEGURADA.

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

4. VIGENCIA.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. COMPENSACIÓN.

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

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

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

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

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

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

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

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

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

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

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

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

13. COASEGURO

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

CUFE: 3fa9cb0e05e0d044a7b21061a37f468b630741c9f90a8a7f231e7c8983796e0609ce08be3ec57e61327d9bb22a3eeda7

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578

Factura Electrónica
De Venta

N°. 60G-5065

Grandes Contribuyentes
I.V.A Régimen Común
Agente Retenedor de I.VA
Código CIIU 6511
Somos Gran Contribuyente de ICA para Bogotá según Resolución Número DDI-042065 13/10/2019
Resolución Dían No. 18764004148302. Fecha de vigencia desde 2020/09/14 hasta 2022/03/14 Con Prefijo 60G, Desde 1 A 500000.
Autoriza DE 1 AL 500000

Fecha	Hora
29 01 2021	00:00:00

Fecha validación Dian:2021/01/29 17:44:21

La factura no es constancia del recaudo o pago de la póliza

Razón Social:	MESA AVILA FRANCISCO
Cédula de ciudadanía:	7168000
Dirección:	KR 11 A NRO. 14 - 82
Telefono:	3115398634
E-mail:	PACHOFMA@HOTMAIL.COM

No.	Cód Ramo Comercial	Descripción	Unidad	Cantidad	Valor Uni	Valor
1	46	POLIZA DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL ONLINE - 60 - 101000893	unidad	1	23,000.00	23,000.00

Total 1

Observaciones:

Valor en letras: VEINTI SIETE MIL TRECIENTOS SETENTA PESOS

Subtotal	23,000.00
Impoconsumo	0.00
IVA	4,370.00
Total	27,370.00

Forma de Pago: Contado

Medio de Pago: Efectivo

Firma Autorizada

IFactura Transfiriendo
Proveedor Tecnológico Autorizado DIAN Nit: 900.032.159-4

Referencia pago
1100020077612-1

(415)7709998021167(8020)11000200776121(3900)000000027370(96)20220201

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14731656495

(415)7707212489984(8020) 000001473165649 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 1 6 8 0 0 0	8	Impuestos y Aduanas de Armenia 1	

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	7 1 6 8 0 0 0	1 9 9 2 0 8 2 8

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MESA	AVILA	FRANCISCO	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Quindío 6 3	Armenia 0 0 1

41. Dirección principal
CR 13 14 55

42. Correo electrónico pachofma@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 1 5 3 9 8 6 3 4	

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
3 3 1 2	2 0 1 1 0 5 1 0	7 1 2 0	2 0 1 1 0 5 1 0				7 2 1 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	4	9																								

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 01 - 20 / 12 : 14: 30

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 MESA AVILA FRANCISCO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 26 de Enero de 2023

SENA - CFP-639231
Radicacion Recibida
No:63-1-2023-000375
26/01/2023 4:05:38 P. M.
Folios: 1 Anexos: 1

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.	**1051068527**	**FRANK ALEJANDRO MESA ACOSTA**	**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: FRANCISCO MESA AVILA

C.C. 7168000 de Tunja (Boyacá)

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1051965527

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 40821711

4082171 1*

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
	X	03				007

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

COLOMBIA BOYACA TUNJA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
VERA	ACOSTA

Nombre(s)

FRANK ALEJANDRO

Fecha de nacimiento			Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2000	Mes MAYO	Día 15	MASCULINO	NO SE	NO SE

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA BOYACA TUNJA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	29250145

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ACOSTA BLANCO SANDRA PATRICIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 23.306.232 DE TUNJA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

VERA AVILA FRANCISCO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 7.163.000 DE TUNJA	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

VERA AVILA FRANCISCO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 7.163.000 DE TUNJA	

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 2000 Mes ABR Día 05	LUIS ALBERTO VILLAMIL GUERRERO Nombre y firma

NOTARIO 34 ENCARGADO
TUNJA

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

COLEGIO SAGRADA FAMILIA - ARMENIA

CONGREGACION DE HERMANAS TERCIARIAS CAPUCHINAS DE LA SAGRADA FAMILIA - - PROVINCIA MADRE DEL BUEN PASTOR
NIT. 860.506.429-9
Carrera 13 No. 12-11 Parque Sucre - PBX. (57-6) 7462697
Armenia

Banco	Davivienda RP
Cuenta	CA 136200104109
Recibo	*0001005571*

Recibo de Pago

Copia Estudiante

Código 1051068527 MESA ACOSTA, FRANK ALEJANDRO **Curso** 10°-A **Fecha** 05/12/2022 **Mes** Enero

Conceptos	Valor	Conceptos	Valor
Matrícula	427682		0
Otros Costos Educat	328982		0
	0		0
	0		0
	0		0
	0		0

Pague hasta	Valor
2022/12/31	$ 756.664
Recargo ExtraO. 1	50.000
2023/01/30	$ 806.664
Recargo ExtraO. 2	50.000
2023/01/30	$ 806.664
Fecha de Pago	Valor Pagado

Nota: "Un joven que se educa es una generación que se salva" Fray Luis Amigó

COLEGIO

COLEGIO SAGRADA FAMILIA - ARMENIA

Banco	Davivienda RP
Cuenta	CA 136200104109
Ref. de Pago	*0001005571*
Cod. Estudiante	1051068527
Nombre	MESA ACOSTA, FRANK ALEJANDRO
Fecha Limite	2023/01/30
Valor a Pagar	$ 806.664

Copia Banco

(415)7709998721173(8020)0001005571(3900)0000806664(96)20230130

Valor al Tercer Corte

Pague con Efectivo y/o Cheque de Gerencia. Sin timbre de caja no tiene validez

COLEGIO SAGRADA FAMILIA - ARMENIA

Banco	Davivienda RP
Cuenta	CA 136200104109
Ref. de Pago	*0001005571*
Cod. Estudiante	1051068527
Nombre	MESA ACOSTA, FRANK ALEJANDRO
Fecha Limite	2023/01/30
Valor a Pagar	$ 806.664

Copia Banco

(415)7709998721173(8020)0001005571(3900)0000806664(96)20230130

Valor al Segundo Corte

Pague con Efectivo y/o Cheque de Gerencia. Sin timbre de caja no tiene validez