SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS- BTÁ D.C

Código Regional	**11**
Código Centro	**940510**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**44288-187175**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: EDICSON NIÑO AREVALO
Correo electrónico contratista: enino07@misena.edu.co
C.C. 80.163.470 **IP/Nº de contacto** 0

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

Banco al cual consignar: DAVIVIENDA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: SI **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 0570006970551161

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: 4629942/2023 **Nº Compromiso SIIF** 42123

Valor Total del Contrato	$ 9.555.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 9.555.000	**1**	**Del**	**16/02/2023**	**Al**	**28/02/2023**	**$ 2.047.500,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 7.507.500		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES CON PLENA AUTONOMÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA, PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN DE COMPETENCIAS TRANSVERSALES EN LOS PROGRAMAS DE MODALIDAD VIRTUAL DE LA RED DE CONOCIMIENTO DE INSTITUCIONAL DE INTEGRA

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.047.500		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	**$ 2.047.500**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.026.480**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**N/A**
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 I	$ 6.100	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 511.875	$ -	
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	$ 2.088.059	
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	$ 204.750	
Salud hasta $ 678.592	$ 678.592	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ -315.150	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.026.480,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	1.716.900,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	16.585,00	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	**$2.030.915,00**	

SON: DOS MILLONES TREINTA MIL NOVECIENTOS QUINCE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Obligación 1. Se dearrollo la planeación de la formación en las Fichas: (2672885 - 27 aprendices – 11.90 hrs) (2558726 - 25 aprendices – 16 hrs) (2672894 - 25 aprendices – 8 hrs) (2672895 - 27 aprendices– 8 hrs) (2558692-1 - 26 aprendices– 16 hrs) (2558692-2 - 25 aprendices– hrs) (2558705-1 - 26 aprendices– 9.90 hrs) Programa ADSO
Obligación 4. Ejecución de la formación en los programas ANÁLISIS Y DESARROLLO DE SOFTWARE de acuerdo a la planeación pedagógica propuesta para los mismos.
Obligación 5. Participar en la programación y ejecución de las fichas: (2672885 - 27 aprendices – 11.90 hrs) (2558726 - 25 aprendices – 16 hrs) (2672894 - 25 aprendices – 8 hrs) (2672895 - 27 aprendices– 8 hrs) (2558692-1 - 26 aprendices– 16 hrs) (2558692-2 - 25 aprendices– hrs) (2558705-1 - 26 aprendices– 9.90 hrs) Programa ADSO

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.

EDICSON NIÑO AREVALO
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,

GIOVANNI AGUDELO FIQUE
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

MIREYA PARRA PINTO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) EDICSON NINO AREVALO identificado(a) con Cedula Ciudadania 80163470, se encuentra Retirado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20220222	20221231

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 22 días del mes de Febrero de 2.023

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
21230780

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

EDICSON NIÑO AREVALO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.163.470**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Febrero del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14804317911

(415)7707212489984(8020) 000001480431791 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 1 6 3 4 7 0	9	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	80163470	2001 10 31

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
NIÑO	AREVALO	EDICSON	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

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
CL 23 B 119 B 04 BRR REFUGIO

42. Correo electrónico edicson@gmail.com

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

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
0 0 1 0	2 0 0 7 0 1 0 2	8 5 4 1	2 0 1 6 0 3 0 4	8 5 4 2 / 6 2 0 9		

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

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 - 01 - 04 / 16 : 20: 07

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 NIÑO AREVALO EDICSON
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Hace constar:

Que el Sr(a) EDICSON NIÑO AREVALO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 80163470 realizó el día 22/02/2023 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 EDICSON NIÑO AREVALO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 80163470 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 -

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

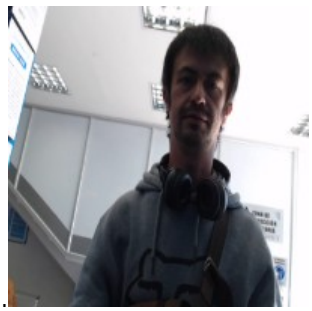
Hace constar:

Que el Sr(a) EDICSON NIÑO AREVALO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 80163470 el día 22/02/2023 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

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



NOMBRE DEL PACIENTE	EDICSON NIÑO AREVALO	**GENERO**	MASCULINO
DOCUMENTO	CC 80163470	**EDAD**	38 AÑO(S) 4 MES(ES) 6 DIAS
ENTIDAD	PARTICULAR	**E-MAIL**	N/A
DIRECCIÓN	CLL 9 NO 10-48	**MUNICIPIO**	FUNZA

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

Tipo de Exámen Médico Ocupacional
INGRESO

Énfasis específico
CARDIOVASCULAR, OSTEOMUSCULAR

Fecha
19/01/2022 14:42:33

Empresa Usuaria
PARTICULAR

Empresa Contratante
PARTICULAR

Otro Cargo
INSTRUCTOR

Resultado Examenes

Audiometría
Ninguno

Visiometría
Ninguno

Optometría
Ninguno

Laboratorios
Ninguno

Observaciones
AUDIOMETRIA+VISIOMETRIA+GLICEMIA+COLESTEROL TOTAL+HDL+LDL+TRIGLICERIDO+C. HEMATICO

Concepto de evaluación medica laboral

Satisfactorio
Si

Concepto Examen Otros
SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO + CON RECOMENDACIONES

Otros Conceptos De Aptitud
SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO + CON RECOMENDACIONES

Limitaciones O Restricciones
No

Observaciones Y Recomendaciones Médicas

Recomendaciones Médicas
Solicitar en su EPS valoración anual por Audiometría, Solicitar en su EPS valoración anual por Optometría, Optometría, Uso de Elementos de Protección Personal, Uso de medias de compresión venosa

Otras Recomendaciones Médicas
VALORACIÓN MEDICA POR EPS.

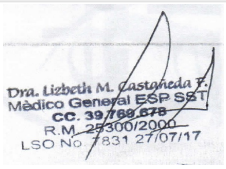
Recomendaciones Ocupacionales
Realizar Actividad Física Constantemente, Capacitar en manejo de cargas, Capacitar en pausas activas e higiene postural, Realizar pausas activas durante la jornada laboral

La presente certificación se expide con base en la historia laboral del trabajador , la cual tiene caracter confidencial y su manejo es regulado por la resolución 2346 del 2007 y 1918 del 2009

MEDICO	ASPIRANTE O TRABAJADOR

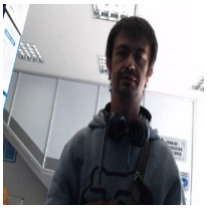
Tecnisalud B.C
"LOS MEJORES PREVINIENDO Y PROTEGIENDO EN SALUD LABORAL"

CRA 15 N. 12-35 PISO 1, FUNZA, -Teléfono(s): 8264309-8266507-3173703157 , Nit: 900231225-6, E-mail(s): rivera.marlene@gmail.com

	
PROFESIONAL : LIZBETH MARIELA CASTAÑEDA FONSECA	**NOMBRE :** EDICSON NIÑO AREVALO
ESPECIALIDAD : MEDICO OCUPACIONAL	**DOCUMENTO :** 80163470
REGISTRO MEDICO : 25300/2000	

Tecnisalud B.C
"LOS MEJORES PREVINIENDO Y PROTEGIENDO EN SALUD LABORAL"

CRA 15 N. 12-35 PISO 1, FUNZA, -Teléfono(s): 8264309-8266507-3173703157 , Nit: 900231225-6, E-mail(s): rivera.marlene@gmail.com



NOMBRE DEL PACIENTE	EDICSON NIÑO AREVALO	**EDAD**	38 AÑO(S) 4 MES(ES) 6 DIAS <--> 13/09/1983		
DOCUMENTO	CC 80163470	**GENERO**	MASCULINO	**MUNICIPIO**	FUNZA
DIRECCIÓN	CLL 9 NO 10-48	**E-MAIL**	N/A		

Resultados de Laboratorio

Fecha Atención: 19/01/2022 10:37

Cuadro Hematico

Hemoglobina
REMITIDO **- VR 12-16 g/d**

Diagnósticos

Código	Nombre	Tipo
H110	PTERIGION	CONFIRMADO NUEVO
M238	OTROS TRASTORNOS INTERNOS DE LA RODILLA	IMPRESIóN DIAGNóSTICA
H110	PTERIGION	IMPRESIóN DIAGNóSTICA
I839	VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES SIN ULCERA NI INFLAMACION	IMPRESIóN DIAGNóSTICA
Z100	EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL	IMPRESIóN DIAGNóSTICA



Profesional : Erika Dayan Rico Norato
Especialidad : BACTERIOLOGA
Registro Médico : 252865231201

Resultados de Laboratorio

Fecha Atención: 19/01/2022 12:46

Quimica Sanguinea

Glicemia
78 **- VR 70-105 mg/dL**

Diagnósticos

Código	Nombre	Tipo
H110	PTERIGION	CONFIRMADO NUEVO
M238	OTROS TRASTORNOS INTERNOS DE LA RODILLA	IMPRESIóN DIAGNóSTICA
H110	PTERIGION	IMPRESIóN DIAGNóSTICA
I839	VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES SIN ULCERA NI INFLAMACION	IMPRESIóN DIAGNóSTICA
Z100	EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL	IMPRESIóN DIAGNóSTICA



Profesional : Erika Dayan Rico Norato
Especialidad : BACTERIOLOGA

Registro Médico : 252865231201

Resultados de Laboratorio

Fecha Atención: 19/01/2022 12:47

Quimica Sanguinea

Colesterol Total
172 **- NORMAL: 200-239 ALTO: Mayor a 240**

Diagnósticos

Código	Nombre	Tipo
H110	PTERIGION	CONFIRMADO NUEVO
M238	OTROS TRASTORNOS INTERNOS DE LA RODILLA	IMPRESIóN DIAGNóSTICA
H110	PTERIGION	IMPRESIóN DIAGNóSTICA
I839	VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES SIN ULCERA NI INFLAMACION	IMPRESIóN DIAGNóSTICA
Z100	EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL	IMPRESIóN DIAGNóSTICA



Profesional : Erika Dayan Rico Norato
Especialidad : BACTERIOLOGA
Registro Médico : 252865231201

Resultados de Laboratorio

Fecha Atención: 19/01/2022 12:48

Quimica Sanguinea

Triglicéridos
70 **- NORMAL < 150 - MEDIO:150-199 - ALTO:200-499 - MUY ALTO => 500**

Diagnósticos

Código	Nombre	Tipo
H110	PTERIGION	CONFIRMADO NUEVO
M238	OTROS TRASTORNOS INTERNOS DE LA RODILLA	IMPRESIóN DIAGNóSTICA
H110	PTERIGION	IMPRESIóN DIAGNóSTICA
I839	VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES SIN ULCERA NI INFLAMACION	IMPRESIóN DIAGNóSTICA
Z100	EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL	IMPRESIóN DIAGNóSTICA



Profesional : Erika Dayan Rico Norato
Especialidad : BACTERIOLOGA
Registro Médico : 252865231201

Resultados de Laboratorio

Fecha Atención: 19/01/2022 12:48

CRA 15 N. 12-35 PISO 1, FUNZA, -Teléfono(s): 8264309-8266507-3173703157 , Nit: 900231225-6, E-mail(s): rivera.marlene@gmail.com

Quimica Sanguinea

Colesterol HDL
58 **- HOMBRE > 35 MUJER > 45 - RIESO BAJO < 150 mg/dL**

Diagnósticos

Código	Nombre	Tipo
H110	PTERIGION	CONFIRMADO NUEVO
M238	OTROS TRASTORNOS INTERNOS DE LA RODILLA	IMPRESIóN DIAGNóSTICA
H110	PTERIGION	IMPRESIóN DIAGNóSTICA
I839	VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES SIN ULCERA NI INFLAMACION	IMPRESIóN DIAGNóSTICA
Z100	EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL	IMPRESIóN DIAGNóSTICA



Profesional : Erika Dayan Rico Norato
Especialidad : BACTERIOLOGA
Registro Médico : 252865231201

Resultados de Laboratorio

Fecha Atención: 19/01/2022 12:49

Quimica Sanguinea

Colesterol LDL
100 **- MODERADO 150-190 mg/dL - ELEVADO > 190 mg/dL**

Diagnósticos

Código	Nombre	Tipo
H110	PTERIGION	CONFIRMADO NUEVO
M238	OTROS TRASTORNOS INTERNOS DE LA RODILLA	IMPRESIóN DIAGNóSTICA
H110	PTERIGION	IMPRESIóN DIAGNóSTICA
I839	VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES SIN ULCERA NI INFLAMACION	IMPRESIóN DIAGNóSTICA
Z100	EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL	IMPRESIóN DIAGNóSTICA



Profesional : Erika Dayan Rico Norato
Especialidad : BACTERIOLOGA
Registro Médico : 252865231201

CRA 15 N. 12-35 PISO 1, FUNZA, -Teléfono(s): 8264309-8266507-3173703157 , Nit: 900231225-6, E-mail(s): rivera.marlene@gmail.com

SERVICIOS TECNICOS ESPECIALIZADOS DE LA SALUD LTDA

Acreditación ONAC No. 11-CEP-056

Número de Exámen : 17615



CRC VIDA VIAL
Nit : 9002312256
Dirección : Cra 15 N.12 - 35 - FUNZA
Teléfono :8264309
Res. Mintransporte :0782
Reg. Habilitación :252860209802

DATOS USUARIO

Nombre: EDICSON NIÑO AREVALO **N°Documento :** 80163470 **Edad :** 39

Dirección : LA CITA **Teléfono :** 3057182667 **Gs/Rh :** O+

Genero: M **Estado Civil:** CASADO(A) **Escolaridad:** ESPECIALIZADO **Ocupación:** OTROS

EPS : Compensar Entidad Promotora De Salud **Correo :**

DATOS EXAMEN

Empresa: PARTICULAR **NIT :**

Cargo a Desempeñar o Desempeña: INSTRUCTOR **Fecha Ingreso :** 19/01/2022

Jornada Laboral: COMPLETA **Area:** OPERATIVO **Tipo Examen:** VINCULACION LABORAL

Fecha y Hora de Examen : 2022/01/19 10:27

CERTIFICADO DE APTITUD FISICA, MENTAL Y DE COORDINACION MOTRIZ

Basado en la evaluación medica realizada por los especialistas del centro de reconocimiento de conductores, institución prestadora de Servicios de Salud, autorizada por el Ministerio de Transporte para la evaluación y certificación de conductores bajo los parámetros de la Resolución 217 del 31 de Enero de 2014 y la NTC ISO 17024 del 2012 y sus anexos.

CERTIFICA

Que el aspirante solicito ser evaluado de acuerdo con los parámetros exigidos por el Ministerio de Transporte en su resolución 217 del 31 de Enero de 2014 y sus anexos. Que segun lo establecido se le practiron los examenes de Capacidad Auditiva,Visual, Mental y de Coordinacion Motriz y Fisica Genral. y Que como resultado de las pruebas practicadas y del examen medico se concluyo que es

RESULTADO DE LA VALORACIÓN:

Firma del Evaluado

"Declaro bajo la gravedad de juramento, que he participado en todo el proceso de certificación de conductores y que la información suministrada a los facultativos durante todas las exploraciones y la entrevista de antecedentes referidos al historial médico o diagnostico clinico, corresponden estrictamente apego a la verdad."
Declaro que he recibido a conformidad el Certificado expedido por el Centro de Reconocimiento de Conductores y que no presentaré declaraciones relativas a la certificación diferentes del alcance para el cual se otorgó la certificación.

Vigencia del Certificado : 365 Dias

OBSERVACIONES

Los resultados de las pruebas se encuentran dentro de los parámetros de aprobación,el candidato es APTO.

Evaluación de Capacidad Mental y de Coordinación Motriz

INFORME DE EVALUACION MENTAL Y DE COORDINACION MOTRIZ

Número de Exámen: 17615

Evaluación de Capacidad Mental y de Coordinación Motriz

	Parametro	Rango Aprobació	Resultados
Atención Concentrada y Resistencia a la Monotonia	Tiempo Medio de Reacción de Respuesta	Max. 0,73 Seg	0,57
	Tiempo Medio de Reacción en el Acierto	Max. 5 Errores	1
	Número de Errores	Max. 5 Errores	1
Reacciones Multiples	Tiempo Medio de Reacción de Respuesta	Max. 0,66 Seg	0,65
	Tiempo Medio de Reacción en el Acierto	Max. 7 Errores	0
	Número de Errores	Max. 7 Errores	0
Coordinación Bimanual	Tiempo Total de Error	Max. 3,89 Seg	0,14
	Porcentaje de error sobre el recorrido	Max. 14 Errores	1
	Número de Errores	Max. 14 Errores	1
Reacción al Frenado	Tiempo Promedio de Reaccción	Max. 0,87 Seg	0,69
Velocidad de Anticipación	Tiempo Medio de Desviación (Vel. 1)	Max. 0,46 Seg	0,02
	Tiempo Medio de Desviación (Vel. 2)	Max. 0,45 Seg	0,02

Observaciones : Responde adecuadamente a los estímulos presentados, mostrando un esfuerzo cognitivo aparente, sin *mostrar dificultad en sus funciones motrices, dentro de los parametros establecidos.*

Personalidad, Sustancias e Inteligencia

	Resultado		Resultado
T. Amnesicos y congnitivos	Aprobado	Ezquizoide	Aprobado
Control de Impulsos	Aprobado	T. comportamiento perturbador	Aprobado
T.Limitrofe de Personalidad	Aprobado	Disociativa	Aprobado
Personalidad por evitación	Aprobado	Antisocial	Aprobado
T.Relacionados con Sustancias	Aprobado	Obsesivo Compulsivo	Aprobado
Ezquizofrenia	Aprobado	Transtornos del sueño	Aprobado
Narcisista	Aprobado	Histronico	Aprobado
Ansiedad	Aprobado	Adaptativo	Aprobado
Paranoide	Aprobado	T. mentales por enfermedad	Aprobado
T. del estado de ánimo	Aprobado	T. del desarrollo intelectual	Aprobado
Dependiente	Aprobado	Inteligencia Practica	Aprobado

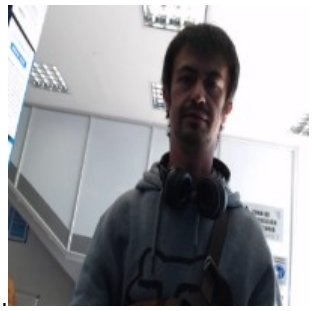
Coeficiente Intelectual >=70 **Resultado** 100

Observaciones : El candidato (a) niega consumo de SPA, no hay evidencia de alteración mental, ni trastorno psicológico aparente, se muestra dispuesto durante la totalidad de la prueba.

Firma del Evaluado

PSICOLOGIA

GLORIA NANCY PADILLA CHIMBI
Reg. Medico 171053



NOMBRE DEL PACIENTE	EDICSON NIÑO AREVALO	**GENERO**	MASCULINO
DOCUMENTO	CC 80163470	**EDAD**	38 AÑO(S) 4 MES(ES) 6 DIAS
ENTIDAD	PARTICULAR	**E-MAIL**	N/A
DIRECCIÓN	CLL 9 NO 10-48	**MUNICIPIO**	FUNZA

Certificado Visual
19/01/2022 09:07:48

informacion general

Cirugias : No **Traumas :** No **Gafas :** No

agudeza visual

Sin Corrección

	V/Lejana	V/Proxima
ambos ojos	20/20	20/20
ojo derecho	20/25	20/25
ojo izquierdo	20/25	20/25

Concepto V/lejana : EMETROPE **Concepto V/proxima :** EMETROPE

test de color

Color Concepto : Normal

test de profundidad

Profundidad Concepto : Normal

Remisiòn

Remision optometria : No **Recomendacion :** control anual

Diagnósticos

Código	Nombre	Tipo
H110	PTERIGION	CONFIRMADO NUEVO
M238	OTROS TRASTORNOS INTERNOS DE LA RODILLA	IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
H110	PTERIGION	IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
I839	VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES SIN ULCERA NI INFLAMACION	IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
Z100	EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL	IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CRA 15 N. 12-35 PISO 1, FUNZA, -Teléfono(s): 8264309-8266507-3173703157 , Nit: 900231225-6, E-mail(s): rivera.marlene@gmail.com



Profesional : Juan Mauricio Acevedo Sabogal
Especialidad : OPTOMETRIA
Registro Médico : 3123

CRA 15 N. 12-35 PISO 1, FUNZA, -Teléfono(s): 8264309-8266507-3173703157 , Nit: 900231225-6, E-mail(s): rivera.marlene@gmail.com

Tecnisalud B.C
"LOS MEJORES PREVINIENDO Y PROTEGIENDO EN SALUD LABORAL"

PROTOCOLO EVALUACIÓN FONOAUDIOLÓGICA DE LA VOZ

FECHA	DIA	MES	AÑO	EMPRESA: Sena
	19	01	2022	
SEDE				CIUDAD:

1. DATOS PERSONALES

TRABAJADOR: Edicson Niño Arevalo		CEDULA: 80163470	
EDAD: 38 AÑOS		CARGO: Instructor	
TIEMPO EN LA EMPRESA: AÑOS			

2. ANTECEDENTES QUIRURGICOS

	NO	SI	CUAL - CUANDO
CIRUGIA	/		
HOSPITALIZACIÓN	/		
INTUBACIÓN	/		
MEDICAMENTOS	/		

3. ANTECEDENTES PERSONALES

	NO	SI	CUANDO
Disfonia	/		
Fonastenia	/		
Fonalgia	/		
Afonia	/		
Sensación de cuerpo extraño	/		
Carraspera		/	Hace 3 meses
Sequedad	/		
Molestia al deglutir	/		
Trauma nariz, cara o cuello	/		
Rinitis	/		
Sinusitis	/		
Otras - Cual			

4. ANTECEDENTES OCUPACIONALES.

RIESGO	NO	SI	DESCRIPCIÓN
Tiempo uso de la voz en jornada laboral		+	6 horas.
Exposición a contaminantes o agentes quimicos	+		
Exposición a aire acondicionado	+		
Exposición a cambios de temperatura	+		
Exposición en ambiente ruidoso	+		

5. ANTECEDENTES EXTRA LABORALES.

ANTECEDENTE	NO	SI	DESCRIPCIÓN
Consume de bebidas alcohólicas	+		
Ingiere alimentos picantes y/o condimentados	+		
Ingiere alimentos muy calientes y/o muy frios	+		
Consumo de cigarrillos y/o tabaco	+		
Consumo de cafeina		+	1 diario
Consumo de sustancias psicoactivas	+		
Grita en exceso		+	
Carraspea	+		

Tose en exceso	✓		
Imita voces o sonidos	✓		
Canta	✓		
Es nervioso	✓		
Ronca		✓	
Habla forzando la voz	✓		

6. CUALIDADES DE LA VOZ.

INTENSIDAD	NORMAL	ALTO	BAJO
Voz conversacional	✓		
Voz en lectura	✓		
Emisión de vocales	✓		
Voz susurrada			

TONO	NORMAL	AGRAVADO	AGUDIZADO
	✓		

ATAQUE VOCAL	NORMAL	DURO	SOPLADO
	✓		

RESONANCIA				
Oral	✓		Hiper nasal	
Hiponasal			Fondo de saco	
Pectoral			Faringea	

7. CARACTERISTICAS RESPIRATORIAS.

EN REPOSO

TIPO		Clavicular	✓	Abdominal		Costo - diafragmatico		
MODO		Oral		Nasal		Mixto		

EN FONACIÓN

TIPO		Clavicular	✓	Abdominal		Costo - diafragmatico		
MODO		Oral		Nasal		Mixto		

8. RITMO RESPIRATORIO.

Tiempo espiratorio abierto		Segundos	
Tiempo espiratorio cerrado		Segundos	
Tiempo de retención		Segundos	

9. PERMEABILIDAD NASAL.

PRUEBA DE GLATZEL	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES
Narina derecha			
Narina izquierda			

10. HABLA - ASPECTOS SUPRASEGMENTALES.

RITMO	Normal	✓	Pausado		Precipitado		Irregular	
PROSODIA	Adecuada	✓	Pausada		Precipitada			
FLUIDEZ	Adecuada	✓	Inadecuada					

11. EVALUACION ORGANOS FONOARTICULADORES.

SEGMENTO	NORMAL	ANORMAL	HALLAZGO
Labio superior	✓		
Labio inferior	✓		
Lengua	✓		

	x		
	x		
	x		
ıes	x		
ıladar duro	x		
Paladar blando	x		
Articulación témporo-mandibular	x		

12. POSTURA.

Normal	x	Cifosis		Lordosis		Escoliosis		

13. PERCEPCION DE LA VOZ.

Por el trabajador:	Nota
Por el fonoaudiólogo:	Nota

14. REPORTE ULTIMA AUDIOMETRIA.

FECHA REALIZACIÓN:	DIA	MES	AÑO	
INTERPRETACIÓN:	Hace 15 años.			

15. IMPRESION DIAGNOSTICA.

	OBSERVACIONES
VOZ NORMAL	x
ALTERACIÓN EN PARAMETROS RESPIRATORIOS	
COORDINACIÓN NEUMOFÓNICA ALTERADA	
ALTERACIÓN EN CUALIDADES VOCALES	
OTRO	

16. RECOMENDACIONES.

		OBSERVACIONES
CONTROL ANUAL	x	Se evidencia dentro de parámetros.
CAPACITACIÓN EN CUIDADO DE LA VOZ	x	normales.
VALORACIÓN POR FONOAUDIOLOGIA EPS		
VALORACIÓN POR OTORRINO		
VALORACIÓN POR PSICOLOGIA		
REPOSO VOCAL		
OTROS		

FIRMA PACIENTE	FIRMA MEDICO
CEDULA: 80163470 Bta	REGISTRO: Nancy E. Niño N. FONOAUDIÓLOGA UNAD T.P 10-01779

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **EDICSON NINO AREVALO** con **CC** No. **80163470**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
Contratante: NI 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	**Fecha de última cobertura:** 17/02/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 16/02/2023 **Fecha fin de Contrato:** 25/04/2023 **Clase de Riesgo:** 1 **Cargo :** CONTRATISTA **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301012639599.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 22 días del mes de febrero de 2023.

Cordialmente

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_06

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. SUC:	NO. PÓLIZA:	ANEXO:
BOGOTA, D.C.	CHAPINERO	14	14-46-101088862	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
17	02	2023	17	02	2023	00:00	08	09	2023	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		IDENTIFICACIÓN:	
NINO AREVALO EDICSON			C.C. :80,163,470
DIRECCIÓN:	CIUDAD:		TELÉFONO:
CALLE 23B 119B 04	BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL		3057182667

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN:	
CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS SENA REGIONAL DISTRITO CAPITAL			NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN:	CIUDAD:		TELÉFONO:
CRA 13 65-10	BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL		5461600
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:

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.4629942 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES CON PLENA AUTONOMÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA, PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN DE COMPETENCIAS TÉCNICAS EN LOS PROGRAMAS DE MODALIDAD PRESENCIAL DE LA RED DE CONOCIMIENTO DE INFORMÁTICA, DISEÑO Y DESARROLLO DE SOFTWARE, EN EL ÁREA TEMÁTICA DE SOFTWARE, GARANTIZANDO EL CUMPLIMIENTO DEL PROCESO FORMATIVO DE LOS APRENDICES DEL CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS, ATENDIENDO LOS LINEAMIENTOS DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	17/02/2023	08/09/2023	$ 955,500.00

ACLARACIONES:

VALOR PRIMA NETA:	GATOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00	$ 955,500.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
GONZALEZ PEREZ ANDRES FELIPE	132956	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. 7 NO. 57 -67 - TELÉFONO: 2172417 - BOGOTA, D.C.

14-46-101088862
FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

FIRMA TOMADOR

USTED PUEDE CONSULTAR ESTAR PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

Oficina Principal: Calle 83 No 19-10 Bogotá D.C. Teléfono: 601-2186977, 601-6019330

INT132956A

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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. 14-46-101088862, 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 BOGOTA, D.C., a los 17 días del mes de Febrero de 2023



FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

77099980211670044945 34

Nit: 860009578-6

SEGUROS DEL ESTADO GENERALES

RECIBO DE PAGO Nº: 10000044945341

CERTIFICAMOS QUE:

FECHA
17/02/2023 04:31p.m.

RECIBIMOS DE: EDICSON NINO AREVALO — CC. 80.163.470

LA SUMA DE: Treinta y tres mil trescientos veinte pesos .**********

POR CONCEPTO DE: PAGO BOLETA RECAUDO REF. NRO.: 10000044945341

SUC - RAMO - POLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTO	IVA	VALOR
CHAPINERO-46-101088862-0-1	$28,000.00		$5,320.00	$33,320.00

FORMA DE PAGO

Pse - $ 33,320.00

EFECTIVO:
CHEQUE:
TARJETA:
BD: 33,320.00
OTROS:

TRANSACCION: 0004494534

TOTAL: $33,320.00

CAJERO: PAGUESTADO

2/17/2023 4:31:54PM

172.16.10.23

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **11/02/2023**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
SENA

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor EDICSON NINO AREVALO** con **Cédula de Ciudadanía** número **80163470**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**006970551161**
Fecha de apertura	**25/09/2018**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 28 de febrero de 2023

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 empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

R.C.	1016916068	MARIA SOFIA NIÑO ORTIZ	**HIJA**

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

EDICSON NIÑO AREVALO

C.C. 80.163.470 de Bogotá

Bogotá, 28 de febrero de 2023

Señores
Grupo Administración de Salarios (para funcionarios de Digeneral)
Grupo de Apoyo Administrativo Mixto o Gestión de Talento Humano (para las Regionales)
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
Ciudad

Asunto: Solicitud deducible retención en fuente por dependientes

Estimados señores:

Con la presente solicito que de acuerdo con el Articulo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el Artículo 2º. Párrafo 3ro. del Decreto 099 del 2013, se tenga en cuenta como deducible de mis ingresos brutos provenientes de la relación laboral por el concepto de dependientes, los cuales relaciono a continuación:

Niño Ortiz María Sofía	**RC 1016916068**	**Calidad del Dependiente** **1. Hijos menores 18 años.**

Certifico bajo la gravedad de juramento la información consignada en esta solicitud y me comprometo a enviar solicitud de revocación de aplicación del deducible por dependientes en el caso en que cesen las condiciones que dan origen a esta solicitud.

Cordialmente,

EDICSON NIÑO AREVALO
CC 80.163.470

Anexo: Relación de documentos que anexa el trabajador.

- Registro civil de nacimiento __x__
- Certificado de estudios. ____
- Certificado contador público. ____
- Certificado medicina legal. ____

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1016916068

Indicativo Serial 35756486

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 4 F

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. NOTARIA 41 BOGOTA DC

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
NIÑO	ORTIZ

Nombre(s)

MARIA SOFIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2018 Mes FEB Día 14	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Numero certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	14382543-2

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ORTIZ DIAZ DIANA MARCELA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1014194282	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

NIÑO AREVALO EDICSON

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 80163470	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

NIÑO AREVALO EDICSON

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 80163470	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción

Año 2018 Mes FEB Día 15

Nombre y firma del funcionario que autoriza

Alirio Virviescas Calvete
Notario 41 en Propiedad
ALIRIO VIRVIESCAS CALVETE
Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y Firma

EDDI ALBERTO COR... DECR...

ESPACIO PARA NOTAS

Angela Sirle... Oyorga Ponse... CC 52... de...

Eddi Alberto Correa Carreño
CC 80.073.865

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Esta hoja tiene un código QR... su trazabilidad. Ingrese por su computadora o smartphone (teléfono inteligente) a un Espa...

not@ría 41
NOTARÍA 41 DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ, D.C.
Cra 15 No. 75-09 Bogotá D.C. PBX 212 [illegible] Tel: 8141441 Fax: 321 8[illegible]74
notaria41avc@gmail.com - notaria41avc@yahoo.com - notaria41bogota.com
Página web www.notaria41bogota.com

Nº 14562

compensar | salud
Plan Complementario

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) EDICSON NINO AREVALO identificado(a) con Cedula Ciudadania No. 80163470, funcionario(a) de COLOMBIA TELECOMUNICACIONES S A E S P, tiene un contrato de PC ESPECIAL CON POS con COMPENSAR EPS, por el cual ha cancelado la suma de DOS MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y UN MIL TRESCIENTOS PESOS ($2.841.300,00)

A continuación se relacionan los pagos efectuados desde el 20220701 a la fecha.

.

Número de Recibo	Fecha de Pago	Valor Pagado
18240990	20220803	$ 395,640
18244253	20220827	$ 395,640
18244254	20221007	$ 395,640
18244255	20221107	$ 395,640
18244256	20221206	$ 395,640
18244257	20230116	$ 395,640
19200595	20230209	$ 467,460
Total		**$ 2,841,300**

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 22 días del mes de febrero de 2023.

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS. Cualquier aclaración, con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención de Servicios de Salud (601) 3078088, exclusiva para Plan Complementario Especial y Plan Complementario Vital.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO COMPENSAR

CER-PAS 12970292

VIGILADO Supersalud

VIGILADO SuperSubsidio