SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL NORTE DE SANTANDER
CENTRO DE LA INDUSTRIA LA EMPRESA Y LOS SERVICIOS REG. NORTE DE SANTANDER

Código Regional	**54**
Código Centro	**953710**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**04189-565654**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: ALIX EIMIRA LANDAZURI MONOGA
Correo electrónico contratista: alandazuri@sena.edu.co
C.C. 27.605.285 **IP/Nº de contacto** 72667

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

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **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** 8867908952

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: 4640132/2023 **Nº Compromiso SIIF** 21623

Valor Total del Contrato	$ 40.968.300	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 40.968.300	**1**	**Del**	**17/02/2023**	**Al**	**28/02/2023**	**$ 1.911.854,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 39.056.446		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTORES: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL QUE PROGRAME EL CENTRO DE FORMACIÓN EN LA RED DE CONOCIMIENTO SALUD EN SUS DIFERENTES NIVELES Y MODALIDADES.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.911.854		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	**$ 1.911.854**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.037.977**		**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	----------	**7869268609**
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 $ 477.963	$ -	
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	$ 191.185	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 345.992	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.037.977,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	1.581.254,00	
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	
Estampilla Departamental	38.237,00	2,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$1.873.617,00**	

SON: UN MILLÓN OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS DIECISIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

```
Impartir formacion profesional integral en los programas titulada
Ver Anexo de informe contractual de ejecución al mes de febrero
Horas: 74
Total horas: 74
Total dias laborados:9
```

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.

ALIX EIMIRA LANDAZURI MONOGA
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,

HUGO LEON TABORDA OCAMPO
INSTRUCTOR

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

OLMAN GERARDO SUAREZ MORENO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	27605285
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ALIX EXIMIRA LANDAZURI MONOGA
CIUDAD/MUNICIPIO:	CUCUTA	DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
DIRECCIÓN:	CLL 24 7-93 OSPINA PEREZ	TELÉFONO:	5796890
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:	**7869268609**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES enero AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES enero AÑO 2023
DÍAS DE MORA:	4		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2023/02/24	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1934834861

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
230301	230301-PORVENIR	1	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 900	$ 0	$ 185.600	$ 900	$ 186.500
SUBTOTALES:										**$ 185.600**	**$ 900**	**$ 186.500**

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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 145.000	$ 0	$ 700	$ 0	$ 145.000	$ 700	$ 0	$ 145.700
SUBTOTALES:													**$ 145.000**	**$ 700**	**$ 0**	**$ 145.700**

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	EMPLEADO	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	ICBF	ESAP	MINEDU
1	CC 27605285	LANDAZURI MONOGA ALIX EXIMIRA	INDEPEND		$ 1.160.000				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.160.000	$ 145.000	$ 0	$ 145.000			$ 0		$ 0		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 332.200**

Planilla Pagada

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 27605285
NOMBRES Y APELLIDOS	Landazuri Monoga,Alix Eximira
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/02/2022
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Landazuri Monoga,Alix Eximira, a los 23 días del mes de enero del año 2023.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ALIX EXIMIRA LANDAZURI MONOGA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **27.605.285**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 25 de Enero 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 14805978096

(415)7707212489984(8020) 000001480597809 6

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	2 7 6 0 5 2 8 5	2 0 0 0 1 0 1 8

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
LANDAZURI	MONOGA	ALIX	EXIMIRA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla
HALUD FARMACEUTICA	

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: AV BIS 5 9 27 CONJ CALLEJAS DEL ESTE CA BRR PRADOS DLE ESTE CON CALLEJAS

42. Correo electrónico: aelandazuri@gmail.com

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

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
4 7 7 3	2 0 0 9 0 2 1 3	8 5 5 1	2 0 0 9 0 2 1 3	8 5 5 9			2 2 2 6	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
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 - 14 / 09 : 06: 49

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 LANDAZURI MONOGA ALIX EXIMIRA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14805978096

(415)7707212489984(8020) **000001480597809 6**

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

Características y formas de las organizaciones

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

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 9	
72. Número		
73. Fecha		
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 1 3 1 0 2 5	
77. No. Matrícula mercantil	0 0 2 5 3 6 4 5	
78. Departamento	5 4	
79. Ciudad/Municipio	1 1	
Vigencia		
80. Desde		
81. Hasta		

Composición del Capital

82. Nacional	%
83. Nacional público	%
84. Nacional privado	%
85. Extranjero	%
86. Extranjero público	%
87. Extranjero privado	%

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

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

Vinculación económica

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

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

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

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14805978096

(415)7707212489984(8020) **000001480597809 6**

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

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3

162. Nombre del establecimiento: HALUD FARMACEUTICA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Norte de Santander 5 4	Cúcuta 0 0 1

165. Dirección: CL 8 A N 15 E 56 BRR CIUDAD JARDIN

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 0 2 5 3 6 4 6	2 0 1 3 1 0 2 5
168. Teléfono: 3 1 8 5 3 5 6 1 9 8	169. Fecha de cierre

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

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

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

SSOAR Salud Ocupacional I.P.S.	PROCESOS MISIONALES - PRESTACIÓN DEL SERVICIO	CÓDIGO: SGI-PS-F-08
		VERSIÓN: 1
	CERTIFICADO DE APTITUD	FECHA: 29/12/2014
		Página 1 de 2

Tipo certificación: Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **25/01/2023** Empresa **PARTICULAR** Convenio **PARTICULAR**

Nombre **ALIX EXIMIRA LANDAZURI MONOGA**

Cargo **INSTRUCTOR DE AULA** Doc. Identidad **CC 27605285**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	2 AUDIOMETRIA	3 OPTOMETRIA
4 PERFIL LIPIDICO	5 GLICEMIA	6 CUADRO HEMATICO
7	8	9

CONCEPTO

Concepto de aptitud para el oficio: Sin restricciones para el cargo.

RECOMENDACIONES

Tener en cuenta normas de bioseguridad estrictamente: lavado de manos y uso de tapabocas.
Realizar ejercicios de higiene postural, fortalecimiento de músculos paravertebrales y obtener capacitación sobre manejo de cargas.
Realizar pausas activas durante jornada laboral con ejercicios de estiramiento muscular en miembros superiores e inferiores.
Usar adecuadamente los elementos de protección personal (EPP) acordes a la labor a desempeñar.
Diseño ergonómico para el puesto de trabajo.
Fomentar autocuidados en salud con hábitos y estilos de vida saludables.
Realizar actividad física deportiva y/o social y familiar una vez en la semana.
Control visual en su EPS

RESTRICCIONES

NINGUNA

OBSERVACIONES

Al momento del examen físico al Paciente se encuentran signos NEGATIVOS para sintomatología por infección de SARS-COVID-2.

PRUEBAS REALIZADAS

AUDIOMETRIA
CUADRO HEMATICO
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS
OSTEOMUSCULAR
GLICEMIA
OPTOMETRIA

HUMBERTO LIZCANO RODRIGUEZ
Especialidad: MEDICO OCUPACIONAL
CC: 91200363 RM: RM0944/89 -LC: 3187/2014

Trabajador: ALIX EXIMIRA LANDAZURI MONOGA
CC: 27605285
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

Al momento del examen físico al Paciente se encuentran signos NEGATIVOS

PERFIL LIPIDICO

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual (x) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular ( ) Psicosocial ( ) Ergonómico (x) Otros ( )

REMISIÓN	SI ( )	NO (x)	ARL	SI ( )	NO ( )	EPS	SI ( )	NO ( )

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

HUMBERTO LIZCANO RODRIGUEZ
Especialidad: MEDICO OCUPACIONAL
CC: 91200363 RM: RM0944/89 -LC: 3187/2014

Trabajador: ALIX EXIMIRA LANDAZURI MONOGA
CC: 27605285
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

L		Tympanometry		R
		Pressure (daPa)		
		Volume (ml)		
		Compliance (ml)		

Clinic

Patient ALIX EXIMIRA LANDAZURI MONOGA

DOB 09/11/1982 Sex female

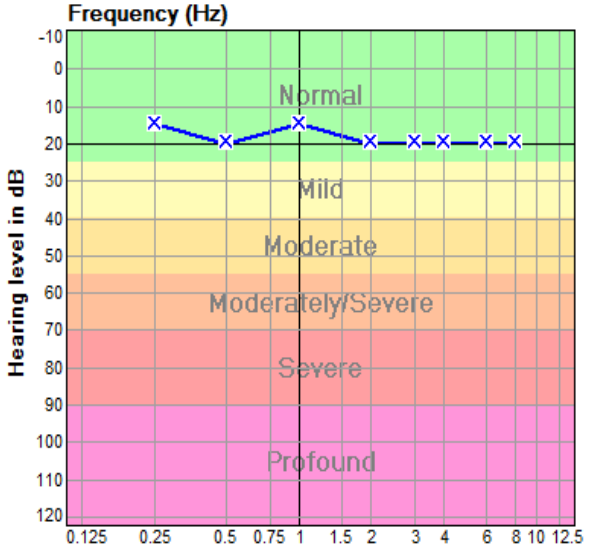
Patient ID 1003480

Date of Evaluation 01/25/2023

Examiner GELEN RODRIGUEZ LIC.4811

Acoustic Reflexes

	500 Hz	1K	2K	4K	BBN	Decay
R ipsi						
R contra						
L ipsi						
L contra						



Phones

	Headphones
✓	Inserts

PTA

R	15
L	18

Reliability

	Good
	Fair
	Poor

Response

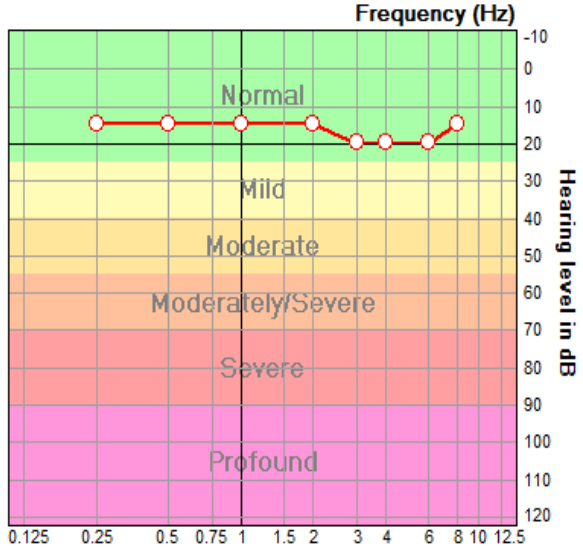
	Conventional
	Play
	VRA
	BOA

Speech Stenger

	+
	−

Tone Stenger

	+
	−



Masking Level

	125	250	500	750	1K	1.5K	2K	3K	4K	6K	8K	10K	12.5K
AC													
BC													

Masking Level

	125	250	500	750	1K	1.5K	2K	3K	4K	6K	8K	10K	12.5K
AC													
BC													

Speech Audiometry

SRT	SAT	Mask	%	Signal	Mask	Condition/Word List	Notes	MCL	UCL	SNR Loss*

*QuickSIN

Notes

OTOSCOPIA NORMAL BILATERAL
AUDICIÒN NORMAL BILATERAL USO EPA, CONTROL ANUAL

Key

	R	L
AC	○	×
Mask. AC	△	□
BC	<	>
Mask. BC	[	]
NR	▽	◇
MCL	M	
UCL	U	

Signature: _____ Calibration date: _____

INESO LTDA - SSOAR SALUD OCUPACIONAL IPS

Nit. 900364101 - 2

Dirección: CALLE 13 A # 1 E - 113 BARRIO CAOBOS

Tel: 5 72 1091 - 5 71 2974

OPTOMETRÍA

Ingreso [X] Egreso [ ] Periódico [ ] Caso ocupacional [ ]

Fecha historia 25/01/2023 08:24:00

Doc. Identidad **CC 27605285** Nombre **ALIX EXIMIRA LANDAZURI MONOGA** Fecha Nacimiento. **11/09/1982**

Entidad **PARTICULAR** Edad **40** Ocupación **0112**

Fondo de pensión **PORVENIR** EPS ARL **POSITIVA**

Anamnesis

Último examen visual **3 AÑSO** | Usa anteojos: Si [ ] No [X] | V.L. [ ] V.P. [ ] PC [ ] Bifocal [ ] Progresivo [ ] Filtros [ ]

Frecuencia de uso: Permanente: [ ] Ocasional [ ] Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara? Si [ ] No [ ]

Cirugías Si [ ] No [X] Cuál?

Accidentes oculares Si [ ] No [ ] Cuál?

Signos y síntomas: Asintomático [X] Disminución visual de cerca [ ] Disminución visual de lejos [ ] Cefaleas [ ] Resequedad ocular [ ]

Ardor ocular [ ] Lagrimeo [ ] Cansancio ocular [ ] Irritación [ ] Fotofobia [ ] Prurito ocular [ ] Salto de renglón [ ]

Antececentes personales y/o familiares **NINGUNO** Trae corrección óptica [ ]

Agudeza Visual

C.C.	V.L	V.P.	S.C.	V.L.	V.P.
O.D.				**20/20**	**0.5**
O.I.				**20/30**	**0.5**

Lensometría

	ESF	CIL	EJE	ADD
O.D.				
O.I.				

Examen Externo **O.D.** **O.I.**

Segmento Anterior:	O.D.	**Segmento Anterior:**	O.I.
Hiperemia conjuntiva	[ ]	Hiperemia conjuntiva	[ ]
Pterigio N	[ ]	Pterigio N	[ ]
Pterigio T	[ ]	Pterigio T	[ ]
Pinguécula	[ ]	Pinguécula	[ ]
Nevus	[ ]	Nevus	[ ]
Bleafaratis	[ ]	Bleafaratis	[ ]
Blefaritis seborreica	[ ]	Blefaritis seborreica	[ ]
Secreción	[ ]	Secreción	[ ]
Leucoma corneal	[ ]	Leucoma corneal	[ ]
Ptosis palpebral	[ ]	Ptosis palpebral	[ ]
Otros:		Otros:	

Motilidad Ocular

CVT: VL **ORTHOP** VP **X** HISHBERG **CENTRADO**

Ducciones **N** Versiones **N** PPC **9 CM**

Oftalmoscopia **O.D.** **O.I.**

	O.D.		O.I.
F.O.A.N.	[X]	F.O.A.N.	[X]
Papila normal	[ ]	Papila normal	[ ]
Brillo foveal normal	[ ]	Brillo foveal normal	[ ]
Catarata	[ ]	Catarata	[ ]
Esclerosis de cristalino	[ ]	Esclerosis de cristalino	[ ]
Opacidad de medios	[ ]	Opacidad de medios	[ ]
Lesión retinal	[ ]	Lesión retinal	[ ]

Test Ocupacionales

Visión cromática	**Visión de profundidad**	Campo visual por vonfrontación
O.D: **N**	O.D: **N**	O.D:
O.I: **N**	O.I: **N**	O.I:

Refracción **Refracción final** **AV**

	Esfera	Cilindro	EJE	Adición		Esfera	Cilindro	EJE	Adición	VL	VP
O.D:	**N**	**-**	**º**	**+**	**O.D:**	**N**	**-**	**º**	**+**	**20/20**	
O.I:	**+0.25**	**-0.75-**	**100º**	**+**	**O.I:**	**+0.25**	**-0.75-**	**100º**	**+**	**20/20**	

Interpretación **O.D** **O.I** **O.D** **O.I**

No requiere correción óptica	[X]	[ ]	Defecto refractivo no corregido	[ ] [ ]
Defecto refractivo adecuadamente corregido	[ ]	[X]	Gafas no formuladas	[ ] [ ]
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	[ ]	[ ]		

Diagnóstico

H522 ASTIGMATISMO

Recomendaciones

Corrección Óptica Permanente [ ] Corrección Óptica Ocasional [X] Control 6 meses [ ] Control 1 año [ ]

Optometría Clínica [ ] Valoración por oftalmología [ ] Valoración por ortóptica [ ]

Valoración Normal [ ] Anormal [X]

CONCEPTO

Apto [X] No apto [ ] **Observaciones:** uso para lejos

YUDY CARDENAS ALVAREZ

Especialidad: OPTOMETRIA

CC: 52181051 RM:

BIONORTE

LABORATORIO CLÍNICO HUMANIZADO
ROLANDO IVAN PEÑARANDA DEVIA
BACTERIÓLOGO Y LABORATORISTA CLÍNICO
UN. DE PAMPLONA
ESP. EN EPIDEMIOLOGÍA
NIT 88034417-4

NOMBRE:	ALIX LANDAZURY MONOGA	**NÚMERO DE INGRESO:**	1	**TELÉFONOS:**	27605285
EDAD:	40 AÑOS	**FECHA DE INGRESO:**	25/01/2023	**FECHA DE IMPRESIÓN:**	25/01/2023
SEXO:	FEMENINO	**MÉDICO:**		**ENTIDAD:**	IPS SSOAR
CÉDULA:	27605285	**DIRECCIÓN:**			

HEMOGRAMA TIPO III

SERIE ROJA		VALOR DE REFERENCIA
GLÓBULOS ROJOS (RBC):	4,00	3.5-5.0 X10 EXP 12/l
HEMOGLOBINA (HBC):	12,60	10.7-15.0 gr/dl
HAMATOCRITO (HTC):	37,00	37.0-47-0%
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (VCM):	93,67	80.0-100 fl
HEMOLOGBINA CORPUSCULAR MEDIA (MHC):	31,90	27.0-34.0 pg
CONC. HB CORPUSCULAR MEDIA (MCHC):	34,05	32.0-36.0 gr/dl
SERIE BLANCA:		
GLÓBULOS BLANCOS O LEUCOCITOS (WBC):	4,00	5.0-10.0 X E 9/L
LINFOCITOS (Lymph#):	1,90	0.8-4.0 X 10 E 9/L
CÉLULAS TAMAÑO MEDIO (Mid#):	0,40	0.1-5.0 X 10 E 9/L
GRANULOCITOS (Gran#):	2,00	2.0-7.0 X 10 E 9/L
PORCENTAJE DE LINFOCITOS (Lymph%):	44,19	20.0-40.0%
PORCENTAJE DE CÉLULAS DE TAMAÑO MEDIO (Mid%):	9,30	3.0-15.0 %
PORCENTAJE DE GRANULOCITOS (Gran%):	46,51	50.0-70.0%
SERIE PLAQUETARIA		
PLAQUETAS (PLT):	225,00	150-450 X 10 E9/L
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO (VPM):	8,60	6.5-12 fl
ANCHO DE DISTRIBUCION PLAQUETARIA (PDW):	15,10	9.0 -17.0
PLAQUETOCRITO (PCT):	0,193	0.108-0.282%

OBSERVACIONES:

Rolando J. Peñaranda Devia
Bacteriólogo y Lab. Clínico
Universidad de Pamplona
Reg. 54-719

FIRMA Y SELLO

BIONORTE

LABORATORIO CLÍNICO HUMANIZADO
ROLANDO IVAN PEÑARANDA DEVIA
BACTERIÓLOGO Y LABORATORISTA CLÍNICO
UN. DE PAMPLONA
ESP. EN EPIDEMIOLOGÍA
NIT 88034417-4

NOMBRE:	ALIX LANDAZURY MONOGA	**NÚMERO DE INGRESO:**	1	**TELÉFONOS:**	27605285
EDAD:	40 AÑOS	**FECHA DE INGRESO:**	25/01/2023	**FECHA DE IMPRESIÓN:**	25/01/2023
SEXO:	FEMENINO	**MÉDICO:**		**ENTIDAD:**	IPS SSOAR
CÉDULA:	27605285	**DIRECCIÓN:**			

QUÍMICA SANGUÍNEA

	Resultado	Unidad	Valor de Referencia
COLESTEROL TOTAL	197,05 mg/dl		DESEABLE: MENOR DE 200 mg/dl MODERADAMENTE ALTO: 200-239 mg/dl ELEVADO: MAYOR IGUAL DE 240 mg/dl
COL-HDL	59 mg/dl		BAJO: MENOR DE 40 mg/dl ELEVADO (DESEABLE): MAYOR A 60 mg/dl
COL-LDL	90 mg/dl		OPTIMO: < 100 mg/dl LIMITE OPTIMO: 100-129 mg/dl LIMITE ELEVADO: 130-159 mg/dl ELEVADO: 160-189 mg/dl MUY ELEVADO: MAYOR IGUAL 190 mg/dl
TRIGLICÉRIDOS	145 mg/dl		DESEABLE MENOR DE: 150 mg/dl MODERADAMENTE ELEVADO: 150-199 mg/dl ELEVADO: 200-499 mg/dl MUY ELEVADO: >500 mg/dl
GLICEMIA	84 mg/dl		70 - 100 (mg/dl)

OBSERVACIÓN

Bacteriólogo y Lab. Clínico
Universidad de Pamplona
Reg. 54-719

FIRMA Y SELLO

INESO LTDA-SSOAR SALUD OCUPACIONAL IPS
NIT 900364101-2
Calle 13 A 1E-113 Caobos, Cúcuta, N. de Santander, C.P. 540003
Tel: +57 +57 5721091-5495313-3228455965
contabilidad@ssoarcucuta.com ; http://www.ssoarcucuta.com/
Somos Agente de retención en el impuesto sobre las ventas

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

No. IN553
Responsable de IVA

SEÑOR(ES)	ALIX EIMIRA LANDAZURI			**FECHA DE EMISIÓN (DD/MM/AA)**
DIRECCIÓN	AV 5 9 27 BRR PRADOS DEL ESTE, Colombia, Cúcuta, N. de Santander			25/01/2023
				FECHA DE VENCIMIENTO (DD/MM/AA)
TELÉFONO	3185356198	**CC**	27605285	25/01/2023

ID	Ítem	Unidad	Precio	Cantidad	Descuento	Total
1	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	Unidad	$25,000.00	1		$25,000.00
2	AUDIOMETRIA	Unidad	$18,000.00	1		$18,000.00
3	OPTOMETRIA	Unidad	$18,000.00	1		$18,000.00
4	PERFIL LIPIDICO	Unidad	$30,000.00	1		$30,000.00
5	GLICEMIA	Unidad	$9,000.00	1		$9,000.00
6	CUADRO HEMATICO	Unidad	$11,000.00	1		$11,000.00

Moneda: COP
Generado: 2023-01-25 15:09:51-05:00
Validación DIAN: 2023-01-25 15:10:52-05:00
Tipo de factura: Factura de venta
Tipo de operación: Estándar
Forma de pago: Contado Medio de pago: Efectivo

CUFE: 20749c6613602b0a72afdae11fe01d447bd53f92ce6e178fbf6c7832286df9df98c86f72c9736cf15ded8cb963466216

Firma digital: Z99LwqTdEr/s9yoLK9ETNkh2AGOnU6aRHmtE9g9lCrogUzW3ysvqFn5mI7ahpVx48JjNWODweo3nxQYZ5Ebgy3KyYz28FMga8cRcOutuYIsERuTs
MbSLkoJ1QgNpX07Pv6b7Xtb66YYfW/EDD1luphgROvfF8V4XCGAXG6NdM5KMKFKxia35jLdC+5youbjWajD9qnk5jo/i3jqOTerWiy7NzTpPQ+JiRTW/ReoJ7LsD
iDjWeHSHCHty2Xl2wmlBE+ifDilPW/24xO2lM6jAF8fDbfa1pxpFjR8zbzljTV8lj5/KpiilbKUu5gmNVGFRKwjoQQI/SD4467QcJEqHGA==

Favor realizar tranferencia electronica Cuenta Corriente 83465404332 Bancolombia a nombre de INESO LTDA y enviar soporte al correo contabilidad@ssoarcucuta.com Practicar retefuente del 2% atr.392 inciso 5 E.T,decreto reglamentario 2271 art 6.

Subtotal	$111,000.00
Total	$111,000.00

Total de lineas: 6

Esta factura se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio de conformidad con el Art. 774 del código de comercio. Autorizo que en caso de incumplimiento de esta obligación sea reportado a las centrales de riesgo, se cobraran intereses por mora.

ELABORADO POR

ACEPTADA, FIRMA Y/O SELLO Y FECHA

Autorización de numeración de facturación N°18764036649191 de 2022-09-23 Modalidad Factura Electrónica Desde N° IN1 hasta IN10000 con vigencia hasta 2023-09-23

Representación gráfica de la factura electrónica

Proveedor tecnológico: Soluciones Alegra S.A.S - Software: Alegra - NIT 900.559.088-2

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) ALIX EXIMIRA LANDAZURI MONOGA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 27605285 realizó el día 02/03/2023 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 ALIX EXIMIRA LANDAZURI MONOGA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 27605285 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.

Alix Eximira Landazuri Monoga

Firma

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 **ALIX EXIMIRA LANDAZURI MONOGA** con **CC** No. **27605285**, 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:** 23/02/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 22/02/2023 **Fecha fin de Contrato:** 15/12/2023 **Clase de Riesgo:** 3 **Cargo :** INSTRUCTOR **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): 20230101375643.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 2 días del mes de marzo 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:
BUCARAMANGA	BUCARAMANGA	96	96-46-101013219	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
16	02	2023	16	02	2023	00:00	30	04	2024	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	LANDAZURI MONOGA ALIX EXIMIRA			IDENTIFICACIÓN:	C.C. :27,605,285
DIRECCIÓN:	AVENIDA 5 BIS 9-27	CIUDAD:	CUCUTA - NTE DE SANTANDER	TELÉFONO:	3185356198

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA			IDENTIFICACIÓN:	NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN:	CALLE 2 N ENTRE AVDA 4 Y 5	CIUDAD:	CUCUTA - NTE DE SANTANDER	TELÉFONO:	6075461500
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.4640132 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL QUE PROGRAME EL CENTRO DE FORMACIÓN EN LA RED DE CONOCIMIENTO SALUD EN SUS DIFERENTES NIVELES Y MODALIDADES.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	16/02/2023	30/04/2024	$ 4,096,830.00

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	$ 4,096,830.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
SEGUROS ALTAIR LTDA	215157	100,00			

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

PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 44 NO 36-08 - TELÉFONO: 6578486 - BUCARAMANGA

96-46-101013219
FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

ALIX LANDAZURI
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

900808076A

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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. 96-46-101013219, 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 BUCARAMANGA, a los 16 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

CUFE: 69d1e27f1cacd6cc31d35dc938396d0f519fe5b4aedc9e6010b00cb3df55e3ec5a2f5f7392a6bc6db8651020034ffab0

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578

Factura Electrónica
De Venta

N°. 96G-97112

Grandes Contribuyentes
RESPONSABLES DE IVA
Agente Retenedor de I.V.A.
Código CIIU 6511

Fecha: 16 02 2023

Hora: 00:00:00

Somos Gran Contribuyente de ICA para Bogotá según Resolución Número DDI-023769 29 de noviembre de 2021.
Resolución Dían No. 18764026603413. Fecha de vigencia desde 2022/03/14 hasta 2023/09/14 Con Prefijo 96G, Desde 62787 A 500000.
Autoriza DE 62787 AL 500000

Fecha validación Dian:2023/02/16 22:11:25

Razón Social:	LANDAZURI MONOGA ALIX EXIMIRA
Cédula de ciudadanía:	27605285
Dirección:	CL 24 NRO. 7 - 93 OSPINA PEREZ
Teléfono:	3185356198
E-mail:	AELANDAZURI@GMAIL.COM

No.	Cód Ramo Comercial	Descripción	Unidad	Cantidad	Valor Uni	Valor
1	46	POLIZA DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL ONLINE - 96 - 101013219	unidad	1	28.000	28.000

Total 1

Observaciones:

Valor en letras: SON: TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS

Subtotal	28.000,00
Impoconsumo	0.00
IVA	5.320,00
Total	33.320,00

Forma de Pago: Contado

Medio de Pago: Efectivo

Firma Autorizada

IFactura Transfiriendo
Proveedor Tecnológico Autorizado DIAN Nit: 900.032.159-4

Referencia pago
1101411123457-0

(415)7709998021167(8020)11014111234570(3900)000000033320(96)20240216

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

San José de Cúcuta 28 de febrero del 2023

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
La Ciudad

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

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

a. Durante el año gravable 2022, el 80% o más de mis ingresos brutos sí provinieron de la prestación de servicios de manera personal o el desarrollo de una actividad económica bajo cuenta y riesgo un empleador o contratante.
b. Durante el año gravable 20221, el 80% o más de mis ingresos brutos no provinieron de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o de la prestación de servicios técnicos que no requieren la utilización de materiales o insumos especializados, o de maquinaria o equipo especializado.
c. Por el año gravable 2022, soy una persona natural que no quedé obligado a presentar declaración anual del impuesto de renta al gobierno colombiano.
d. Por el año gravable 2022, soy una persona natural que no obtuvo ingresos brutos totales superiores a 1.400 UVT ($50.831.000).
e. Por el año gravable 2022, sí desarrollé una de las actividades señaladas en el artículo 340 del Estatuto Tributario y si la desarrollé no representó más del veinte por ciento (20%) de mis ingresos brutos.
f. Por el año gravable 2022 no presté servicios técnicos que requirieron de materiales o insumos especializados, o maquinaria o equipo especializado, cuyo costo representa más del veinticinco por ciento (25%) del total de los ingresos percibidos por concepto de tales servicios técnicos.

En constancia de lo anterior, firmo en San José de Cúcuta el 28 de febrero de 2023.

Alix Eximira Landazuri Monoga

C.C. 27.605.285 de Cúcuta.

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Cúcuta, 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 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:

NIT	**1094062631**	**ALBERT STEVEN MONTES LANDAZURI**	**HIJO**
NIT	**1094065242**	**ESTHER ALEJANDRA MONTES LANDAZURI**	**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

Nombre: _Alix Eximira Landazuri Monoga

C.C. _27.605.285 de Cúcuta.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1094062631

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **54369750**

54369750

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [ ] Notaria [X] Número [07] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** [N 9 C]

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

COLOMBIA, NORTE DE SANTANDER, CUCUTA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MONTES	LANDAZURI

Nombre(s)

ALBERT STEVEN

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2015 Mes Nov Día 23	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA NORTE DE SANTANDER CUCUTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIF.MED.CLINICA SANTA ANA	52767241-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

LANDAZURI MONOGA ALIX EXIMIRA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 27.605.285 DE CUCUTA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

MONTES BOTELLO HUGO ALBERTO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1.090.439.910 DE CUCUTA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MONTES BOTELLO HUGO ALBERTO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 1.090.439.910 DE CUCUTA	Hugo Montes.

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
**********	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
**********	

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2015 Mes Dic Día 11	MANUEL JOSE CARRIZOSA ALVAREZ Nombre y firma

NOTARIA SEPTIMA DE CUCUTA
MANUEL JOSE CARRIZOSA ALVAREZ
NOTARIO
REPUBLICA DE COLOMBIA

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NOTARÍA 7 DE CÚCUTA

SNR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO
La guarda de la fe pública

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

NUIP 1094065242

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55674687

55674687

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

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

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MONTES	LANDAZURI

Nombre(s): ESTHER ALEJANDRA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2018 Mes OCT Día 10	FEMENINO	B	POSITIVO

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	14690287-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: LANDAZURI MONOGA ALIX EXIMIRA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 27605285	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: MONTES BOTELLO HUGO ALBERTO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1090439910	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: MONTES BOTELLO HUGO ALBERTO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1090439910	x Hugo Montes.

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2018 Mes OCT Día 22	MANUEL JOSE CARRIZOSA ALVAREZ Nombre y firma

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

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

No 10609

MD