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	**Febrero de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**58198-479175**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ADRIANA PARADA FARIA	**C.C.**	60.384.238	**IP/Nº de contacto**	0
Correo electrónico contratista:	aparadaf@sena.edu.co				

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

Banco al cual consignar: BANCO CAJA SOCIAL **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** 24092828993

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: 4640168/2023 **Nº Compromiso SIIF** **19923**

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	**$ 1.181.366**		**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	----------	**4488223012**
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	$ -	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 393.789	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

		TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.181.366,00	
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

Acciones de FPI directas a formación Titulada Tecnólogo en Regencia de Farmacia: 44 horas
Alistamiento de las actividades pedagógicas y didácticas de la FPI: 20 Horas
Acciones de FPI directas a formación titulada AIPI - Etapa productiva: 11 horas
Horas Totales : 75

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.

ADRIANA PARADA FARIA
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
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	60384238
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ADRIANA PARADA FARIA
CIUDAD/MUNICIPIO:	CUCUTA	DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
DIRECCIÓN:	CLL 2 14 - 52 URB CAÑAFISTOLO	TELÉFONO:	5849376
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4488223012**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	enero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	enero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2023	SALUD:	AÑO:	2023
DÍAS DE MORA:		21			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/03/02	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9993465479

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 190.300
SUBTOTAL:			1	**$ 190.300**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 148.700
SUBTOTAL:			1	**$ 148.700**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 6.300
SUBTOTAL:			1	**$ 6.300**

TOTAL PAGADO:	**$ 345.300**

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 60384238
NOMBRES Y APELLIDOS	Parada Faria,Adriana
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Voluntario Al Sistema De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/01/2018
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Parada Faria,Adriana , a los 24 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

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ADRIANA PARADA FARIA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **60384238,** se encuentra afiliado/a desde **01/04/2015** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 24 de enero de 2023.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14891223369

(415)7707212489984(8020) 000001489122336 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
6 0 3 8 4 2 3 8	1	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	6 0 3 8 4 2 3 8	1 9 9 6 0 3 1 9

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
PARADA	FARIA	ADRIANA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
CL 2 14 52 URB CAÑAFISTOLO

42. Correo electrónico fariaparadaadriana@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica						Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 6 0	2 0 1 4 0 2 0 3	8 6 1 0	2 0 0 4 0 9 1 4	8 5 2 3	8 2 1 1	2 3 1 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
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 ☐ 60. No. de Folios: 61. Fecha

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
985. Cargo

BORRADOR DOCUMENTO SIN COSTO

PRINSO I.P.S.
PROFESIONALES INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL

CERTIFICADO MEDICO LABORAL
EXAMEN DE INGRESO

LICENCIA S.S.T. 3700 DE 23/10/2013

FECHA 11/08/2022



EMPRESA 2-1 SENA INSTRUCTOR

NOMBRE ADRIANA PARADA FARIA

CC : 60384238 **DE** CUCUTA

EDAD 44 **GENERO** F **CARGO** DOCENTE

PROFESION REGENTE DE FARMACIA/ SST

EXAMENES PARACLINICOS Y DE LABORATORIO REALIZADOS :

AUDIOMETRIA	SI	**COLESTEROL**	SI	**HEMOCLASIFICACION**	NO	**RX TORAX**	NO
OPTOMETRIA	NO	**COLESTEROL HDL**	SI	**CUADRO HEMATICO**	NO	**RX COLUMNA**	NO
ESPIROMETRIA	NO	**COLESTEROL LDL**	SI	**GLICEMIA**	SI		
VISIOMETRIA	SI	**TRIGLICERIDOS**	SI	**SEROLOGIA**	NO		

OTROS :

CONCEPTO DE APTITUD : SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO - CON RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES : 1. HIGIENE POSTURAL. 2. PAUSAS ACTIVAS. 3. OPTOMETRIA ANUAL. 4. CAPACITACION SOBRE RIESGO BIOMECANICO, PUBLICO Y PSICOLABORAL .5. ESTILOS DE VIDA SALUDABLE .6.MANTENER ACTUALIZADO ESQUEMA DE VACUNACION .7. USO DE EPP Y NORMAS DE BIOSEGURIDAD PARA CONTINGENCIA DE PANDEMIA ACTUAL DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS VIGENTES DEL MINISTERIO DE SALUD.8.MANTENER UN PATRÓN RESPIRATORIO ADECUADO. 9.REALIZAR EJERCICIOS DE IMPOSTACIÓN VOCAL.10. SUBIR Y BAJAR ESCALERAS DE MANERA PUNTUAL, EVITANDO REPETITIVIDAD.11. EVITAR TAREAS EN CUCLILLAS SOSTENIDA.12 AL REALIZAR TAREAS , HACER CAMBIOS DE POSISICON DE SEDENTE A BIPEDO , EVITANDO POSICION PROLONGADA SOSTENIDA.13. CONTINUAR ATENCION EN EPS

PACIENTE SIN SINTOMAS NI SIGNOS RESPIRATORIOS. SIN PATOLOGIA QUE REPRESENTE RESTRICCION PARA LABORAR DURANTE LA PANDEMIA

TIENE LA VACUNACION DE JANSSEN CONTRA COVID 19

Ingresa al Sistema de Vigilancia Epidemiológica : N/A

CONSTANCIA

Dejamos constancia que el trabajador firmó a satisfaccion el consentimiento informado para la realización de la evaluación médica y de todos los exámenes y pruebas complementarias. Adicionalmente certifico que se remitirán todos los documentos que conforman la Historia Medica del trabajor relacionado en esta certificación a la EPS asignada por él.

B. Barrios B

BELINDA BARRIOS BARRIOS
REGISTRO MEDICO 994
LICENCIA S.O. 1950

ADRIANA PARADA FARIA
CC : 60384238

H. LLEGA 07:24:36 H. SALE 07:58:53

Calle 6 # 7E-26 Quinta Oriental. Teléfonos 5751474 - 5751709. Celular 3142968278 - 3153738562. www.prinsoips.com

PRINSO I.P.S.
PROFESIONALES INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL

AUDIOMETRIA
EXAMEN DE INGRESO

1. INFORMACION GENERAL

EMPRESA	SENA INSTRUCTOR			**FECHA**	2022/08/11
NOMBRE	ADRIANA PARADA FARIA				
CC : 60384238		**DE**	CUCUTA	**GENERO**	M
EDAD	44	**F. NACIMIENTO**	1977/12/27	**LUGAR**	CUCUTA
DIRECCION	AV 6 6-59 PRADOS DEL ESTE				
TELEFONO	NO	**CELULAR**	3112674955	**CARGO**	DOCENTE



2. ANTECEDENTES LABORALES

EMPRESA	CARGO	TIEMPO	EPP	TIPO
VARIAS	DOCENTE	23 AÑOS	NO	NO REFIERE
NO REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE	NO	NO REFIERE

3. EXPOSICION AL RUIDO

Exp. Ruido NO Tiempo jornada - Tiempo - años EPP NO Espuma NO Plastico NO Silicona NO Orejera NO

Exp. Extralaboral Ruido SI Tejo NO Audífono SI Moto SI Discoteca NO Buceo NO Poligono NO Otras NO REFIERE

4. ANTECEDENTES

Antecedentes Familiares SI Cuales MADRE Y HERMANOS HTA

HTA SI Diabetes NO Otitis NO Meningitis NO Cirugia NO Exposición NO Trauma NO TCE NO Ototoxicos NO

Otros NO Cuales NINGUNO

Tinnitus NO Sordera NO Reclutamiento NO Vertigo NO Cefalea NO Otalgia NO Otorrea NO Oido Tapado NO

Otros NO Sintomas NINGUNO

5. ASPECTOS GENERALES

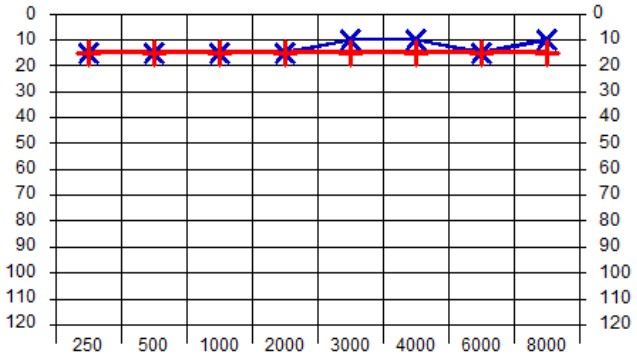
Audiometro marca MAICOL MA41 Fecha calibración 2020/10/05

Larsen: O.D. NORMAL O.I. NORMAL

Otoscopia

O.D. NORMAL

O.I. NORMAL



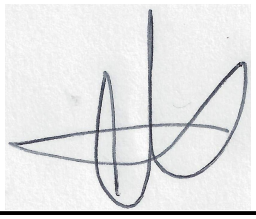
6. AUDIOGRAMA

	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
O.D.	15	15	15	15	15	15	15	15
O.I.	15	15	15	15	10	10	15	10

DIAGNOSTICO AUDICIÓN NORMAL BILATERAL

OBSERVACION NINGUNA

CONDUCTA SIN RESTRICCION AUDITIVA - CONTROL EN 12 MESES



MABEL XIOMARA MOGOLLON TOLOSA
REGISTRO 1568
LICENCIA S.O. 002601

ADRIANA PARADA FARIA
CC : 60384238

LABORATORIO CLINICO E INMUNOLOGICO

EMPRESA 2-1 SENA INSTRUCTOR **FECHA** 2022/08/11

NOMBRE ADRIANA PARADA FARIA

CC : 60384238 **DE** CUCUTA **GENERO** F

EDAD 44 **F. NACIMIENTO** 1977/12/27 **LUGAR** CUCUTA

DIRECCION AV 6 6-59 PRADOS DEL ESTE

TELEFONO NO **CELULAR** 3112674955 **CARGO** DOCENTE

PESO 73 **TALLA** 170 **I.M.C.** 25.2



EXAMEN	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
QUIMICA CLINICA			
GLICEMIA BASAL	70.00	mg/dL	70 - 110 mg/dL
COLESTEROL TOTAL	179.00	mg/dL	HASTA 200 mg/dL
COLESTEROL HDL	38.00	mg/dL	MAYOR 35 mg/dL
COLESTEROL LDL	121.00	mg/dL	MENOR 150 mg/dL
TRIGLICERIDO	100.00	mg/dL	HASTA 150 mg/dL

LUZ ADRIANA CASTANEDA
REGISTRO 171

ADRIANA PARADA FARIA
CC : 60384238

PRINSO I.P.S.
PROFESIONALES INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL

VISIOMETRIA
EXAMEN DE INGRESO

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA PARA LA CONSERVACION DE LA SALUD VISUAL

1. INFORMACION GENERAL



EMPRESA SENA INSTRUCTOR **FECHA** 2022/08/11

NOMBRE ADRIANA PARADA FARIA

CC : 60384238 **DE** CUCUTA **GENERO** F

EDAD 44 **F. NACIMIENTO** 1977/12/27 **LUGAR** CUCUTA

DIRECCION AV 6 6-59 PRADOS DEL ESTE

TELEFONO NO **CELULAR** 3112674955 **CARGO** DOCENTE

2. ANTECEDENTES LABORALES

EMPRESA	CARGO	FR	PV	TIEMPO	PROM. H.E.	TOTAL H.E.	EFEC. EXP.
TECNIDENT	DOCENTE	NO	NO	18 MESES	0	0	0
ACADEMIA POPULAR	DOCENTE	NO	NO	24 MESES	0	0	0

3. AGUDEZA VISUAL

		V. LEJANA	V. CERCANA			V. LEJANA	V. CERCANA	RX EN USO
SC	O.D.	20/25	2 m	CC	O.D.	20/20	0.5 m	N-0.50X120
	O.I.	20/25	2 m		O.I.	20/20	0.5 m	N-0.25X50 ADD 1.75

4. EXAMEN EXTERNO

ESTA EN CONTROLES DE OFTALMOLOGIA

5. OTROS ASPECTOS POR VALORAR

VALORACION	O.D.	O.I.	OBSERVACIONES
ESTEREO TEST	NORMAL	NORMAL	NINGUNA
VISION DEL COLOR ISHIHARA	NORMAL	NORMAL	NINGUNA

6. INSPECCION OCULAR

OFTALMOSCOPIA	OD: MEDIOS TRANSPARENTES		OI: MEDIOS TRANSPARENTES		
RETINOSCOPIA	OD: N-0.50X120 ADD 1.75	AV 20/20	OI: N-0.25X50 ADD 1.75	AV 20/20	

DIAGNOSTICO ASTIGMATISMO - PRESBICIA

CONDUCTA - RX ADECUADA

OBSERVACIONES USO PARA CERCA

YUDY CARDENAS
REGISTRO 304
LICENCIA S.O. 001949

ADRIANA PARADA FARIA
CC : 60384238

HISTORIA MEDICA OCUPACIONAL
EXAMEN DE INGRESO

PRINSO I.P.S.
PROFESIONALES INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL

1. IDENTIFICACION DEL PACIENTE



EMPRESA	2-1 SENA INSTRUCTOR			**FECHA**	11/08/2022
NOMBRE	ADRIANA PARADA FARIA				
CC : 60384238		**DE**	CUCUTA	**GENERO**	F
EDAD	44	**F. NACIMIENTO**	27/12/1977	**LUGAR**	CUCUTA
DIRECCION	AV 6 6-59 PRADOS DEL ESTE				
TELEFONO	NO	**CELULAR**	3112674955	**ESTADO CIVIL**	DIVORCIADO(A)
NIVEL EDUCATIVO	POSTGRADO			**CENTRO DE TRABAJO**	SENA INSTRUCTOR
AREA	ADMINISTRATIVA			**PROFESION**	REGENTE DE FARMACIA/ SST
CARGO	DOCENTE			**EPS**	SANITAS
AFP	COLPENSIONES			**ARL**	POSITIVA

2. ANTECEDENTES OCUPACIONALES

TIEMPO	EMPRESA	CARGO	EXPOSICION A RIESGOS F	Q	BM	B	S	P
18 MESES	TECNIDENT	DOCENTE	SI	NO	SI	NO	SI	SI
24 MESES	ACADEMIA POPULAR	DOCENTE	SI	NO	SI	NO	SI	SI
N/A	NO REPORTA	N/A	NO	NO	NO	NO	NO	NO

2.2. ACCIDENTES DE TRABAJO / ENFERMEDAD LABORAL

EVENTO O ENFERMEDAD LABORAL	AT	EL	FECHA	TIPO	LESION Y PARTE DEL CUERPO
NIEGA	NO	NO	N/A	N/A	N/A
NIEGA	NO	NO	N/A	N/A	N/A

SECUELAS NO

PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL NO

3.1. ANTECEDENTES FAMILIARES

HIPERTENSION	MADRE/TIAS M /HERMAN	**CANCER**	NIEGA	**T.B.C.**	NIEGA
CARDIOPATIAS	NIEGA	**ASMA**	NIEGA	**OSTEOMUSCULARES**	NIEGA
DIABETES	TIA PATERNA	**VARICES**	NIEGA	**SINDROME CONVULSIVO**	NIEGA
ALERGIAS	NIEGA	**ARTRITIS**	NIEGA	**PSIQUIATRICOS**	NIEGA
ACV	NIEGA	**OTROS**	NIEGA		

3.2. ANTECEDENTES PERSONALES

CONGENITAS	NO	**CARDIOVASCULAR**	NO	**OSTEOMUSCULAR**	SI	**PSIQUIATRICOS**	NO
INMUNOPREVENIBLES	SI	**PULMONAR**	NO	**ALERGICO**	NO	**FARMACODEPENDENCIA**	NO
INFECCIOSA	NO	**GASTROINTESTINAL**	NO	**TOXICOS**	NO	**NO REFIERE**	NO
SISTEMICA	NO	**GENITOURINARIA**	SI	**FARMACOLOGICOS**	NO	**QUIRURGICO**	SI
OJOS	NO	**DEFORMIDADES**	NO	**TRAUMATICO**	NO	CESAREAS #2 + POMEROY	
AGUDEZA	NO	**NEUROLOGICO**	NO	**TRANSFUSIONES**	NO		
NASOFARINGEA	NO	**PIEL**	NO	**VENEREAS - SIDA**	NO		

OBSERVACIONES : hepatitis a, rosiola, parotiditis y varicela en la infancia. niega mareos, convulsion, epilepsia, trastornos mentales, trastornos del sueño y perdida de conocimiento. no alergicos. covid 19 en febreo 2022, no requirio hospitalizacion aislada 8 dias. no secuelas .gonartralgia y mialgia pierna izquierda . infecciones urinarias a repeticion

3.3. ANTECEDENTES TRAUMATICOS

LESION O TRAUMA	SI/NO	AÑO	PARTE DEL CUERPO	SECUELAS
FRACTURAS	NO	N/A	N/A	N/A
LUXACIONES	NO	N/A	N/A	N/A
ESGUINCES	NO	N/A	N/A	N/A
C. SENTADO	NO	N/A	N/A	N/A
C. CON TORCION	NO	N/A	N/A	N/A
OTROS	NO	N/A	N/A	N/A

OBSERVACIONES : NIEGA

3.4 GINECOBSTETRICOS

CICLOS	IRREG/5	**F. ULTIMA MENSTRUACION**	23/07/2022	**HIJOS VIVOS**	2	**GESTACIONES**	2	**PARTOS**	NO
ABORTOS	NO	**CESAREAS**	2	**PLANIFICA**	SI	**METODO**	QUIRURGICO		
CITOLOGIA	SI	**RESULTADO**	09/2021 NORMAL						
MAMOGRAFIA	NO								

3.5 HABITOS

FUMA	NO	**FUMABA**	NO
ALCOHOL	SI	**REGULARIDAD**	OCASIONAL
CAFE	NO		NIEGA
DEPORTE	NO		
OFICIOS EXTRAS	NO		

3.6 INMUNIZACIONES - VACUNAS

HEPATITIS B	SI	**FIEBRE AMARILLA**	SI	**TETANO**	SI	**INFLUENZA**	NO	**VARICELA**	NO	**OTRAS**	NO

REVISION POR SISTEMAS : PENDIENTE VALORACION POR ORTOPEDIA Y FISIATRIA POR GONARTRALGIA Y MIALGIA PIERNA IZQUIERDA. PENDIENTE TERAPIAS. CITA CON UROLOGIA POR INFECCIONES URINARIAS A REPETICION.TIENE LA VACUNACION DE JANSSEN CONTRA COVID 19

4. REVISION

PESO	73	**TALLA**	170	**I.M.C.**	25.2	**PULSO X MIN**	74
RESPIRACIÓN X MIN	16	**TENSIÓN ARTERIAL**	120/80	**HEMISFERIO**	DIESTRO		

4.1. EXAMEN FISICO

1.ESTADO NUTRICIONAL	Anormal	**20.DIENTES**	Normal
2.PIEL	Anormal	**21.VARICES**	Anormal
3.FANERAS	Normal	**22.FARINGE**	Normal
4.PALPACIÓN CRANEO	Normal	**23.AMIGDALAS**	Normal
5.FONDO DE OJO	Normal	**24.INSPECCIÓN CUELLO**	Normal
6.GENITALES EXTERNOS	Normal	**25.INSP. TORAX SENOS**	Normal
7.PARPADOS	Normal	**26.AUSCULTACIÓN RESPIRATORIA**	Normal
8.CONJUNTIVAS	Normal	**27.AUSCULTACIÓN CARDIACA**	Normal
9.AGUDEZA VISUAL	Anormal	**28.INSPECCIÓN DE ABDOMEN**	Normal
10.PUPILAS	Normal	**29.INSP. MIEMBROS SUPERIORES**	Normal
11.REFLEJO FOTOMOTOR	Normal	**30.INSP. MIEMBROS INFERIORES**	Anormal
12.INSPECCIÓN EXT. OIDOS	Normal	**31.INSP. COLUMNA VERTEBRAL**	Anormal
13.OTOSCOPIA	Normal	**32.PALPACIÓN COLUMNA**	Normal
14.INSPECCIÓN EXT. NARIZ	Normal	**33.PULSO RADIAL Y PEDIO**	Normal
15.RINOSCOPIA	Normal	**34.REFLEJOS TENDINOSOS**	Normal
16.LABIOS	Normal	**35.ARTICULACIONES**	Normal
17.MUCOSA BUCAL	Normal	**36.NEUROLÓGICO**	Normal
18.ENCIAS	Normal	**37.ESFERA MENTAL**	Normal
19.PALADAR	Normal	**ALINEACION COLUMNA VERTEBRAL**	CIFOSIS

ANORMALES

1. SOBREPESO LEVE.2. EQUIMOSIS REGION POSTERIOR PIERNA IZQ 1/3 MEDIO.9.ASTIGMATISMO - PRESBICIA .21. TELAGIECTASIAS. 30. MARCHA ANTALGICA.RODILLA IZQ DOLOR CARA ANTERIOR Y LINEA INTERARTCULAR MEDIAL. AMAS FLEXION 140° Y EXTENSION 0° CON DOLOR.31 CIF

5. EXAMENES PARACLINICOS Y DE LABORATORIO

AUDIOMETRIA AUDICIÓN NORMAL BILATERAL		
OPTOMETRIA		
VISIOMETRIA ASTIGMATISMO - PRESBICIA		
ESPIROMETRIA		
RX TORAX		
RX COLUMNA		
HEMOCLASIFICACION	**GLICEMIA** 70	**SEROLOGIA**
COLESTEROL 179	**COLESTEROL LDL** 121	**COLESTEROL HDL** 38
TRIGLICERIDOS 100	**CUADRO HEMATICO**	
OTROS		

CONCEPTO DE APTITUD: SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO - CON RECOMENDACIONES

DIAGNOSTICO: 1. SOBREPESO LEVE.2. TELAGIECTASIAS. 3. CIFOSIS POSTURAL .4. GONALGIA RODILLA IZQUIERDA. 5. INFECCIONES URINARIAS A REPETICION.6.ASTIGMATISMO - PRESBICIA

OBSERVACIONES: PACIENTE SIN SINTOMAS NI SIGNOS RESPIRATORIOS. SIN PATOLOGIA QUE REPRESENTE RESTRICCION PARA LABORAR DURANTE LA PANDEMIA. CONTINUAR A TENCION EN EPS POR GONALGIA RODILLA IZQUIERDA E INFECCIONES URINARIAS A REPETICION

RECOMENDACIONES: 1. HIGIENE POSTURAL. 2. PAUSAS ACTIVAS. 3. OPTOMETRIA ANUAL. 4. CAPACITACION SOBRE RIESGO BIOMECANICO, PUBLICO Y PSICOLABORAL .5. ESTILOS DE VIDA SALUDABLE .6.MANTENER ACTUALIZADO ESQUEMA DE VACUNACION .7. USO DE EPP Y NORMAS DE BIOSEGURIDAD PARA CONTINGENCIA DE PANDEMIA ACTUAL DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS VIGENTES DEL MINISTERIO DE SALUD.8.MANTENER UN PATRÓN RESPIRATORIO ADECUADO. 9.REALIZAR EJERCICIOS DE IMPOSTACIÓN VOCAL.10. SUBIR Y BAJAR ESCALERAS DE MANERA PUNTUAL, EVITANDO REPETITIVIDAD.11. EVITAR TAREAS EN CUCLILLAS SOSTENIDA.12 AL REALIZAR TAREAS , HACER CAMBIOS DE POSISICON DE SEDENTE A BIPEDO , EVITANDO POSICION PROLONGADA SOSTENIDA.13. CONTINUAR ATENCION EN EPS

PACIENTE SIN SINTOMAS NI SIGNOS RESPIRATORIOS. SIN PATOLOGIA QUE REPRESENTE RESTRICCION PARA LABORAR DURANTE LA PANDEMIA

TIENE LA VACUNACION DE JANSSEN CONTRA COVID 19

Ingresa al Sistema de Vigilancia Epidemiológica : N/A

Hago constar y certifico que los datos que suministre al medico son reales y asumo la responsabilidad en caso contrario

B. Barrios B

BELINDA BARRIOS BARRIOS
REGISTRO MEDICO 994
LICENCIA S.O. 1950

ADRIANA PARADA FARIA
CC : 60384238

Hace constar:

Que el Sr(a) ADRIANA PARADA FARIA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 60384238 realizó el día 08/03/2023 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 ADRIANA PARADA FARIA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 60384238 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

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 **ADRIANA PARADA FARIA** con **CC** No. **60384238**, 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:** 5 **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): 202301013135512.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 6 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

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
CUCUTA	AGENCIA CUCUTA	49	49-44-101029877	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
17	02	2023	16	02	2023	00:00	30	04	2024	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	PARADA FARIA, ADRIANA		CC: 60.384.238
DIRECCIÓN: AVENIDA 6 6-59 BARRIO PRADOS DEL ESTE	CIUDAD: CUCUTA, NORTE DE SANTANDER	TELÉFONO:	3112674955

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA		NIT: 899.999.034-1
DIRECCIÓN: CR 13 NRO. 65 - 11	CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO	5461500

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 PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO, BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSION DEL ANTICIPO, PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES, ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA, EN DESARROLLO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No.CO1.PCCNTR.4640168 DE FECHA 16/02/2023, CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL QUE PROGRAME EL CENTRO DE FORMACION 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	GASTOS 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			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
NANCY CHAUSTRE PEÑALOZA	132878	100.00			

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

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

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES AV. 1E NO. 17 - 88 - TELEFONO: 5835460 - CUCUTA

49-44-101029877

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

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES NO. _____ SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015

1. AMPAROS.

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

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

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

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

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

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

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

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

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

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

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

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

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

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

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

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

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

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

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

EL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE GENEREN COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, PRESENTADOS

EN LA OBRA ENTREGADA Y RECIBIDA A SATISFACCIÓN DE DICHA ENTIDAD ESTATAL O SUS REPRESENTANTES, CUYA CAUSA SEA IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO.

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

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

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

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

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

2. EXCLUSIONES.

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

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

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

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

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

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.

PARA CONSTANCIA DE LO EXPUESTO, Y EN SEÑAL DE ASENTIMIENTO Y COMPROMISO CON TODO LO AQUÍ PACTADO SE FIRMA EN _____ A LOS _____ ( ) DÍAS DEL MES DE _____ DEL AÑO _____.

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

77099980211670044925 40

Nit: 860009578-6

SEGUROS DEL ESTADO GENERALES

RECIBO DE PAGO Nº: 10000044925407

CERTIFICAMOS QUE:

FECHA
17/02/2023 11:19a.m.

RECIBIMOS DE: PARADA FARIA ADRIANA — CC. 60.384.238

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

POR CONCEPTO DE: PAGO POLIZA NRO.: 101029877

SUC - RAMO - POLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTO	IVA	VALOR
AGENCIA CUCUTA-44-101029877-0-1	$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: 0004492540

TOTAL: $33,320.00

CAJERO: PAGUESTADO

2/17/2023 11:22:37AM

172.16.10.23

San José de Cúcuta, Febrero 28 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 2022, el 80% o más de mis ingresos brutos sí 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, no desarrollé una de las actividades señaladas en el artículo 340 del Estatuto Tributario y si la desarrollé no representó más del veinte por ciento (20%) de mis ingresos brutos.
f. Por el año gravable 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.



Adriana Parada Faría

C.C. 60384238 de Cúcuta

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

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

T.I.	**1093597754**	**Daniel Alejandro Villegas Parada**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

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

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente con mi firma declaro: que **NINGUNA PERSONA** ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,



_____
FIRMA

Nombre: _ADRIANA PARADA FARIA_

C.C. _____60384238_____

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

NUIP 1093597754

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41967155

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 09 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 9868

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

Datos del inscrito

Primer Apellido: VILLEGAS
Segundo Apellido: PARADA
Nombre(s): DANIEL ALEJANDRO

Fecha de nacimiento: Año 2008 Mes DIC Día 26
Sexo (en letras): Masculino
Grupo Sanguíneo: A
Factor RH: Positivo

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

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO
Número certificado de nacido vivo: 51410064-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: PARADA FARIA ADRIANA
Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO.60.384.238
Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: VILLEGAS RINCON DORAIN ENRIQUE
Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 18.969.839
Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: VILLEGAS RINCON DORAIN ENRIQUE
Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 18.969.839
Firma

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 2009 Mes ENE Día 09

Nombre y firma del funcionario que autoriza

CARMEN ELVIRA LIENDO VILLAMIZAR
Nombre y firma

Carmen Elvira Liendo Villamizar
NOTARIA SEXTA DE CUCUTA
Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

© FEGA S.A. NIT. 800.221.151-8

La presente fotocopia fue tomada del original que reposa en los archivos de esta Notaria.
Se expide a solicitud del interesado para demostrar parentesco de conformidad con lo establecido
en los art. 115 Dec. 1260 de 1970 y Art. 1 Dec. 278 de 1972
ESTE REGISTRO TIENE VALIDEZ PERMANENTE
San José de Cucuta,20 de septiembre de 2021

Notaria sexta Cúcuta

CARMEN ELVIRA LIENDO VILLAMIZAR
Notaria Sexta de Cúcuta

Escaneado con CamScanner