SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL VALLE**
**CENTRO DE TECNOLOGIAS AGROINDUSTRIALES-VALLE**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **76** |
| **Código Centro** | **954310** |
| **Fecha Elaboración** | **Marzo de 2023** |
| **Versión** | **ENERO 2023 - 1,23** |
| **ID de Proceso** | **03102-405879** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | RITO ALFONSO SALAZAR MOYA | **C.C.** | 93.387.895 | **IP/Nº de contacto** | 23607 |
| **Correo electrónico contratista:** | rsalazar@sena.edu.co | | | | |

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

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

**Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000:** NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 24049176869

**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:** 4747628/2023 **Nº Compromiso SIIF** **31723**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 35.232.738 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 35.232.738 | **1** | **Del** | **13/03/2023** | **Al** | **31/03/2023** | **$ 2.458.098,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 32.774.640 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

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

CONTRATACION INSTRUCTORES: CO1.PCCNTR.4747628 PRESTACION DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR TÉCNICO O DE EMPRENDIMIENTO, COMO APOYO A LA EMPLEABILIDAD RURAL EN LA ASISTENCIA TÉCNICA Y/O EN LA COMERCIALIZACIÓN DE LOS PRODUCTO

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 2.458.098 | | Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383° | 0,00% |
| | | | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 0 | | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 2.458.098** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 1.402.116** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | Marzo | Febrero |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **Dec.1273/2018** |
| **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 II | $ 12.200 | $ 0 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 614.524 | $ - | |
| 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 | $ 245.810 | |
| Salud hasta $ 678.592 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 2.792.123 | $ 467.372 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 1.402.116,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 2.127.498,00 | |
| 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 - 8523 | 4.255,00 | 0,200% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Pro-UCEVA | 12.290,00 | 0,500% |
| Universidad del Pacífico | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$2.441.553,00** | |

**SON: DOS MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Durante el mes en curso se realizaron actividades de concertación para apertura de fichas y elaboración de material de formación

**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.

**RITO ALFONSO SALAZAR MOYA**
**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,

**JHON JAIRO ALZATE RAMIREZ**
**INSTRUCTOR G20**

**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**

**GERARDO AUGUSTO CASTRO MUÑOZ**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

PEREIRA, Marzo 23 de 2023

Señor:
SALAZAR MOYA RITO ALFONSO
CC. 93387895
MZ 9B CA 4 BRR BELMONTE - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Octubre 12 de 2005. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

| Nombre | Documento | Tipo | Afiliacion | Sem cot | Sem Ant | Parentesco | Estado Afiliacion | Fecha de desafiliacion EPS | Estado Actual | Discapacidad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SALAZAR MOYA RITO ALFONSO | 93387895 | C | Oct-12-2005 | 451 | 0 | COTIZANTE | VIGENTE | | | Ninguna |
| SANABRIA MEDINA AYDA XIMENA | 1110470482 | C | Ago-16-2007 | 372 | 0 | COMPAÑERO(A) | VIGENTE | | | Ninguna |
| SALAZAR SANABRIA JOHAN ALEJANDRO | 1089625215 | T | Abr-16-2015 | 52 | 0 | HIJO MENOR DE 18 AÑOS | VIGENTE | | | Ninguna |
| SALAZAR SANABRIA MELANNY STEPHANIA | 1105468531 | T | Oct-11-2008 | 314 | 0 | HIJO MENOR DE 18 AÑOS | VIGENTE | | | Ninguna |

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

| Razón social del aportante | Usuario en contrato | Tipo de contrato | Estado de contrato |
|---|---|---|---|
| AGROINSUMOS DEL EJE CAFETERO SAS | 93387895 | Dependiente | CERRADO |
| ASOINGES DE COLOMBIA ORGANIZACION SINDIC | 93387895 | Dependiente | CERRADO |
| CEMPREC SAS | 93387895 | Dependiente | CERRADO |
| COASSMIN COLOMBIA | 93387895 | Dependiente | CERRADO |
| FINANCIAMOS SA | 93387895 | Dependiente | CERRADO |
| FMC COLOMBIANA S A S | 93387895 | Dependiente | CERRADO |
| IVAN BOTERO GOMEZ Y CIA LTDA | 93387895 | Dependiente | CERRADO |
| MEGALINEA SA | 93387895 | Dependiente | CERRADO |
| MERCADEO OPERACIONAL BTL S A S | 93387895 | Dependiente | CERRADO |
| RITO ALFONSO SALAZAR MOYA | 93387895 | Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m | VIGENTE |
| RITO ALFONSO SALAZAR MOYA | 93387895 | Trabajador Independiente | CERRADO |
| SIMOVIL COMUNICACIONES SAS | 93387895 | Dependiente | CERRADO |

**CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO**

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,



JAVIER CARREÑO SÁNCHEZ

Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14731794174

(415)7707212489984(8020) 000001473179417 4

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 9 3 3 8 7 8 9 5 | 4 | Impuestos y Aduanas de Pereira | 1 6 | |

## 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 | 93387895 | 1 9 9 1 0 1 3 0 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Tolima 7 3 | Ibagué 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| SALAZAR | MOYA | RITO | ALFONSO |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Risaralda 6 6 | Pereira 0 0 1 |

41. Dirección principal
MZ 9 B CA 4 BRR BELMONTE

42. Correo electrónico alfonsosalazar60@hotmail.com

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

## 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 |
| 8 5 5 1 | 2 0 2 1 0 1 2 0 | 4 9 2 3 | 2 0 1 4 0 3 1 1 | | | | 4 1 2 3 | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

| Obligados aduaneros | | | | | | | | | | Exportadores | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
| 54. Código | | | | | | | | | | | | 57. Modo | | | |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | | | 58. CPC | | | |

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

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 01 - 20 / 17 : 38: 26

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 SALAZAR MOYA RITO ALFONSO
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: 14731794174

(415)7707212489984(8020) **000001473179417 4**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 9 3 3 8 7 8 9 5 | 4 | Impuestos y Aduanas de Pereira | 1 6 | |

## 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 0 0 0 9 1 8 | |
| 77. No. Matrícula mercantil | 1 2 6 8 5 0 | |
| 78. Departamento | 7 3 | |
| 79. Ciudad/Municipio | 0 0 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: 14731794174

(415)7707212489984(8020) **000001473179417 4**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 9 3 3 8 7 8 9 5 | 4 | Impuestos y Aduanas de Pereira | 1 6 | |

**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 mayor de productos quimicos basicos, plasticos y caucho e 5 1 5 3 | |

162. Nombre del establecimiento: LA GRANJA TIENDA DEL CAMPO

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| Tolima 7 3 | Ibagué 0 0 1 | |

165. Dirección: CR 1 13 37 CEN

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

**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:

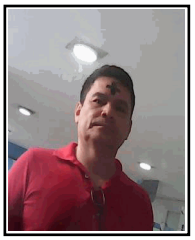
| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| | | |

165. Dirección:

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

**NIT. 816.003.024-0**
Calle 19 #5-13, piso 4. Clínica Risaralda
Teléfonos: (6)3211606 - (6)3451190 - Celular 320-726-9333
E-mail. informacion@previsionocupacional.com - www.previsionocupacional.com
Pereira, Colombia



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 82.573**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 22 DÍA | 02 MES | 2023 AÑO | PEREIRA (RISARALDA, COLOMBIA) Ciudad | **EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR BÁSICO** |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| **PARTICULARES** | **RITO ALFONSO SALAZAR MOYA** |
|---|---|
| **Nombre de la empresa** | **Empresa que contrata al trabajador** |

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| **SALAZAR MOYA RITO ALFONSO** | RH | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|---|
| | A + | MASCULINO | 51 AÑOS 10 MESES 13 DÍAS | CC | 93387895 |
| Apellidos y Nombres | | | | Tipo | Número |

Cargo
**INSTRUCTOR DEL SENA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**CUMPLE PARA EL CARGO/ SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO**

Observaciones: *VALORACIÓN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR, CARDIOVASCULAR Y PSICOSOCIAL.*

| NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) | **N/A** |
|---|---|

| **RESTRICCIONES LABORALES** | **TIPO** | **RECOMENDACIONES** |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA) | ✓ | EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR | ✓ |
| OPTOMETRÍA | ✓ | ---------- | |

| **RECOMENDACIONES MÉDICAS** | **RECOMENDACIONES OCUPACIONALES** | **HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES** |
|---|---|---|
| USAR CORRECCIÓN VISUAL | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA. | DIETA BALANCEADA |
| | CAPACITACIÓN | |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

Dr. Sebastián Otálvaro Jaramillo
R.M. 1.088.299.641
LPSST 2522-18
Médico Especialista en Seguridad en el Trabajo

**Firma:**

**Nombre:** OTÁLVARO JARAMILLO SEBASTIAN

**R. M.:** 1088299641 **L.S.O.:** LPSST 2522-18

**Código de Seguridad**
**J133P1V82573**

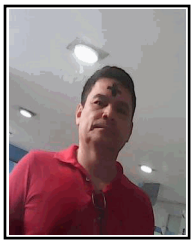
**Aspirante o Trabajador**

**Firma:**

**Nombre:** SALAZAR MOYA RITO ALFONSO

**CC:** 93387895

**NIT. 816.003.024-0**
Calle 19 #5-13, piso 4. Clínica Risaralda
Teléfonos: (6)3211606 - (6)3451190 - Celular 320-726-9333
E-mail. informacion@previsionocupacional.com - www.previsionocupacional.com
Pereira, Colombia



# EXAMEN DE OPTOMETRÍA

## DATOS PERSONALES

**Atención Nº: 44,575**

**Fecha:** 22/02/2023 **Municipio:** PEREIRA (RISARALDA, COLOMBIA) **CC:** 93387895 **Nombre:** SALAZAR MOYA RITO ALFONSO **Edad:** 51 AÑOS 1
**Genero:** MASCULINO **Profesión o Cargo:** INSTRUCTOR DEL SENA **Empresa:** RITO ALFONSO SALAZAR MOYA
**Eps:** SALUD TOTAL **Tipo Evaluación Medica:** EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTE **F. Último Examen:** 1 AÑO
**Lugar del Último Examen:** PARTICULAR **Motivo Consulta:** INGRESO

## ANTECENDENTES VISUALES

| | |
|---|---|
| ANTECEDENTES FAMILIARES | NIEGA |
| ANTECEDENTES PERSONALES | NIEGA |
| ANTECENDENTES OCUPACIONALES | NIEGA |
| EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL | NO APLICA |
| LENTES DE CONTACTO | NO USA |
| MULTIFOCAL | NO |
| TIPO DE USO | LEJOS |
| TRAE RX | SI |
| ÚLTIMO DIAGNÓSTICO | MIOPIA/ASTIGMATISMO |
| USA ANTEOJOS | SI USA |

## PRUEBAS REALIZADAS

### SINTOMATOLOGÍA

DISMINUCION DE VISION DE LEJOS

| | AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN | AV/VL | AV/VP | PH | AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN | AV/VL | AV/VP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| O.D: | NO APLICA | 20/100 | 20/20 | N/A | -1.25-0.50*70 | 20/ 20 | N/A |
| O.I: | NO APLICA | 20/ 70- | 20/20 | N/A | -1.25-0.25*80 | 20/ 20 | N/A |
| A.O: | NO APLICA | 20/ 70- | 20/20 | N/A | NO APLICA | 20/ 20 | N/A |

### EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: **APARENTEMENTE SANO**
OJO IZQUIERDO: **APARENTEMENTE SANO**

### REFLEJOS

OBSERVACIÓN: **PRESENTES Y NORMALES**

### COVER TEST

VISIÓN LEJANA: **NORMAL**
VISIÓN PROXIMA: **NORMAL**

### MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

### PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

### OFTALMOSCOPÍA

OJO DERECHO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**
OJO IZQUIERDO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**

### QUERATROMETRÍA

OJO IZQUIERDO: **K´ = NA**
OJO DERECHO: **K´ = NA**

### REFRACCIÓN

| | |
|---|---|
| OJO DERECHO | -1.25-0.50*70 |
| OJO IZQUIERDO | -1.25-0.25*80 |

### RX FINAL

| | | |
|---|---|---|
| OJO IZQUIERDO | -1.25-0.25*80 | AV VL 20/ **20** |
| OJO DERECHO | -1.25-0.50*70 | AV VL 20/ **20** |

## VISIÓN COLOR

OJO DERECHO: **NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

## ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

| CÓDIGO | DIAGNÓSTICO | OJO | ORIGEN | TIPO |
|---|---|---|---|---|
| H521 | MIOPIA | AMBOS | COMÚN | 2 - DIGNÓSTICO CONFIRMADO NUEVO |
| H522 | ASTIGMATISMO | AMBOS | COMÚN | 2 - DIGNÓSTICO CONFIRMADO NUEVO |

## CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

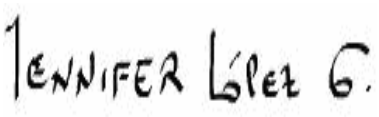
USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN LEJANA

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

## OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

CORREGIDO CORRECTAMENTE CON CORRECCION OPTICA PARA VISION LEJANA

**OPTOMETRA**



**Firma:**

**Nombre:** LOPEZ GUZMAN JENNIFER

**R. M.:** 2766 CTNPO LPSST 1 **L.S.O.:** LPSST 1242-16

**PACIENTE**

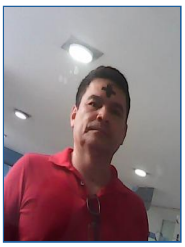


**Firma:**

**Nombre:** SALAZAR MOYA RITO ALFONSO

**CC:** 93387895

**NIT. 816.003.024-0**
Calle 19 #5-13, piso 4. Clínica Risaralda
Teléfonos: (6)3211606 - (6)3451190 - Celular 320-726-9333
E-mail. informacion@previsionocupacional.com - www.previsionocupacional.com
Pereira, Colombia



# RESULTADO DEL LABORATORIO CLÍNICO

## DATOS PERSONALES

**Lugar del Examen:** PEREIRA (RISARALDA, COLOMBIA) **Fecha:** 22/02/2023

**CC:** 93387895 **Nombre:** SALAZAR MOYA RITO ALFONSO **Fecha de Nacimiento:** 10/04/1971 **Edad:** 51 AÑOS 10 MESES 13 DÍAS

**Genero:** MASCULINO **Estado Civil:** UNIÓN LIBRE **Dirección:** MNZ 6 A CASA 6 **Teléfono:** 3104974099 **Celular:** 3104974099

**Nombre de la Empresa:** PARTICULARES **Empresa en Misión:** RITO ALFONSO SALAZAR MOYA

**Nombre del Acudiente:** **Teléfono del Acudiente:** **Parentesco:**

## RESULTADO DE CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA)

### HEMOGRAMA TIPO IV

| Prueba | Resultado | Unidades | Valores de Referencia |
|---|---|---|---|
| **SERIE BLANCA** | * | * | * |
| **WBC** | 6.3 | x 10^3/uL | 4.0 - 10.0 |
| **Lymp #Abs** | 2.0 | x 10^3/uL | 0.8 - 4.0 |
| **Mid #Abs** | 0.4 | x 10^3/uL | 0.1 -1.5 |
| **Gran #Abs** | 3.9 | x 10^3/uL | 2.0 - 7.0 |
| **Lymp %** | 31.9 | % | 20.0 - 40.0 |
| **Mid %** | 6.3 | % | 3.0 - 15.0 |
| **Gran%** | 61.8 | % | 50.0 - 70.0 |
| **SERIE ROJA** | * | * | * |
| **RBC** | 5.48 | x 10^6/uL | 3.50 - 5.50 |
| **HEMOGLOBINA** | 16.8 | g/dL | 12.0 - 17.0 |
| **HEMATOCRITO** | 48.7 | % | 37.0 - 54.0 |
| **MCV** | 88.9 | fL | 80.0 - 100.0 |
| **MCH** | 30.6 | pG | 27.0- 34.0 |
| **MCHC** | 34.4 | g/dL | 32.0 - 36.0 |
| **RDW-CV** | 13.0 | % | 11.0 - 16.0 |
| **RDW-SD** | 43.4 | fL | 35.0 - 56.0 |
| **SERIE PLAQUETARIA** | * | * | * |
| **PLAQUETAS** | 241 | x 10^3/uL | 150.0 -450.0 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **MPV** | 7.3 | fL | 6.0 - 13.0 |
| **DIFERENCIAL MANUAL** | * | * | * |
| **LINF %** | | % | 20.0 - 40.0 |
| **NEUT%** | | % | 50.0 - 70.0 |
| **MONO%** | | % | 2.0 - 10.0 |
| **EOS %** | | % | 0.0 . 5.0 |
| **BAS %** | | % | 0.0 - 2.0 |

**Bacteriólogo**

**Firma:** 

**Nombre:** CHACON DORADO YUNCELY ELIZABETH

**RM:** 10170-02

**Paciente**

**Firma:** 

**Nombre:** SALAZAR MOYA RITO ALFONSO

**CC:** 93387895

idime

05-1833874


Fecha ingreso : 21/01/2023 08:22:42 AM
Fecha de muestra: 21/01/2023 08:22:42 a. m.
Fecha impresion : 26/01/2023 10:37:15 AM

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. de Orden | : 1833874 | No. Interno | : 1833874 |
| Paciente | : SALAZAR MOYA RITO ALFONSO | Edad | : 51 a 9 m 16 d |
| Documento Id | : 93387895 | Fecha Nacimiento | : 10/04/1971 |
| Empresa | : SALUD TOTAL EPS | Sexo | : MASCULINO |
| Sede | : PEI LA CUARTA | Teléfono | : 3104974099 |
| E-Mail | : rasalazar59@misena.edu.co | No. Autoriza | : 08899-2304011594 |

**HBA1C1**COL**TRIG**HDL**LC67**** **LLOJUS**

| Examen | Resultado | Unidades | Intervalo Biológico de referencia |
|---|---|---|---|

## QUIMICA CLINICA

**COLESTEROL LDL DIRECTO**

**COLESTEROL LDL DIRECTO** 168 mg/dL 0 - 0

Intervalo Biológico de Referencia:

Optima: < 100 mg/dl
Casi óptima: 100 -129 mg/dl
Limite Alto: 130-159 mg/dl
Alto: 160-189 mg/dl
Muy Alto: > 190 mg/dl

**Tecnica: COLORIMETRICO-ENZIMATICO**

Validó: Reg 1082249206 PEDRO MENDEZ HERRERA 23/01/2023 04:35 AM

**COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL Suero**

**COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL** 49.4 mg/dl 0 - 0

Intervalo Biológico de Referencia:

Bajo : Menor de 40 mg/dl
Alto : Mayor o igual 60 mg/dl

Tomado de : NCEP-ATP III 2001

**Tecnica: COLORIMETRIA**

Validó: Reg 1082249206 PEDRO MENDEZ HERRERA 23/01/2023 04:35 AM

**COLESTEROL TOTAL Suero**

**COLESTEROL TOTAL** 246 mg/dL 0 - 0

Intervalo Biológico de Referencia:

Optimo : Menor de 200 mg/dl
Intermedio Alto : Entre 200 - 239 mg/dl
Alto : Mayor o igual a 240 mg./ dl

Tomado de NCEP-ATP III 2001

**Tecnica: COLORIMETRIA**

Validó: Reg 1082249206 PEDRO MENDEZ HERRERA 23/01/2023 04:35 AM

**TRIGLICERIDOS Suero**

**TRIGLICERIDOS** 193 mg/dl 0 - 0

Intervalo Biológico de Referencia:

Normal : Menor de 150 mg/dl
Intermedio Alto : Entre 150 - 199 mg/dl.
Alto : Entre 200 - 499 mg/dl
Muy alto : Mayor o igual a 500 mg/dl

Tomado de NCEP ATP III 2001

Powered by CamScanner

idime

05-1833874


Fecha ingreso : 21/01/2023 08:22:42 AM
Fecha de muestra: 21/01/2023 08:22:42 a. m.
Fecha impresion : 26/01/2023 10:37:15 AM

No. de Orden : 1833874
Paciente : SALAZAR MOYA RITO ALFONSO
Documento Id : 93387895
Empresa : SALUD TOTAL EPS
Sede : PEI LA CUARTA
E-Mail : rasalazar59@misena.edu.co

No. Interno : 1833874
Edad : 51 a 9 m 16 d
Fecha Nacimiento: 10/04/1971
Sexo : MASCULINO
Teléfono : 3104974099
No. Autoriza : 08899-2304011594

HBA1C1**COL**TRIG**HDL**LC67**

LLOJUS

| Examen | Resultado | Unidades | Intervalo Biológico de referencia |
|---|---|---|---|

TRIGLICERIDOS Suero
Tecnica: COLORIMETRIA

Validó: Reg 1082249206 PEDRO MENDEZ HERRERA 23/01/2023 04:35 AM

INMUNOQUÍMICA

HEMOGLOBINA GLICOSILADA (HBA1C) SANGRE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| HEMOGLOBINA GLICOSILADA (HbA1c) | 5.5 | % | 0 | - | 0 |

Intervalo Biológico de Referencia:

Paciente no diabético: Menor a 5.7%
Paciente en riesgo de diabetes: 5.7-6.4%
Paciente diabético controlado: 6.5 %- 7%
Objetivo glicémico: 7%

Valores de referencia tomados de "Standards of Medical Care in Diabetes"2020

Tecnica: ENZIMATICA

Validó: Reg 1075876543 ANA AVILA TORRES 23/01/2023 04:35 AM

FIRMA

Director Laboratorio - Bacteriólogo

2

LUIS FERNANDO VASQUEZ VALENCIA REG 15959351

Nota: la empresa no se responsabiliza por enmendaduras realizadas a este reporte



Powered by CamScanner

## Hace constar:

Que el Sr(a) RITO ALFONSO SALAZAR MOYA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 93387895 realizó el día 23/03/2023 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 RITO ALFONSO SALAZAR MOYA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 93387895 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 **RITO ALFONSO SALAZAR MOYA** con **CC** No. **93387895**, 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:** 13/03/2023<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 13/03/2023<br>**Fecha fin de Contrato:** 30/11/2023<br>**Clase de Riesgo:** 1<br>**Cargo :** PROFESORES DE EDUCACION SECUNDARIA<br>**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): 202301013535251.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 23 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

**HACE CONSTAR:**

Que el (los) cliente(s)

RITO ALFONSO SALAZAR MOYA Identificado con CC 93387895

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina PEREIRA, con las siguientes características:

**Cuentamiga**

| | |
|---|---|
| **Número:** | 24049176869 |
| **Fecha de apertura:** | 26 de Noviembre de 2014 |
| **Condiciones de uso:** | Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector |
| **Estado:** | Cuenta activa |

Esta constancia se expide con destino a SENA, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Jueves, 23 de Marzo de 2023.

Cordialmente,

**Vicepresidencia de Banca Masiva**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

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: |
|---|---|---|---|---|
| CALI | CALI | 45 | 45-46-101019129 | 0 |

| FECHA EXPEDICIÓN: | | | VIGENCIA DESDE: | | | A LAS: | VIGENCIA HASTA: | | | A LAS: | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DÍA: | MES: | AÑO: | DÍA: | MES: | AÑO: | HORAS: | DÍA: | MES: | AÑO: | HORAS: | TIPO MOVIMIENTO: |
| 13 | 03 | 2023 | 13 | 03 | 2023 | 00:00 | 01 | 03 | 2024 | 23:59 | EMISIÓN ORIGINAL |

### DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | SALAZAR MOYA RITO ALFONSO | IDENTIFICACIÓN: | C.C. :93,387,895 |
|---|---|---|---|
| DIRECCIÓN: | CR 9 12 141 | CIUDAD: CARTAGO - VALLE | TELÉFONO: 2119999 |

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

| ASEGURADO/BENEFICIARIO: | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE REGIONAL VALLE CENTRO DE TECNOLOGIAS AGROINDUSTRIALES DE LA REGIONAL DEL VALLE CON SEDE EN CARTAGO | IDENTIFICACIÓN: | NIT. :899,999,034-1 |
|---|---|---|---|
| DIRECCIÓN: | CRA 9 # 12- 141 | CIUDAD: CARTAGO - VALLE | 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 CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.4747628 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTACION DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR TÉCNICO O DE EMPRENDIMIENTO, COMO APOYO A LA EMPLEABILIDAD RURAL EN LA ASISTENCIA TÉCNICA Y/O EN LA COMERCIALIZACIÓN DE LOS PRODUCTOS Y/O SERVICIOS, CON BASE EN LA RED DE CONOCIMIENTOS AGRÍCOLA Y/O EXTENSIÓN RURAL EN LA MODALIDAD PRESENCIAL Y/O A DISTANCIA, ENMARCADA EN LOS LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA SENA EMPRENDE RURAL SER Y FORMACIÓN PARA EL TRABAJO DEL CENTRO DE TECNOLOGÍAS AGROINDUSTRIALES DEL SENA REGIONAL VALLE, DURANTE LA VIGENCIA 2023

### AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

| AMPAROS: | VIGENCIA DESDE: | VIGENCIA HASTA: | SUMA ASEG/ACTUAL: |
|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 13/03/2023 | 01/03/2024 | $ 3,523,273.80 |

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 | $ 3,523,273.80 | CONTADO |

| INTERMEDIARIO | | | DISTRIBUCIÓN COASEGURO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: | CLAVE: | % PART: | NOMBRE COMPAÑÍA: | % PART: | VALOR ASEGURADO: |
| JC ASESORES DE SEGUROS LTDA | 164219 | 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 7N NO. 1N-15/1N-45 - TELÉFONO: 6672954 - CALI

45-46-101019129
FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

FIRMA TOMADOR



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

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

Hacemos constar, que la póliza No. 45-46-101019129, 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 CALI, a los 13 días del mes de Marzo de 2023



FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.45-46-101019129

1. AMPAROS.

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

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

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

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

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

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

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

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

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

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

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

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

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

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

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

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

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

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

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

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

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

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

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

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

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

2. EXCLUSIONES.

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

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

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

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

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

3. SUMA ASEGURADA.

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

4. VIGENCIA.

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

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

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

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

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

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

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

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

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

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

6. COMPENSACIÓN.

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

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

8. PLAZO PARA EL PAGO.

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

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

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

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

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

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

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

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

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

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

13. COASEGURO

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Nit: 860009578-6

(415)7709998021167(8020)30000048886312(3900)00000000033320(96)20230314

Seguros del Estado S.A

**RECIBO DE PAGO Nº:** 30000048886312

**HACE CONSTAR QUE:**

| **FECHA** |
|---|
| 13/03/2023 10:32a.m. |

**RECIBIMOS DE:** SALAZAR MOYA RITO ALFONSO — CC. 93.387.895

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

**POR CONCEPTO DE:** PAGO BOLETA RECAUDO REF. NRO.: 30000048886312

| **Póliza/s** | **Importe SubTotal** | **IVA** | **Importe Total** |
|---|---|---|---|
| 45-46-101019129 | $28.000,00 | $5.320,00 | $33.320,00 |

**FORMA DE PAGO**

Tarjetas - Cuenta Nro. 6 $33.320,00

| | |
|---|---|
| **EFECTIVO:** | $0,00 |
| **CHEQUE:** | $0,00 |
| **TARJETA:** | $33.320,00 |
| **BD:** | $33.320,00 |
| **OTROS:** | $0,00 |

**TRANSACCION:** 0004888631

**TOTAL:** $33.320,00

Cajero Rapiestado

13/03/2023 10:32:56a. m.

172.16.10.29

Credibanco
13/03/2023

Pago tarjetas de credito Paguestado

CLIENTE:93387895 - SALAZAR MOYA RITO ALFO
COD: 11247327
TERM: 00023501
MASTER CARD CR CUOTAS:1
****7788 REF:30000048886312
REC:226630551 AUT:014868

**COD. de RTA:00 - Aprobada**

| | |
|---|---|
| COMPRA NETA: | $28.000 |
| IVA: | $5.320 |
| **TOTAL:** | **$33.320** |

VENTA NO PRESENCIAL

* SUJETO A VERIFICACION DE LA DIAN

PAGARE INCONDICIONALMENTE Y A LA ORDEN DEL ACREEDOR, EL VALOR TOTAL DE ESTE PAGARE JUNTO CON OS INTERESES A LAS TASAS MAXIMAS PERMITIDAS POR LA LEY

*CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS*

Cartago, marzo 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.** | **1.105.468.531** | **Melanny Stephania Salazar Sanabria** | **HIJO** |

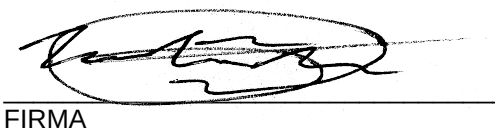
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: RITO ALFONSO SALAZAR MOYA

C.C. 93.387.895

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

NUIP 1105468531

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41629892

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 03 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código T38

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

COLOMBIA * * * * * * TOLIMA * * * * * * IBAGUE * * * * * * * * *

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| SALAZAR * * * * * * | SANABRIA * * * * * * |

Nombre(s)

MELANNY STEPHANIA * * * * * * * * * * * * * *

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo Sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2008 Mes OCT Día 10 | FEMENINO | O | POSITIVO |

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

COLOMBIA * * * * * * TOLIMA * * * * * IBAGUE * * * * * *

| Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO NACIDO VIVO * * * * * * * * * | 51153444-8 * * |

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos

SANABRIA MEDINA AYDA XIMENA * * * * * * * * * * * * * *

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 1,110,470,482 DE IBAGUE * * * * * * | COLOMBIANA * * |

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos

SALAZAR MOYA RITO ALFONSO * * * * * * * * * * * * * *

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 93,387,895 * DE IBAGUE * * * * * * | COLOMBIANA * * |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos

SALAZAR MOYA RITO ALFONSO * * * * * * * * * * * * * *

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 93,387,895 * DE IBAGUE * * * * | |

**Datos primer testigo**

Apellidos y nombres completos

* * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * *

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| * * * * * DE * * * * * * * | |

**Datos segundo testigo**

Apellidos y nombres completos

* * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * *

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| * * * * * D * * * * * * * | |

| Fecha de Inscripción | Nombre y firma del funcionario que autoriza |
|---|---|
| Año 2008 Mes OCT Día 24 | MANUEL RAMON CARDOZO NEIRA |

| Reconocimiento paterno | Nombre y firma del funcionario ante quien se reconoce la paternidad |
|---|---|
| Firma | MANUEL RAMON CARDOZO NEIRA |

**ESPACIO PARA NOTAS**

LIBRO DE VARIOS FOLIO Nº 092 LIBRO Nº 143 De 24-10-2008

= ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO =

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.105.468.531**

**SALAZAR SANABRIA**

APELLIDOS

**MELANNY STEPHANIA**

NOMBRES

melanny stephania
Salazar Sanabria
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-OCT-2008**

**IBAGUE**
**(TOLIMA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**10-OCT-2026** **O+** **F**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

**13-MAY-2016 PEREIRA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2400100-00833964-F-1105468531-20160602 **0049**952336A 1 46189375