

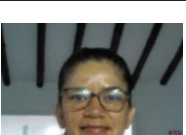
 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL QUINDÍO CENTRO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO-QUINDÍO		Código Regional	63
			Código Centro	953810
			Fecha Elaboración	Noviembre de 2023
			Versión	ENERO 2023 - 1,23
			ID de Proceso	91363-953114
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		ANGELA PATRICIA MUÑOZ ALVARADO		
Correo electrónico contratista:		apmunoz@sena.edu.co		
Régimen del IVA:		☒ NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	☒ NO
		Es declarante de renta?	☒ NO	Es Pensionado?
Banco al cual consignar:		BANCO DE OCCIDENTE		
Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000:		☒ NO		
		Inducción SST	☒ SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ?
		Tipo de cta	AHORROS	Nº Cuenta
				031208226
		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:	5482030/2023		Nº Compromiso SIIF	107023
Valor Total del Contrato	\$ 6.695.000	Nº Pago	1	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 6.695.000	Periodo objeto de pago	Del 26/10/2023 Al 31/10/2023	
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 6.025.500	Legalización comisiones del periodo	\$ 0,00	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA EN LA MODALIDAD PRESENCIAL Y/O VIRTUAL CONFORME A LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS EN EL CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO DEL SENA REGIONAL		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 669.500	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 669.500	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0	
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 317.138	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	Octubre	Setiembre	Base retención en la fuente a título de RENTA	317.138,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 618.667	\$ 0	Base retención en la fuente a título de ICA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 77.400	\$ 0	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 99.000	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00
ARL	\$ 3.300	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ 8.835.833	\$ -	Reteica - 8299	0,00
\$ 167.375	\$ -	\$ -		0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ 13.430.466	\$ -		0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ 13.430.466	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ 4.241.200	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Dependientes hasta	\$ 1.357.184	\$ 66.950	Descuentos de Libranza	0,00
Salud hasta	\$ 678.592	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Renta Exenta 25%	\$ 2.792.123	\$ 105.713		
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -	VALOR A PAGAR	\$669.500,00
SON: SEISCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
<p>Obrar con lealtad, buena fe, decoro y respeto en todas las actuaciones tendientes a la ejecución del objeto contractual contratado.</p> <p>Acatar los lineamientos del Sistema Integrado de Gestión y el Sistema de Seguridad de Salud en el Trabajo y asistir a las convocatorias.</p> <p>Ejecutar la formación profesional integral de acuerdo con el currículo, desarrollo curricular y proyecto formativo de los programas re</p> <p>Aplicar según la modalidad, estrategias de enseñanza, aprendizaje, seguimiento y evaluación de acuerdo a los lineamientos pedagógicos</p> <p>Apoyar al centro de formación cuando este lo requiera, en la promoción del portafolio de servicios.</p> <p>Atender oportunamente las solicitudes y requerimientos hechos por la Subdirección del Centro, Coordinación Académica, Supervisor de Co</p> <p>Las demás necesarias para el cabal cumplimiento del objeto contractual.</p>				
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.				
			ANGELA PATRICIA MUÑOZ ALVARADO EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:			Autorizo el presente pago. El Supervisor,	
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.				
			JUAN DAVID LAVERDE MONCADA INSTRUCTOR G07	
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 CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS SUBDIRECTOR DE CENTRO G02				

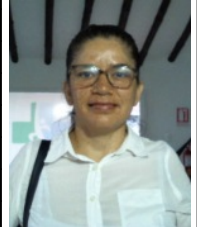
Decreto 1273 de 2018

AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL

Fecha de Examen	2021-02-05 07:51:03	Orden Servicio No.	454151
Tipo de Examen	Pre-Ingreso		
Énfasis en	Cardiovascular, Osteomuscular		
Ciudad	TULUÁ (Valle del Cauca)		
Empresa Convenio	PERSONA NATURAL-1		
Empresa Usaria	SENA		

I. IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombres y Apellidos		ANGELA PATRICIA MUÑOZ ALVARADO			No. Identificación		CC 41933186		
Sexo	Femenino		Grupo Étnico		Otro				
Nacionalidad	Colombia			Fecha Nacimiento		1975-07-02	Edad	45 años	
Estado Civil	Casado			Composición Familiar		5 personas			
Nivel Educativo	Profesional			Profesión u Oficio		LIC LENGUAS MODERNAS			
Ciudad		TULUÁ (Valle del Cauca)							
Dirección Residencia		CALLE 30 N 43-78 BARRIO SAN BENITO					Estrato	No Recuerda	
Zona de Residencia		Urbana	Localidad/Comuna						
Teléfonos		3135180441							
Correo Electrónico									
EPS	Coomeva			ARL	Positiva			AFP	Colpensiones
Acompañante/Responsable		No Registra							



II. INFORMACIÓN LABORAL ACTUAL

Cargo a desempeñar	TUTORA VIRTUAL	Área de Trabajo	SENA
Descripción Cargo	TUTORA VIRTUAL		
Turno de Trabajo	Diurno	Rango Salarial	Menor a 2 SMMLV
Factores de Riesgo Auditivo para el cargo a desempeñar	Suministrados por el trabajador		
Exposición a Factores Riesgo Auditivo	No	Uso de Elementos de Protección Auditiva	No

III. ANTECEDENTES OCUPACIONALES DE RIESGO AUDITIVO

Empresa	Cargo	Tiempo	Expuesto a Riesgo Auditivo	Uso Elementos Protección Auditiva

IV. ANTECEDENTES AUDITIVOS FAMILIARES

Niega

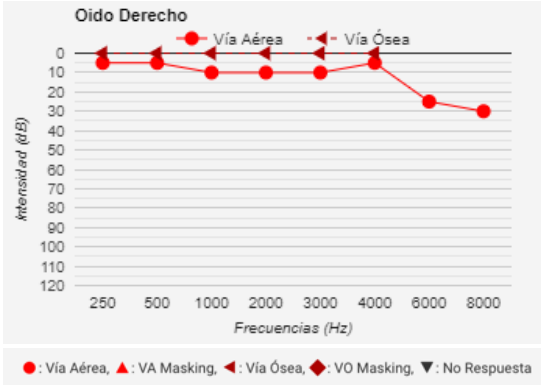
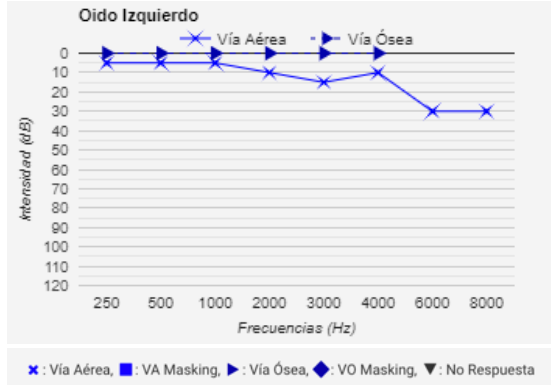
V. ANTECEDENTES PERSONALES

Generales	Hipertensión Arterial	Negativo	Diabetes	Negativo	Parálisis Facial	Negativo
	Rinitis	Negativo	Rubeola	Negativo	Sarampion	Negativo
	Paperas	Negativo	Trauma Craneo Encefálico	Negativo	Otro	Negativo
Otológicos	Otitis Repetitiva	Negativo	Hipoacusia	Negativo	Tinnitus	Negativo
	Cirugía Oído	Negativo	Prurito	Negativo	Ototóxicos	Negativo
	Problemas de Equilibrio	Negativo				
Ruido Extralaboral	Servicio Militar	Negativo	Auriculares	Negativo	Motociclismo	Negativo
	Tejo	Negativo	Uso armas de fuego	Negativo		
Observaciones	Niega					

VI. EXAMEN AUDIOMETRÍA

Fecha Última Audiometría	No-Recuerda	Resultado	Normal
Reposo auditivo para la prueba actual	Si	Tiempo del reposo auditivo	0 Horas
Equipo para la prueba actual	IAMelmedtronics	Tiempo de Exposición a Ruido	0 Horas
Otoscopia	Oído Derecho	Normal	Cerumen
	Oído Izquierdo	Normal	Cerumen

Audiogramas



Resumen de Frecuencias	Intensidad	Frecuencias (Hz)								Promedio Tonos Puros (5,1,2,3)
		250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	
	Oído Derecho - Vía Aérea	5	5	10	10	10	5	25	30	8.8dB
	Oído Derecho - Vía Ósea	0	0	0	0	0	0			
	Oído Izquierdo - Vía Aérea	5	5	5	10	15	10	30	30	8.8dB
	Oído Izquierdo - Vía Ósea	0	0	0	0	0	0			

M: Masking, NR: No Respuesta

Escalas Auditivas	SAL (PTA 5,1,2)	Oído Derecho	8.3dB	A: Normal
		Oído Izquierdo	6.7dB	A: Normal
	ELI (4000Hz)	Presbiacusia	8dB	
		Oído Derecho	-3dB	A: Normal Excelente
		Oído Izquierdo	2dB	A: Normal Excelente
	LARSEN	Oído Derecho	Grado II	
		Oído Izquierdo	Grado II	

VII. DIAGNÓSTICO AUDIOLÓGICO

Diagnóstico Principal CIE-10	Z011 - Examen de oídos y de la audición
Tipo	Impresión Diagnóstica

Oído Derecho	Según GATISO, Audición Normal para zona de lenguaje con descensos frecuenciales.
Oído Izquierdo	Según GATISO, Audición Normal para zona de lenguaje con descensos frecuenciales.

VIII. RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

Recomendaciones	Se recomienda Protección auditiva para laboral expuesto a niveles de presión sonora superiores a 80 dB., Capacitación sobre salud auditiva., Incluir en sistema de conservación auditiva, Control auditivo según programa de conservación auditiva, Uso de glicerina carbonatada
Observaciones	Ninguna

María Nancy Osorio

Firma Especialista

Dra. María Nancy Osorio Villada

Registro No.: 65143

Angela Patricia Muñoz Alvarado

Firma del Usuario

ANGELA PATRICIA MUÑOZ ALVARADO

CC.: 41933186

LABORATORIO CLÍNICO
MAGALI ÁLVAREZ
Universidad Metropolitana de Barranquilla



Nit 901102991-0
Resolución Secretaría de Salud Departamental No. 1804 Nov 3
de 2017

PACIENTE: ANGELA PATRICIA MUÑOZ ALVARADO

IDENTIFICACION: 41933186

FECHA EXAMEN: 5/02/2021

EDAD: (AÑOS) 45

ORDEN: 454151

FECHA NACIMIENTO: 2/07/1975

SEXO: FEMENINO

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	VALOR DE REFERENCIA
GLICEMIA PRE	77	mg/dl	70 - 110
COLESTEROL TOTAL	174	mg/dl	HASTA 200
		mg/dl	HOMBRE > 55
COLESTEROL DE HDL	50	mg/dl	MUJERES > 65
		mg/dl	HOMBRE < 30
COLESTEROL DE VLDL	18	mg/dl	MUJER < 20
COLESTEROL LDL	106	mg/dl	0.0 - 150
TRIGLICERIDOS	90	mg/dl	40 - 170
INDICE ARTERIAL MENOR DE 4.0	3.4	-	-

OBSERVACIONES

MAGALI ALVAREZ LOPEZ TP 19973

BACTERIOLOGA

Universidad Metropolitana de Barranquilla

SIGMA OCUPACIONAL S.A.S

La Mejor Alternativa En Salud Ocupacional de La Región!
Calle 25 N. 37-53 Barrio Alvernia Tuluá- Valle Colombia

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

Fecha Emisión	Realizado en	Tipo Evaluación - Énfasis	Orden Servicio No.
2021-02-05	TULUÁ (Valle del Cauca)	Pre-Ingreso, Cardiovascular, Osteomuscular	454151

IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombres y Apellidos			Identificación		Sexo
ANGELA PATRICIA MUÑOZ ALVARADO			CC 41933186		Femenino
Fecha Nacimiento	Edad	Tipo Sangre - Rh *	Peso	Talla	Índice Masa Corporal
1975-07-02	45 años	O+	72 kilogramos	162 centímetros	27.43
Dirección Residencia			Teléfonos		
CALLE 30 N 43-78 BARRIO SAN BENITO			3135180441		



(*) Valor registrado según documento de identidad suministrado por el usuario

INFORMACIÓN LABORAL ACTUAL

Cargo a desempeñar	Empresa Contratante	Empresa Usuaria
TUTORA VIRTUAL	PERSONA NATURAL-1	SENA

Certificado emitido de acuerdo a Evaluación Médica Ocupacional realizada el 2021-02-05. Para emitir el concepto médico ocupacional se analizaron los siguientes exámenes complementarios:

Exámenes Paraclínicos

Optometría Ocupacional (Manual) (2021-02-05), Audiometría Ocupacional (2021-02-05), ENCUESTA RIESGO CARDIOVASCULAR

Exámenes Laboratorio

Colesterol De Alta Densidad [Hdl] (2021-02-05), Colesterol De Baja Densidad [Ldl] Enzimático (2021-02-05), Colesterol Total (2021-02-05), Glucosa En Suero, Lcr U Otro Fluido Diferente A Orina (2021-02-05), Triglicéridos (2021-02-05)

Vacunación

Vacunas no realizadas

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Pre-Ingreso: Condiciones de salud acordes con los requerimientos del perfil del cargo.

Cardiovascular: Cumple con requisitos de salud para desempeñar la tarea

Osteomuscular: Sin patología osteomuscular aparente

Recomendaciones Específicas

APTA PARA LA LABOR, NO RESTRICCIONES, RIESGO CARDIOVASCULAR BAJO

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

Se recomienda incluir al trabajador en los siguientes **Sistemas de Vigilancia Epidemiológica:** Biomecánico

Recomendaciones Generales - Observaciones

PREVENTIVO: USO EPP, HIGIENE POSTURAL PAUSAS ACTIVAS, ADECUADO MANEJO DE CARGAS



Firma Especialista

Omar Andrés Aguirre Rivera

Registro No.: 76-4298/07

LSST.: 1216/12



Firma del Usuario

ANGELA PATRICIA MUÑOZ ALVARADO

CC.: 41933186



Valide este documento en:

<https://simeonips.com/validar/cmo/edz17xkm-omg1-fx2q-86uv-3a4opjry@wlg>

Fecha Impresión: 2021-02-05 15:24:08 325448

OPTOMETRIA ESPECIALIZADA

Reg 1093 CTNPO

Cra 34 # 26 - 57 Tuluá

Tel 2243514 - Cell 3164826481

EMPRESA: SENA

CIUDAD: Tuluá

FECHA: 05/02/2021

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE: Angela Patricia Muñoz Alvarado

FN: _____

No DE IDENTIFICACIÓN: 41933186 DE Aimeara

SEXO: F

EDAD: 45

CARGO A DESEMPEÑAR: Tutora Virtual

AREA: _____

Ingreso ☐ Periodico ☒ Egreso ☐ Uso de Lentes ☐ Uso Permanente ☒ Uso Ocasional ☐ No usa

ANTECEDENTES LABORALES

FACTOR DE RIESGO VISUAL

FRECUENCIA DE USO DE EPP

- ☐ Pantallas de visualización
- ☐ Iluminación inadecuada
- ☐ Material Particulado
- ☐ Líquidos Irritantes

- ☐ Alta exigencia visual
- ☐ Gases, Vapores, Humos.
- ☐ Radiaciones, (Calor)
- ☐ Otros

- ☐ Nunca
- ☐ Siempre
- ☐ Ocasional
- ☐ Según Exposición

ANTECEDENTES PERSONALES

- ☐ Trastorno refractivo
- ☐ Cataratas
- ☐ Pterigio
- ☐ Conjuntivitis
- ☐ Cirugía Ocular

- ☐ Hipertensión Arterial
- ☐ Trauma ocular
- ☐ Diabetes Mellitus
- ☐ Infección ocular
- ☐ Otros

- ☐ Cefalea
- ☐ Fotofobia
- ☐ Lagrimeo
- ☐ Ardor
- ☐ Disminución de AV

- ☐ Visión borrosa
- ☐ Enrojecimiento
- ☐ Prurito
- ☐ Otros

EVALUACIÓN VISUAL

RX EN USO	Visión Lejana	AV	ADD	AV	AVVL SC	AVVP SC
	OD: <u>20/</u>	<u>20/</u>		<u>075</u>	<u>20/</u>	<u>054</u>
	OI: <u>30</u>	<u>30</u>			<u>20</u>	

Estado Motor: ✓

Reflejos pupilares: ✓

Cover Test

V.L. 0

V.P. 0

PPC. 10 cm

OFTALMOSCOPIA

OD: ✓

OI: ✓

Visión Cromática	Visión Estereoscópica	Campos Visuales	Observaciones
<u>✓</u>	<u>✓</u>		

RX FINAL	OD: <u>20/</u>	ADD	OD: <u>20/</u>	AV C.C.	OD: <u>20/</u>
	OI: <u>20</u>		OI: <u>20</u>		OI: <u>20</u>

DIAGNOSTICO

- ☐ Emmetrope
- ☒ Presbicia
- ☐ Miopía
- ☒ Hipermetropía
- ☐ Astigmatismo
- ☐ Pterigio
- ☐ Inbalance Muscular
- ☐ Ambliopía
- ☐ Alteraciones del campo visual
- ☐ Alteración visual de profundidad
- ☐ Alteración visual del color
- ☐ Hiperemia conjuntival
- ☐ Blefaritis
- ☐ Ojo seco
- ☐ Glaucoma
- ☐ Cataratas

CONDUCTA

- ☐ Apto visualmente sin lentes de corrección
- ☐ Apto visualmente con lentes de corrección en uso
- ☐ Se da Rx de corrección por primera vez
- ☐ Lentes de corrección de uso ocasional
- ☒ Lentes de uso permanente
- ☒ Cambio de lentes de corrección
- ☐ Valoración Oftalmológica
- ☐ Valoración Ortóptica
- ☐ Debe conducir con lentes

MARIO YESID REYES R.
OPTOMETRA
UNIVERSIDAD LA SALLE
REG. 4093CTNPO

Firma Optómetra

[Firma]
Firma y sello del paciente

INFORME PSICODIAGNOSTICO

NOMBRE DEL POSTULANTE: Angela Patricia Muñoz Alvarado.

C.C: 41.933.186

EDAD: 45 AÑOS

ESCOLARIDAD: Especialización.

EMPRESA REQUIRIENTE: SENA REGIONAL CALDAS.

PUESTO REQUERIDO: Tutora virtual.

FECHA: 05 de febrero del 2021

❖ TECNICAS ADMINISTRADAS

TMMS 24: Esta escala sirve para evaluar la inteligencia emocional percibida. El TMMS-24 (Spanish Modified Version of the Trait Meta-Mood Scale) es una escala rasgo de metaconocimiento emocional. En concreto, mide las destrezas con las que podemos ser conscientes de nuestras propias emociones, así como de nuestra capacidad para regularlas. Su validación puede encontrarse en Fernández.-Berrocal et al. (2004).

INTELIGENCIA EMOCIONAL	Debe mejorar	Adecuada	Excelente
Atención emocional		X	
Claridad emocional		X	
Reparación emocional		X	

ENTREVISTA POR COMPETENCIAS

Basado en técnicas de Martha Alles que permite establecer a través de una entrevista estructurada las tendencias de comportamiento de un individuo en el mundo laboral.

I COMPETENCIAS PARA EL CARGO	1	2	3	4	5
Planeación y organización					X
Solución de problemas				X	
Orientación al servicio				X	
Acatamiento de normas y compromiso					X

II PERCEPCIÓN DEL EXAMINADOR	1	2	3	4	5
Presentación personal					X
Fluidez verbal y expresión				X	
Capacitación para el cargo					X

CONCEPTO FINAL

Angela Patricia evidencia condiciones comportamentales que le permite desenvolverse en contextos organizacionales, se muestra como una persona prudente, concreta en sus apreciaciones, por momentos sus habilidades emocionales se centran en el campo afectivo de factor protector familiar; dicho campo refiere una estructura a lo intrapersonal, por momentos puede sentirse más cómoda en acciones técnicas que de contacto con el otro.



Psicología Mente
SALUD MENTAL INTEGRAL
EFRAÍN ARBOLEDA SAAVEDRA
MAESTRO EN NEUROPSICOLOGÍA Y EDUCACIÓN
Cél 316 405 50 42

Nota: Cabe resaltar que los aspectos anteriormente mencionados, fueron arrojados por las pruebas aplicadas (TMMS24 y entrevista por competencias con base a los instrumentos de aplicación)

[Email: efrain@psicologica-mente.com](mailto:efrain@psicologica-mente.com)

Contacto: 316 405 50 42



Hace constar:

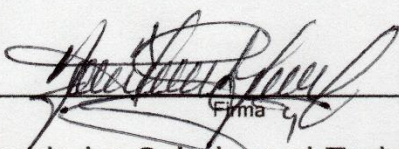
Que el Sr(a) ANGELA PATRICIA MUÑOZ ALVARADO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 41933186 realizó el día 01/11/2023 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo ANGELA PATRICIA MUÑOZ ALVARADO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 41933186 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



Hace constar:

Que el Sr(a) ANGELA PATRICIA MUÑOZ ALVARADO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 41933186 el día 01/11/2023 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

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

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

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



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 **ANGELA PATRICIA MUÑOZ ALVARADO** con CC No. **41933186**, 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: 24/10/2023 Estado Afiliación: ACTIVO Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Fecha de inicio de Contrato: 24/10/2023 Fecha fin de Contrato: 15/12/2023 Clase de Riesgo: 1 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): 20230102161158.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 2 días del mes de noviembre de 2023.

Cordialmente

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



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **ANGELA PATRICIA MUÑOZ ALVARADO** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **41933186** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 41933186
NOMBRES Y APELLIDOS	ANGELA PATRICIA MUÑOZ ALVARADO
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/02/2022
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	37
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	21

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: 07/11/2023

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

EPS SURAMERICANA S.A

Medellín, Antioquia, Colombia. Líneas de atención: Barranquilla: 605 319 7901, **Cali:** 602 380 8941,

Medellín: 604 448 61 15, **Bogotá:** 601 448 7941

Línea Nacional: 01 8000 519 519

epssura.com

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ANGELA PATRICIA MUÑOZ ALVARADO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **41933186**, se encuentra afiliado/a desde **18/02/2002** 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 11 de octubre de 2023.



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.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

CERTIFICADO

Mediante la presente **CERTIFICAMOS** que **ANGELA PATRICIA MUNOZ ALVARADO** identificado con C.C. número **41.933.186** es cuentahabiente del BANCO DE OCCIDENTE desde el día **28 de abril de 2020** con la Cuenta de Ahorros **031208226** la cual se encuentra activa y vigente.

Por lo anterior podemos afirmar que la mejor carta de presentación de: **ANGELA PATRICIA MUNOZ ALVARADO** es ser un "cliente activo de Banco de Occidente".

Expedimos esta certificación hoy **11 de octubre de 2023**



Andrés Fernando Chaves Jordan
GERENTE DE DIVISIÓN DE MERCADEO PERSONAS

**PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015**

CIUDAD DE EXPEDICIÓN: ARMENIA			SUCURSAL: ARMENIA			COD. SUC: 60		NO. PÓLIZA: 60-46-101002855		ANEXO: 0	
FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:		VIGENCIA HASTA:		A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
25	10	2023	26	10	2023	00:00	15	04	2024	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: MUÑOZ ALVARADO ANGELA PATRICIA						IDENTIFICACIÓN: C.C. :41,933,186					
DIRECCIÓN: CARRERA 41 NUMERO 28-52 BARRIO EL JAZMIN						CIUDAD: TULUA - VALLE					
						TELÉFONO: 3135180441					

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA						IDENTIFICACIÓN: NIT. :899,999,034-1					
DIRECCIÓN: CRA 18 NRO 07-58 BARRIO GALAN						CIUDAD: ARMENIA - QUINDIO					
ADICIONAL:						TELÉFONO: 6721552					

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECCIÓN 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.5482030 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA EN LA MODALIDAD PRESENCIAL Y/O VIRTUAL CONFORME A LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS EN EL CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO DEL SENA REGIONAL QUINDIO, ATENDIENDO LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES Y LA NORMATIVA VIGENTE.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS			
AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	26/10/2023	15/04/2024	\$ 669,500.00
ACLARACIONES:			
Entidad contratante SENA REGIONAL QUINDIO Grupo de Apoyo Administrativo Mixto			

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	\$ 669,500.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
PATRIMONIO SEGURO AGEN	184497	100,00			

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

PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CRA. 14 NO. 14 N - 30 PISO 1 - TELÉFONO: 7358800 - ARMENIA

SE VOTA DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO S.A. - SECCIÓN
3 - SE VOTOS DEL ESTADO S.A. - SECCIÓN
SE VOTOS DEL ESTADO S.A. - SECCIÓN
SE VOTOS DEL ESTADO S.A. - SECCIÓN
SE VOTOS DEL ESTADO S.A. - SECCIÓN



[Firma manuscrita]

60-46-101002855

FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

FIRMA TOMADOR

USTED PUEDE CONSULTAR ESTAR PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

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

901172059

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

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

Hacemos constar, que la póliza No. 60-46-101002855, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

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

Dado en ARMENIA, a los 25 días del mes de Octubre de 2023


FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

Oficina Principal: Calle 83 No 19-10 Bogotá D.C. Teléfono: 601-2186977, 601-6019330
ASISTENCIA CELULAR #388 - FUERA DE BOGOTÁ 018000123010
www.segurosdeleestado.com

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que:

RECIBO DE PAGO N°:

60461010028550

FECHA				
CONTADO				
RECIBIMOS DE:	MUÑOZ ALVARADO ANGELA PATRICIA		C.C. C.C. :41,933,186	
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE			
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 60-46-101002855			
SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA		PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA
ARMENIA - CU. ESTATAL - 101002855 - 0 - 0		\$ 20,000.00	\$ 8,000.00	\$ 5,320.00
FORMA DE PAGO				
INTERMEDIARIO: PATRIMONIO SEGURO AGEN - 184497			EFFECTIVO:	\$ 33,320.00
			CHEQUE:	\$ 0.00
			TARJETA:	\$ 0.00
			BD:	\$ 0.00
			OTROS:	\$ 0.00
			TOTAL:	\$ 33,320.00
			CAJERO: RAPIESTADO	

ORIGINAL

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que:

RECIBO DE PAGO N°:

60461010028550

FECHA				
CONTADO				
RECIBIMOS DE:	MUÑOZ ALVARADO ANGELA PATRICIA		C.C. C.C. :41,933,186	
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE			
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 60-46-101002855			
SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA		PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA
ARMENIA - CU. ESTATAL - 101002855 - 0 - 0		\$ 20,000.00	\$ 8,000.00	\$ 5,320.00
FORMA DE PAGO				
INTERMEDIARIO: PATRIMONIO SEGURO AGEN - 184497			EFFECTIVO:	\$ 33,320.00
			CHEQUE:	\$ 0.00
			TARJETA:	\$ 0.00
			BD:	\$ 0.00
			OTROS:	\$ 0.00
			TOTAL:	\$ 33,320.00
			CAJERO: RAPIESTADO	

COPIA

**PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.60-46-101002855**

1. AMPAROS.

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ SEGUROESTADO 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 SUJECCIÓN A LA DEFINICIÓN DE LAS CONDICIONES ADELANTE INDICADAS, LLEGARE A CAUSAR EL GARANTIZADO POR EL INCUMPLIMIENTO QUE, ATRIBUIBLE A SU ACCIÓN U OMISIÓN, PRODUIERE.

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 TÍTULO 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 TRANSURSO 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 CONSTARÁN 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, DEBERÁN 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 ÚLTIMO 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, PREVALECEÁN 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.

GENERAL

Datos de la Transacción

Descripción: Pago de iRecaudo Seguros del Estado Generales
Razón Social: Seguros del Estado
Nit: 8600095786
No Factura: 10000050923081
Canal: 13118025
Nro. Identificación: 901172059
Banco: BANCOLOMBIA
Valor: \$33,320.00
Fecha: 25/10/2023
No transacción PSE: 238678224
Estado Transacción: Transacción Aprobada Si desea conocer el estado de su transaccion comuniquese con Pago de iRecaudo Seguros del Estado Generales en el Tel: NUL-SEGUROS DEL ESTADO 3078288 Opc 5 Ext 326 o 419 o PSE SOPORTE 7X24 4044773
IP: 190.146.168.57

Imprimir Transaccion

Fin de la Transaccion





PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Generalidades:

1. El objetivo del presente formato es de brindar Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.
2. En el Instructivo Documentos para Registro de Obligaciones y Trámites de Pagos GRF-I-002, indica los requisitos indispensables para el registro de obligaciones para pago de honorarios de prestación de servicios personales.
3. El trámite que surte después de diligenciado es el de garantizar que la deducción para aplicación del beneficio tributario en la cuenta de cobro de los honorarios de los contratistas.
4. La periodicidad con que se debe diligenciar es con el primer pago de la cuenta de cobro de los contratistas.
5. El documento no requiere de impresión y se conserva en el archivo electrónico del aplicativo SECOP II.



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Armenia, noviembre de 2023

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)

Armenia

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 párrafo 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.	1092461183	Maria Alejandra Arboleda Muñoz	HIJO
T.I	1094964907	Maria Paula Arboleda Muñoz	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: Angela Patricia Muñoz Alvarado
C.C. 41933186



NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, ya sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

H.F.M.
NUIP 1092461183

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial 50264317

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina										
Registraduría ☐	Notaria ☒	Número	04	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código	N	4	Z
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía										
COLOMBIA / QUINDIO / ARMENIA										

Datos del inscrito														
Primer Apellido					Segundo Apellido									
ARBOLEDA					MUÑOZ									
Nombre(s)														
MARIA ALEJANDRA														
Fecha de nacimiento					Sexo (en letras)		Grupo sanguíneo		Factor RH					
Año	2	0	1	0	Mes	S	E	P	Día	0	4	FEMENINO	O	POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)														
COLOMBIA QUINDIO ARMENIA														

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	10086037-8

Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos	
MUÑOZ ALVARADO ANGELA PATRICIA	
Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC. 41,933,186 DE ARMENIA	COLOMBIANA

Datos del padre	
Apellidos y nombres completos	
ARBOLEDA OSORIO JULIO CESAR	
Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC. 6,498,578 DE TULUA	COLOMBIANA

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
MUÑOZ ALVARADO ANGELA PATRICIA / B/ UNIVERSAL MZ 6 # 5 ARMENIA	
Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC. 41,933,186 DE ARMENIA	

Datos primer testigo	
Apellidos y nombres completos	
*	
Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
*	

Datos segundo testigo	
Apellidos y nombres completos	
*	
Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
*	

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2010 Mes OCT Día 11	GILBERTO RAMIREZ ARCILA

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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



54744511

NUIP 1.094.964.907

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 54744511

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina							
Registraduría ☒	Notaría ☐	Número ☐	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código	N 2 Y
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía							
REGISTRADURIA DE ARMENIA - COLOMBIA - QUINDIO - ARMENIA							

Datos del inscrito			
Primer Apellido		Segundo Apellido	
ARBOLEDA		MUNOZ	
Nombre(s)			
MARIA PAULA			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo
Año 2015	Mes NOV	Día 03 FEMENINO	0
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)		Factor RH	
COLOMBIA QUINDIO ARMENIA		POSITIVO	

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	5231795395

Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos	
MUNOZ ALVARADO ANGELA PATRICIA	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 41.933.186	COLOMBIA

Datos del padre	
Apellidos y nombres completos	
ARBOLEDA OSORIO JULIO CESAR	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 6.498.578	COLOMBIA

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
ARBOLEDA OSORIO JULIO CESAR	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 6.498.578	<i>Julio Cesar Arboleda O.</i>

Datos primer testigo	
Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo	
Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción		Nombre y firma del funcionario que autoriza	
Año 2015	Mes NOV	Día 2	<i>Wilber Jesus Salas Tiron</i>
		Nombre y firma	
		WILBER JESUS SALAS TIRON REGIST	

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

H.F.M.
NUIP 1092461183

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial 50264317

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina									
Registraduría ☐	Notaria ☒	Número 04	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código	N	4	Z
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía									
COLOMBIA / QUINDIO / ARMENIA									

Datos del inscrito														
Primer Apellido					Segundo Apellido									
ARBOLEDA					MUÑOZ									
Nombre(s)														
MARIA ALEJANDRA														
Fecha de nacimiento					Sexo (en letras)		Grupo sanguíneo		Factor RH					
Año	2	0	1	0	Mes	S	E	P	Día	0	4	FEMENINO	O	POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)														
COLOMBIA QUINDIO ARMENIA														

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	10086037-8

Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos	
MUÑOZ ALVARADO ANGELA PATRICIA	
Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC. 41,933,186 DE ARMENIA	COLOMBIANA

Datos del padre	
Apellidos y nombres completos	
ARBOLEDA OSORIO JULIO CESAR	
Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC. 6,498,578 DE TULUA	COLOMBIANA

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
MUÑOZ ALVARADO ANGELA PATRICIA / B/ UNIVERSAL MZ 6 # 5 ARMENIA	
Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC. 41,933,186 DE ARMENIA	

Datos primer testigo	
Apellidos y nombres completos	
*	
Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
*	

Datos segundo testigo	
Apellidos y nombres completos	
*	
Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
*	

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2010 Mes OCT Día 11	GILBERTO RAMIREZ ARCILA

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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



54744511

NUIP 1.094.964.907

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 54744511

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒	Notaría ☐	Número <input type="text"/>	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código N 2 Y
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía REGISTRADURIA DE ARMENIA - COLOMBIA - QUINDIO - ARMENIA						

Datos del inscrito

Primer Apellido ARBOLEDA		Segundo Apellido MUNOZ	
Nombre(s) MARIA PAULA			
Fecha de nacimiento Año 2015 Mes NOV Día 03		Sexo (en letras) FEMENINO	Grupo sanguíneo O
Factor RH POSITIVO		Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección) COLOMBIA QUINDIO ARMENIA	

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	Número certificado de nacido vivo 5231795395
--	---

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos MUNOZ ALVARADO ANGELA PATRICIA	
Documento de identificación (Clase y número) CC 41.933.186	Nacionalidad COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos ARBOLEDA OSORIO JULIO CESAR	
Documento de identificación (Clase y número) CC 6.498.578	Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos ARBOLEDA OSORIO JULIO CESAR	
Documento de identificación (Clase y número) CC 6.498.578	Firma <i>Julio Cesar Arboleda O.</i>

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 2015 Mes NOV Día 02	Nombre y firma del funcionario que autoriza <i>Wilber Jesus Salas Tiron</i> NOMBRE Y FIRMA REGIST
---	---

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -