SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL ATLÁNTICO
CENTRO ATENCIÓN SECTOR AGROPECUARIO- ATLÁNTICO

Código Regional	**8**
Código Centro	**910310**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2024**
Versión	**ENERO 2024 - 1,24**
ID de Proceso	**61892-572335**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: MATTHEW RUIZ MEZA
Correo electrónico contratista: matthew190290@gmail.com
C.C. 1.043.002.389 **IP/Nº de contacto** 000

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

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

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: SI **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 12040962041

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: 5779664/2024 **Nº Compromiso SIIF** 4124

Valor Total del Contrato	$ 48.079.035	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 48.079.035	**1**	**Del**	**22/01/2024**	**Al**	**31/01/2024**	**$ 1.339.664,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 46.727.836		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR:PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES PARA EL DESARROLLO DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN EL ÁREA DE ANALISIS Y DESARROLLO DE SOFTWARE DE LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN EN TITULADA PRESENCIAL Y/O VIRTUAL SEGUN NUMERO DE RADICADO08-9-2024-00

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.339.664		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 1.339.664**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 502.619**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Enero	Diciembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**29054035**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.300.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 162.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 208.000	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 6.800	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 $ 337.799	$ 136.200	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 14.903.916	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 14.903.916	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.706.500	$ -	
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 $ 1.506.080	$ 135.120	
Salud hasta $ 753.040	$ 106.400	
Renta Exenta 25% $ 3.098.445	$ 149.045	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	502.619,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	980.699,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	0,00	1,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$1.339.664,00**	

SON: UN MILLÓN TRESCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL CIENTO NOVENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

alistamiento fichas: 27271197, 2758092, 2807182, 2834409, 2879515

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.

MATTHEW RUIZ MEZA
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,

DANIEL EDUARDO MARTINEZ FLOREZ
INSTRUCTOR G11

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

JACQUELINE ROJAS SOLANO

SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con CC-1043002389 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Período pensión:	2024-01	230301	800224808	PORVENIR	1	0	208.000	0	208.000
Período salud:	2024-01	EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	0	162.500	0	162.500
Planilla Nro.:	29054035 Tipo I	14-23	860011153	POSITIVA	1	0	6.800	0	6.800
Clase de aportante:	I	CCF06	890102002	COMBARRANQUILLA	1	0	0	0	0
Fecha transacción:	2024-02-19	PASENA	899999034	SENA	0	0	0	0	0
Banco:	BANCOLOMBIA	PAICBF	899999239	ICBF	0	0	0	0	0
Transacción:	309555153	PAESAP	899999054	ESAP	0	0	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	0	0	0	0
				GRAN TOTAL					$ 377.300

PAGADO

4 de 22

PSE Transacción Aprobada - CUS 309555153 ✅

Recibidos ×

serviciopse@achcolombia.com.co
para mí

19 feb 2024, 7:25 p.m.



¡Hola, matthew190290@gmail.com!

Gracias por utilizar los servicios de BANCOLOMBIA y PSE.
los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 309555153
Empresa: ASOPAGOS
Descripción: Pago de seguridad Social Integrado
Valor de la Transacción: $ 377.300
Fecha de Transacción: 19/02/2024

Buscar
ESP
LAA
07:30
19/2/2024

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 9 Solicitud de actualización de datos de identificación

4. Número de formulario 14955822286

(415)7707212489984(8020) 000001481748813 9

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 4 3 0 0 2 3 8 9	2 0 0 8 0 2 2 1

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Atlántico 0 8	Sabanalarga 6 3 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RUIZ	MEZA	MATTHEW	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Sabanalarga 6 3 8

41. Dirección principal
CL 11 16 B 64 BRR CANDELARIA

42. Correo electrónico matthew190290@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
8 5 5 1	2 0 2 3 0 9 2 5					

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

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	2	2	4	9																						

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI ☐ NO ☐ 60. No. de Folios: ☐ 61. Fecha 2023 - 10 - 11 / 11 : 56: 35

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 CERVERA JIMENEZ DREYDIS DORA
985. Cargo Gestor I

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

	EXAMEN MEDICO LABORAL	CODIGO: GM-FT-055
		VERSION:2
		Vigencia: 16-03-2022
	IPS CLINICA SANTA ANA DE BARANOA LTDA	PÁGINA: 1 DE 7

EXAMEN MÉDICO DE SALUD LABORAL

DATOS DE AFILICACIÓN			
APELLIDOS	Ruiz Meza	NOMBRE	Matthew
NACIONALIDAD	Colombiano CC: 1043002389	de	Sabanalarga SEXO( ) Masculino
FECHA DE NACIMIENTO	14 / Febrero / 1990	ESTADO CIVIL	Casado Nº DE HIJOS 3
DOMICILIO	Calle 27 # 7A-22		
LOCALIDAD	Sabanalarga Bellavista	TELÉFONO	3143769778

DATOS LABORALES	
EMPRESA	FECHA DE ALTA / /
CENTRO DE TRABAJO	
PUESTO DE TRABAJO	FECHA DE ALTA / /
DESCRIPCÍON TAREAS	
RIESGOS LABORALES	
MEDIDAS DE PROTECIÓN	
TAREAS EXTRALABORALES CON LOS MISMOS RIESGOS	
TRABAJOS ANTERIORES (puestos de trabajo/riesgos/tiempo)	

*NOTA IMPORTANTE: PARA LA VALIDEZ DE ESTE DOCUMENTO DEBEN ESTAR FIRMADAS TODAS LAS PÁGINAS

Firma del Solicitante: _____

En cumplimiento de lo previsto en la Ley orgánica 15/1999 de Protección de Datos de carácter personal, le informamos que sus datos obran en un fichero del es titular sociedad.

Powered by CamScanner

ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES

Padece o ha padecido:

ENFERMEDAD CONGÉNITA/ HEREDITARIA	NO	SI	
DEFORMIDAD CONGÉNITA	NO	SI	
ENFERMEDADES INFANTILES IMPORTANTES	NO	SI	Meningitis Epilepsia Otros
ALERGIAS	NO	SI	Cuáles ?
ENFERMEDAD DE LOS OJOS ¿Usa usted lentes?	NO	SI	Miopía Cataratas Hipermetropía Presbicia Astigmatismo Cirugía por...
ENFERMEDAD DE LOS OIDOS ¿Oye usted bien?	NO	SI	¿Usa audífono? SI NO
ENFERMEDADES DENTALES	NO	SI	Caries Gingivitis Otros
ENFERNEDADES DEL TIROIDE	NO	SI	Hipotiroidismo Hipertiroidismo Otros
ENFERMEDAD DE LOS PULMONES	NO	SI	Tuberculosis Asma Neumonía Neumotórax Bronquitis Otros
ENFERMEDADES DEL CORAZON	NO	SI	Arritmia Soplo Valvulopatia Otros Coronariopatía (infarto)
ALTERCIÓN DE LA TENSIÓN ARTERIAL	NO	SI	TA baja, hipotensión TA alta, hipertensión
ENFERMEDADES DIGESTIVAS	NO	SI	Gastritis Estreñimiento Úlcera Sangre en heces Diarrea Otros
ENFERMEDADES DEL HÍGADO	NO	SI	Hepatitis Otros
DIABETES/AZUCAR	NO	SI	Controla con dieta Bajadas de azúcar Antidiabéticos orales Otros Insulina

Powered by CamScanner

ALTERACIONES METABOLICAS	NO X	SI	Elevación del colesterol Triglicéridos Ácido Úrico
ENFERMEDADES RENALES, UROLÓGICAS	NO X	SI	Infecciones de orina Cólico renal Orinar sangre problemas próstata Otros
ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS	NO X	SI	Cefaleas Temblores, convulsiones Epilepsia Perdida del Conocimiento Otros Coma Vértigo Parálisis
ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS	NO X	SI	Ansiedad Depresión Fobias Psicosis Otros
PROBLEMAS OSTEOMUSCULARES	NO X	SI	Artritis Artrosis Enfermedades reumáticas Fracturas Oseas Síndrome túnel carpiano Otros Lumbago Luxación Tendinitis Amputación
ENFERMEDADES DE LA PIEL	NO X	SI	¿Cuáles?
ENFERMEDADES INFECCIOSAS IMPORTANTES	NO X	SI	Meningitis Hepatitis A Hepatitis B Hepatitis C Otros paludismo Tuberculosis VIH- SIDA
INGRESO HOSPITALARIO	NO X	SI	Debido a.....
OPERACIONES DE CIRUGÍA	NO	SI X	Amígdalas X Apendicitis Otros
ACCIDENTES GRAVES	NO X	SI	Cuál ?
SECUELAS	NO X	SI	Cuales ?

Powered by CamScanner

¿PADECE ENFERMEDAD CRONICA?	NO	SI	Diabetes Hipertensión Otros
¿TIENE VARICES?	NO	SI	Dilataciones capilares Varices

HÁBITOS
TABACO Nunca X | Exfumador desde.....años | Habitual desde hace..... años | Cantidad ..... al día
ALCOHOL Nunca | Esporádico X | Fines de semana..... Copas | Habitual ..... al día
CAFES/TE Nunca | Esporádico X | Habitual .....al día
DROGAS Nunca X | Esporádico | Fines de semana | Habitual | Tipo de droga | Exconsumidor desde hace..... años
DEPORTES Nunca | Esporádico | Habitual X TROTAR
MEDICAMENTOS Esporádicamente X | Últimas dos semanas | Actualmente toma | (¿Cuál?)
HORAS DE SUEÑO .....8..... Horas
TAREAS DOMESTICAS **SI** X **NO**

ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES
Enfermedades del padre: Fallecido de :
Enfermedades de la madre: Fallecida de :
Otros familiares (parentesco) Enfermedades:
Hijos enfermedades:
ENFERMEDADES CONGENITAS / HEREDITARIAS EN SU FAMILIA Diabetes | Hipertensión arterial X | Del Corazón | Colesterol | Otras

*Conteste sólo si es mujer
¿Problemas ginecológicos? **Si** ◯ **No** ◯ | Desarreglos menstruales ◯ | Infecciones ◯ | Pérdidas ◯ | Otros
¿Problemas Mamarios? **Si** ◯ **No** ◯ | Bultos, nódulos ◯ | Secreción ◯ | Otros

Powered by CamScanner

	EXAMEN MEDICO LABORAL	CODIGO: GM-FT-055
		VERSION:2
		Vigencia: 16-03-2022
	IPS CLINICA SANTA ANA DE BARANOA LTDA	PÁGINA: 6 DE 7

APELLIDOS NOMBRE CC

Otorga consentimiento al área médica de servicio de prevención de su empresa a los efectos de los que solicite a los centros sanitarios en los que ha recibido asistencia médica, y cuyos datos facilitara el abajo firmante, la información médica que obre en los mismos con el fin de valorar su estado de salud, sirviendo el presente documento a los efectos de acreditar la expresada autorización.

Y declara haber contestado sinceramente a las preguntas efectuada y no ocultar ninguna enfermedad o defecto psíquico- físico que hubiera padecido o padeciese en la actualidad.

RELLENAR AL FINALIZAR EL EXAMEN MEDICO

He recibido información sobre mi salud atendiendo a los riesgos de mi puesto de trabajo facilitada por el personal sanitario del Servicio de prevención que me ha atendido durante el examen médico de la salud laboral, así como acerca del contenido de los resultados, que en el momento actual están disponibles, de las pruebas y exploraciones complementarias realizadas con motivo de dicho examen de dicho de salud; y han respondido y aclarado mis dudas al respecto.

Y me han hecho entrega de los resultados del examen de salud laboral

En

Firma

Fernando Arteta Goenaga
CC. 72011586
RM 4157
Especialista en Salud ocupacional

Powered by CamScanner

	EXAMEN MEDICO LABORAL	CODIGO: GM-FT-055
		VERSION:2
		Vigencia: 16-03-2022
	IPS CLINICA SANTA ANA DE BARANOA LTDA	PÁGINA: 7 DE 7

INFORMACION PERSONAL

Paciente: Matthew Ruiz Meza **Correo electronico** Matthew0290@gmail.com
Sexo: Masculino **Edad:** 33 años **Fecha de Nacimiento** 14 febrero 1990
Direccion: Calle 27 # 7A-22 **Telefono** 3143769778
Cargo u oficio Tecnologo en sistemas **Fecha:** 27-09-2023

Hacemos constar que hemos realizado examen medico al trabajador y que de acuerdo a la Resolcion 1918 de 2009, la custodia de la historia clinica sera responsabilidad de nuestra institucion y estara disponible para los fines legales

TIPO DE EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA

Ingreso [x] Cambio de ocupacion [ ] Retiro [ ]
Periodico programada [ ] Reintegro pos incapacidad [ ]

CONCEPTO MEDICO

Evaluación médica sin alteración evidente [x]

Evaluación médica presenta condiciones de salud que no disminuyen su capacidad laboral

Presenta patología general manejada con recomendaciones médicas, que no interfieren en su trabajo

Presenta patología general que requiere estudio y seguimiento médico por EPS

Presenta enfermedad laboral calificada que requiere seguimiento por ARL

RECOMENDACIONES GENERALES

- Mantener adecuada higiene postural [x]
- Realizar pausas saludables [x]
- Adoptar estilos de vida saludables [x]
- Asistir oportunamente a citas o control médico establecido [x]
- Usos de elementos de protección personal [x]

Otro Cual _____

VIGILANCIA DE LA SALUD EN EL TRABAJO EN

- Programa de vigilancia epidemiológica para la prevención de DME [x]
- Programa de vigilancia epidemiológica para la prevención de riesgo psicosocial [x]
- Programa de estilos de vida y entorno saludables [x]
- Programa de vigilancia epidemiológica para la prevención de la hipoacusia por el ruido ocupacional [x]

Otro cual _____

RECOMENDACIONES O RESTRICCIONES ESPECÍFICAS

continuar manejo con EPS [ ] Remitir a EPS [ ] seguimiento control SST [ ]

MEDICO ESPECIALISTA SST / SO
REGISTRO Y LICENCIA: RM 4157

FIRMA DEL TRABAJADOR
CEDULA:

Powered by CamScanner

V.C.M
servicios en salud

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

INGRESO:	PERIÓDICO: X	EGRESO:	REUBICACIÓN:	REINTEGRO:	POST- INCAPACIDAD:

EMPRESA:	COOTRANSA	
DATOS PERSONALES: C.C. No	1043002389	
APELLIDOS:	RUIZ MEZA	
NOMBRES:	MATTHEW	
SEXO: M	EDAD: 32A	FECHA: 14/02/1990



CARGO: COORDINADOR DE TRAFICO.	FECHA VALORACIÓN : 02/08/2022

EXÁMENES REALIZADOS

Colesterol: NORMAL	Triglicéridos: NORMAL	Glicemia: NORMAL	Hemograma: NORMAL	Ekg:	Visiometría: NORMAL
Frotis Faríngeo:	Coprológico:	Prueba Psicoactiva:	Rayos:	Koh:	Audiometría:
Espirometría:	Prueba Psensicometrica:				

EXAMEN CON ÉNFASIS

Examen Físico: X	Altura:	Osteomuscular: X	Cardiovascular: X	Otro:

APTITUD OCUPACIONAL (PERIÓDICO)

Examen médico Satisfactorio, Puede Seguir Desempeñando Sus Funciones :
Al Examen médico Presenta Enfermedad Pero No Es Limitante para seguir desempeñando sus funciones :
Al Examen médico Presenta enfermedad que requiere reubicación laboral:
Al examen médico presenta enfermedad que requiere su remisión a su EPS: ARL: Condición a tratar: DISMINUCIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL.

RECOMENDACIONES

PARA EL TRABAJADOR: Valoración anual con Optómetra de su EPS uso de lentes permanentes. Realizar ejercicio diario. Seguir recibiendo formación en higiene postural, realizar pausas activas, uso de EPP para protocolo y bioseguridad de la empresa, y tomar las precauciones adecuadas para evitar el contagio del COVID-19.
PARA LA EMPRESA: Seguir realizando examen médico periódicamente según la normatividad.

RESTRICCIONES

NINGUNO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL PERIODICO

APTO SIN LIMITACIONES:	X	APTO CON LIMITACIONES:	NO APTO:
APTO PARA ALTURAS:		NO APTO PARA ALTURAS:	APLAZADO:

ESTA VALORACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL FUE REALIZADA POR EL DOCTOR VIRGINIA ANGELINA CAICEDO MELO LIC. SST 2952 MAYOR INFORMACIÓN EN EL CORREO doctoravirgi@hotmail.com y/o cel. 3105133669-3004375600.

Virginia A. Caicedo Melo
ESP SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
RESOLUCIÓN

FIRMA MEDICO **FIRMA PACIENTE**

LABORATORIO CLINICO NEWTON

NIT: 22.473.667-1

Fecha: 28/07/2022 SEDE: Principal

Paciente: MATTEW RUIZ MEZA **Recepción:** 14065 **Sala:** N/A
Edad: 32 A **Sexo:** M **Identificación:** 1043002389 **Fecha rcp:** 28/07/2022 10:37:24
Teléfonos: **Médico :** No Asignado
Empresa: salud ocupacional - VCM

	Resultado	Valores de referencia
Hematologia		
HEMOGRAMA TIPO I		
A - ERITROGRAMA-		
Hemoglobina	15.3 gr/dl	14.5 a 16.50 gr/dl
hematocrito	43 %	31 a 43 %
Eritrocitos	4900000 /mm³	3900 a 5100 /mm³
promedio de volumen corpuscular (PVC)	93.8 um³	80 a 97 um³
promedio de Hemoglobina Corpuscular (PHC)	31.2 pg	26.5 a 33.5 pg
Promedio de Concentración de la Hemoglobina (PCHC)	33.6 gr/dl	31 a 38 gr/dl
B - LEUCOGRAMA -		
Recuento de Leucocitos	8600 /mm³	5.0 a 10.0 /mm³
P.N. Neutrofilos	60 %	43 a 65 %
Linfocitos	40 %	30 a 40 %
BIOQUIMICOS		
Colesterol Total	170mg/dl	Menos de 200 mg/dl
Colesterol LDL	85mg/dl	Menos de 100 mg/dl
Colesterol HDL	59mg/dl	40-60 mg/dl
Triglicéridos	107mg/dl	Menos de 150 mg/dl
GLICEMIA	74mg/dl	70 – 99 mg/dl
GLUCOSA 120 MIN	128mg/dl	Hasta 140 mg/dl

LABORATORIO CLINICO NEWTON

REGISTRO. BACTERIOLOGO Nº 1047

Hace constar:

Que el Sr(a) MATTHEW RUIZ MEZA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1043002389 realizó el día 06/02/2024 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 MATTHEW RUIZ MEZA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1043002389 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

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

_____
Firma

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) MATTHEW RUIZ MEZA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1043002389 realizó el día 06/02/2024 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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

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

Hace constar:

Que el Sr(a) MATTHEW RUIZ MEZA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1043002389 el día 06/02/2024 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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) MATTHEW RUIZ MEZA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1043002389 realizó el día 06/02/2024 la Capacitación Módulo 2 - Riesgos en el puesto de trabajo y medidas de prevención de la entidad y aprobó la respectiva

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

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) MATTHEW RUIZ MEZA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1043002389 realizó el día 06/02/2024 la Capacitación de protocolos de bioseguridad.

De acuerdo a lo establecido en la Resolución 666 de 2020 del ministerio de salud y protección y social, la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del SENA, mediante la cual se establece el protocolo de medidas generales y de bioseguridad para prevenir y mitigar la propagación del COVID-19, Circular 01-03-2020-000156 del 02 de septiembre del 2020 del Sena, mediante el cual se establece el alcance a la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del

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

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 se evidenció que, **MATTHEW RUIZ MEZA** identificado con **CC** No. **1043002389**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de afiliación:** 17/10/2023 **Fecha de inicio de cobertura:** 24/01/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 22/01/2024 **Fecha fin de Contrato:** 14/12/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1 **Cargo :** INSTRUCTOR

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): 202401012409282.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 14 días del mes de febrero de 2024.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
MIS_4_1_3_FR15 v_07

Certificado Bancario

Miercoles, 14 de febrero de 2024

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que MATTHEW RUIZ MEZA identificado(a) con CC 1043002389, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	12040962041	2022/08/23	ACTIVO

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

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:
BARRANQUILLA	BARRANQUILLA	85	85-46-101038354	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
22	01	2024	22	01	2024	00:00	14	04	2025	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	RUIZ MEZA MATTHEW			IDENTIFICACIÓN:	C.C. :1,043,002,389
DIRECCIÓN:	CL 11 16 B 64	CIUDAD:	SABANALARGA - ATLANTICO	TELÉFONO:	3143769778

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:	CENTRO PARA EL DESARROLLO AGROECOLOGICO Y AGROINDUSTRIAL			IDENTIFICACIÓN:	NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN:	CALLE 9 19 120	CIUDAD:	SABANALARGA - ATLANTICO	TELÉFONO:	6057273882
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.5779664 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES PARA EL DESARROLLO DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL,EN EL ÁREA DE ANALISIS Y DESARROLLO DE SOFTWARE DE LOS PROGRAMAS DEFORMACIÓN EN TITULADA PRESENCIAL Y/O VIRTUAL, MEDIANTE ESTRATEGIAS QUEAPORTEN EN EL DISEÑO Y DESARROLLO CURRICULAR EN EL CENTRO PARA EL DESARROLLO AGROECOLOGICO Y AGROINDUSTRIAL

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	22/01/2024	14/04/2025	$ 4,807,903.50

ACLARACIONES:

VALOR PRIMA NETA:	GASTOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
$ 23,604.83	$ 8,000.00	$ 6,004.92	$ 37,609.75	$ 4,807,903.50	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
ZAMORA SCHETTINI JENNI	20358	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 CARRERA 58 NO. 70-136 - TELÉFONO: 3681078 - BARRANQUILLA

85-46-101038354

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

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. 85-46-101038354, 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 BARRANQUILLA, a los 22 días del mes de Enero de 2024



FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: RECIBO DE PAGO N°: 85461010383540

FECHA	
CONTADO	

RECIBIMOS DE: RUIZ MEZA MATTHEW C.C. C.C. :1,043,002,389

LA SUMA DE: TREINTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS NUEVE CON SETENTA Y CINCO CENTAVOS PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 85-46-101038354

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
BARRANQUILLA - CU. ESTATAL - 101038354 - 0 - 0	$ 23,604.83	$ 8,000.00	$ 6,004.92	$ 37,609.75

FORMA DE PAGO

EFECTIVO:	$ 37,609.75
CHEQUE:	$ 0.00
TARJETA:	$ 0.00
BD:	$ 0.00
OTROS:	$ 0.00
TOTAL:	$ 37,609.75

INTERMEDIARIO: ZAMORA SCHETTINI JENNI - 20358

CAJERO: RAPIESTADO

ORIGINAL

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: RECIBO DE PAGO N°: 85461010383540

FECHA
CONTADO

RECIBIMOS DE: RUIZ MEZA MATTHEW C.C. C.C. :1,043,002,389

LA SUMA DE: TREINTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS NUEVE CON SETENTA Y CINCO CENTAVOS PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 85-46-101038354

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
BARRANQUILLA - CU. ESTATAL - 101038354 - 0 - 0	$ 23,604.83	$ 8,000.00	$ 6,004.92	$ 37,609.75

FORMA DE PAGO

EFECTIVO:	$ 37,609.75
CHEQUE:	$ 0.00
TARJETA:	$ 0.00
BD:	$ 0.00
OTROS:	$ 0.00
TOTAL:	$ 37,609.75

INTERMEDIARIO: ZAMORA SCHETTINI JENNI - 20358

CAJERO: RAPIESTADO

COPIA

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.85-46-101038354

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

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

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

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 17 de febrero de 2024

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:

NUIP - NIP	**1043030185**	**Abby Ruiz Pallares**	**HIJO**
NUIP - NIP	**1043601933**	**Leah Ruiz Pallares**	**HIJO**
NUIP - NIP	**1247208274**	**Maddie Ruiz Pallares**	**HIJO**

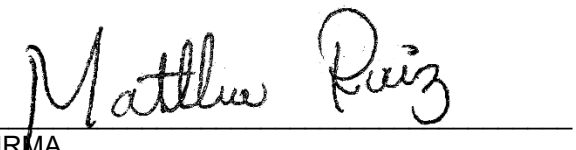
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: Matthew Ruiz Meza

C.C. 1.043.002.389

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1247208274

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59547411

59547411

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

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

COLOMBIA - ATLANTICO - SABANALARGA NOTARIA 1 SABANALARGA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RUIZ	PALLARES

Nombre(s): MADDIE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes DIC Día 20	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA - ATLANTICO - BARRANQUILLA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	22121710251397

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que e indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: PALLARES MORA ROSA PAOLA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1043009287	COLOMBIA

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor qu e indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: RUIZ MEZA MATTHEW

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1043002389	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: RUIZ MEZA MATTHEW

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1043002389	x Matthew Ruiz

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO
NOTARIA UNICA DE SABANALARGA
Roberto Molina Barros
Notario

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2022 Mes DIC Día 26	ROBERTO DE JESUS MOLINA BARROS Nombre y firma

Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.043.030.185

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **54479990**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código C 3 V

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

REGISTRADURIA DE SABANALARGA - COLOMBIA - ATLÁNTICO - SABANALARGA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RUIZ	PALLARES

Nombre(s): ABBY

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2018 Mes ENE Día 23	FEMENINO		

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA ATLÁNTICO SABANALARGA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	14538678-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: PALLARES MORA ROSA PAOLA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.043.009.287	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: RUIZ MEZA MATTHEW

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.043.002.389	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: RUIZ MEZA MATTHEW

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.043.002.389	Matthew Ruiz

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2018 Mes FEB Día 01	NICOLAS JAVIER MOLINA DE LA HOZ Nombre y firma

Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.043.601.933

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59748968

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 0 4 7

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

COLOMBIA ATLANTICO SABANALARGA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RUIZ	PALLARES

Nombre(s)

LEAH

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2019 Mes FEB Día 07	femenino	O	+

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

COLOMBIA ATLANTICO BARRANQUILLA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	15303531_6

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

FALLARES MORA ROSA PAOLA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C 1.043.009.287	colombiana

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

RUIZ MEZA MATTHEW

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C 1.043.002.389	colombiano

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RUIZ MEZA MATTHEW

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C 1.043.002.389	x Matthew Ruiz

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 2019 Mes FEB Día 12	ROBERTO DE JESUS MOLINA BARROS Nombre y firma

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO
MUNICIPIO DE SABANALARGA

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Roberto Molina Barros Notario Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner