SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL MAGDALENA
CENTRO ACUICOLA Y AGROINDUSTRIAL GAIRA MAGDALENA F.P.

Código Regional	**47**
Código Centro	**911810**
Fecha Elaboración	**Abril de 2020**
Versión	**MARZO 2020 - 3,20**
ID de Proceso	**95243-229847**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JUAN CARLOS PEREZ MORA	**C.C.**	85.459.692	**IP/Nº de contacto**	0
Correo electrónico contratista:	jcperezmora@misena.edu.co				

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

Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000 NO **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Banco al cual consignar: BANCO FALABELLA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 114060121688

Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato? NO **Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los $ 117.503.000** NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 1398518/2020 **Nº Compromiso SIIF** **14020**

Valor Total del Contrato	$ 32.216.275	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 28.047.110	**3**	**Del**	**01/04/2020**	**Al**	**30/04/2020**	**$ 3.790.150,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 24.256.960		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.790.150		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.790.150**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.919.501**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Abril	Marzo			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**7749919093**	Valor Base retención en la fuente	1.919.501,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.516.060	$ 1.516.060	Valor Base retención en la fuente ICA	3.357.950,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 189.600	$ 189.600	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 242.600	$ 242.600	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL I	$ 8.000	$ 8.000	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ 235.600		Reteica - 8299	23.506,00	0,700%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -		-	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Pro-Hospital	75.803,00	2,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ 379.015		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ 184.000				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 639.834		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.690.841,00**	

SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1.Impartir formación de acuerdo a las directrices institucionales en Mto.equipos de computo a la ficha 2061723 Plato Magdalena
2.Impartir formación de acuerdo a las directrices institucionales en Mto.equipos de computo a la ficha 2061731 Plato Magdalena
3.Impartir formación de acuerdo a las directrices institucionales en Mto.equipos de computo a la ficha 2061733 Plato Magdalena
4.Impartir formación de acuerdo a las directrices institucionales en Mto.equipos de computo a la ficha 1846152 Plato Magdalena
5.Impartir formación de acuerdo a las directrices institucionales en Mto.equipos de computo a la ficha 1846156 Plato Magdalena
6.Capacitación en desarrollo web con php Ficha 2101630
7.Capacitación en elaboración de guías e instrumentos de evaluación Ficha 2100554
8.Capacitación en incorporación de herramientas tic como apoyo a la.formación Ficha 2096217
9.Capacitación en Desarrollo de habilidades para el desempeño del instructor Sena Ficha 2106188
10.Capacitación en Cisco Networking para instructor sena - python instructor latam 2020
Presentar informe mensual contractual mes de abril de 2020
Presentar planilla de pago de aporte a seguridad social #7749919093
Presentar cuenta de cobro Sena por el mes de abril.

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.

JUAN CARLOS PEREZ MORA
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,

YAIR ENRIQUE TACHE NIEBLES
INSTRUCTOR

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

BICHARA JOSE ZABLEH HASBUN
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	85459692
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JUAN CARLOS PEREZ MORA
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	CL 10 # 6 49	TELÉFONO:	3111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7749919093**				TIPO DE PLANILLA:				I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo	AÑO	2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	marzo	AÑO	2020
DÍAS DE MORA:				0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):				2020/04/21	NÚMERO AUTORIZACIÓN:				604820924

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 242.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 242.600	$ 0	$ 242.600
SUBTOTALES:										**$ 242.600**	**$ 0**	**$ 242.600**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
MIN002	MIN002-ADRES-RÉGIMEN EXCEPCIÓN	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 189.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 189.600	$ 0	$ 0	$ 189.600
SUBTOTALES:													**$ 189.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 189.600**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 8.000	$ 8.000	$ 0	$ 0	$ 8.000
SUBTOTALES:									**$ 8.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 8.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES							
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN								SALUD						ARP					DIAS COT	IBC	CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE			ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE		TOTAL APORTE		TOTAL APORTE		TOTAL APORTE	
																														SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																														
1	CC 85459692	PEREZ MORA JUAN CARLOS	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 877.803				NO									01-30									25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.516.060	$ 242.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 242.600	MIN002-ADRES-RÉGIMEN EXCEPCIÓN	30	$ 1.516.060	$ 189.600	$ 0	$ 189.600	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.516.060	85459692	$ 8.000		$ 0		$ 0	$ 0		$ 0		$ 0		$ 0	

TOTAL	**$ 440.200**

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Santa Marta, 20 de abril de 2020

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 empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

C.C.	**1083041969**	**DANIEL ISAAC PEREZ GOMEZ**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Hijo entre 18 y 23 años, y me encuentro 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

- hijo mayor de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificado por Medicina Legal.

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.

Anexos: Copia comprobante de pagos academia de estudios (1) hoja, Copia de médico legista para la determinación de invalidez (2) hojas cédulay copia registro civil de nacimiento.

Cordialmente,



FIRMA

Nombre: JUAN CARLOS PEREZ MORA

C.C. 85.459.692 de Santa Marta

Pagos Pendientes

No tiene pagos pendientes.

Créditos

Nro Pagaré	Fecha	Saldo Total	Dias de Mora	Pago Mínimo
1083041969-1 Paz y Salvo	27/06/2019	$ 0	0	$ 0
1083041969-2	10/01/2020	$ 255.000	21	$ 255.000

Pagos Realizados

N°	Fecha	Detalle Pago			Observaciones	Valor
25109	22/04/2020	x0		$ 102.000	ABONO a Pagaré: 1083041969-2	$ 102.000
23103	28/02/2020	2020-1	PRACTICAS	$ 95.000		$ 95.000
21743	7/02/2020	x0		$ 127.500	ABONO a Pagaré: 1083041969-2	$ 127.500
19712	10/01/2020	x0		$ 160.000	ABONO a Pagaré: 1083041969-2	$ 160.000
18869	4/12/2019	x0		$ 125.000	ABONO a Pagaré: 1083041969-1	$ 125.000
17090	7/11/2019	x0		$ 130.000	ABONO a Pagaré: 1083041969-1	$ 130.000

Fiduprevisora S.A.
VALORES QUE HACEN DIFERENCIA

FORMULARIO DE DICTAMEN PARA LA CALIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y DETERMINACIÓN DE INVALIDEZ

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL DICTAMEN (REVALORACION DE BENEFICIARIO)

DICTAMEN NÚMERO	*035/20/LMMM*
FECHA DE RECEPCIÓN SOLICITUD	*27/01/2020*
FECHA DEL DICTAMEN	27/01/2020

2. INFORMACIÓN GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA

NOMBRE CONTRATISTA	ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE		
DIRECCIÓN	AVENIDA DEL LIBERTADOR, CALLE14 Nº 13-12	TELEFONO	4213245

3. DATOS PERSONALES DEL CALIFICADO

APELLIDOS- NOMBRES	***PEREZ GOMEZ DANIEL ISAAC***																		
TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO		FECHA DE NACIMIENTO:												EDAD/AÑOS	
CC		X	CE		***1083041969***	DIA	*12*	MES	*01*	AÑO	*1999*							*21 AÑOS*	
GENERO				**ESTADO CIVIL**	SOLTERO(A)		X	CASADO(A)		UL		ESCOLARIDAD		SECUND.		TEC.			
M		X	F		SEPARADO(A)			VIUDO (A)				UNIV.		ESPEC.		POST			

4. ANTECEDENTES LABORALES DEL CALIFICADO

ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA	EDUCACION	DENOMINACIÓN CARGO ACTUAL	
ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA (EN MESES)		ANTIGÜEDAD EN EL CARGO	
DESCRIPCIÓN DE LAS TAREAS DEL CARGO			

4.2. ANTECEDENTES DE EXPOSICIÓN LABORAL

ITEM	ENTIDAD(EMPRESA)	CARGO/OFICIO	RIESGOS	JORNADA LAB.	EXPOSICIÓN EN AÑOS
1					

5. FUNDAMENTOS DE LA CALIFICACIÓN

5.1 RELACIÓN DE DOCUMENTOS

	DOCUMENTO	SE TUVO EN CUENTA
a	REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	
b	HISTORIA CLINICA	X
c	EPICRISIS O RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA	X
d	ACTADE LAEVANTAMIENTO DE CADAVER	
e	CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN	
F	ANÁLISIS DE PUESTO DE TRABAJO	
g	EXAMENES PARACLÍNICOS	
h	EXAMENES PREOCUPACIONALES	
i	EXAMEN PERIÓDICO OCUPACIONAL	
j	EXAMEN DE RETIRO	
k	CONCEPTO DE SALUD OCUPACIONAL	X
l	OTROS	

5.2 . DIAGNÓSTICOS MOTIVO DE LA CALIFICACIÓN

1.	***RETRASO MENTAL PROFUNDO- OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO***	*CODIGO*	***F738***	*2.*	***OTROS TRASTORNOS DE LOS HABITOS Y DE LOS IMPULSOS***	*CODIGO*	***F638***
3.		*CODIGO*				*CODIGO*	

5.3 EXAMENES E INTERCONSULTAS PERTINENTES PARA CALIFICAR

TIPO	FECHA	CONCEPTO / RESULTADO / PRONOSTICO
HISTORIA CLINICA		*Beneficiaria de 21 años de edad, con historia RETRASO MENTAL MODERADO POR DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO. VALORACION POR PSIQUIATRIA DE FECHA 23/01/2020.DX: F738, F638. PACINTE QUIEN SE MUESTRA CON DICAPACIDAD MODERADA QUE REQUIERE SUPERVICION CONTINUA PARA ACTVIDADES DE APRETAMIENTO Y DE MANEJO DE DINERO .F378 . RETRASO MENTAL PROFUNDO ; OTROS DETERIOROS DEL COMORTAMIENTO; F638 : OTRAS TRASTONOS DE LOS HABTOS Y DE LOS IMPULSOS .PLAN: RISPIRIDONA 3X1; LAMOTROGINA 25X2; TERAPIA OCUPACIONAL. DRA YAJAIRA FREYTE URECHE.*

PORCENTAJE DE LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL SEGÚN EL MANUAL UNICO PARA LA CALIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL (Decreto 1507 de 2014)

6. DESCRIPCIÓN DEL DICTAMEN

TITULO PRIMERO DESCRIPCION DE DEFICIENCIA

ITEM	ORDEN DE DESCRIPCION	% ASIGNADO	CAPITULO, NUMERAL, LITERAL, TABLA
1	***RETRASO MENTAL MODERADO POR DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO***	40	XIII 13.5.1 13.6
	DEFICIENCIA TOTAL A+(B*(100-A)/100)x0.5	**20%**	calificación máxima posible 50%

	TITULO SEGUNDO CALIFICACION DEL ROL OCUPACIONAL	**26,50%**
1	**CLASIFICACION DE VALORACION DEL ROL OCUPACIONAL** (pagina 194,tabla Nº 14,capitulo IV, título TERCERO)	25,00
2	**AUTOSUFICIENCIA ECONOMICA**(pagina 183,tabla Nº 2,capitulo II, titulo segundo)	1,00
3	**EDAD CRONOLOGICA**(pagina 184,tabla Nº 3,capitulo II, titulo segundo)	0,50
	Total rol laboral (Calificación Máxima Posible: 30%)	

	TITULO SEGUNDO CALIFICACION DE OTRAS AREAS OCUPACIONALES	4,00 %
1	**APRENDIZAJE Y APLICACIÓN DEL CONOCIMIENTO** (pagina 187,tabla Nº 6,capitulo III, titulo segundo)	1,00
2	**COMUNICACIÓN** (pagina 188,tabla Nº 7,capitulo III, titulo segundo)	1,00
3	**MOVILIDAD** (pagina 189,tabla Nº 8,capitulo III, titulo segundo)	0,00
4	**CUIDADO PERSONAL**(pagina 190,tabla Nº 9,capitulo III, titulo segundo)	1,00
5	**VIDA DOMESTICA**(pagina 191,tabla Nº 10,capitulo III, titulo segundo)	1,00
	Valor máximo posible por categoría. Total otras áreas ocupacionales (Calificación Máxima Posible: 20%)	

7. PORCENTAJE DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL

	DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE
I	**DEFICIENCIA**	***20,00***
II	**ROL OCUPACIONAL**	***26,50***
III	**OTRAS AREAS OCUPACIONALES**	***4,00***
	TOTAL	***50,50***

ESTADO DE LA P.C.L.

>5%		INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL		INVALIDEZ	X

FECHA DE ESTRUCTURACION DE LA INVALIDEZ (DIA, MES ,AÑO)	

8. PORCENTAJE DE LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL SEGÚN CÓDIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO (Art. 202, 280) (Ley 812 de 2003, Art. 81)

NUMERAL	CRITERIO	%
	TOTAL	

INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL		INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL		GRAN INVALIDEZ	

FECHA DE ESTRUCTURACION DE LA INVALIDEZ (DIA, MES ,AÑO)	

9. CALIFICACIÓN DEL ORIGEN

COMUN	X	PROFESIONAL	

10. RESPONSABLE (S) DE LA CALIFICACIÓN

NOMBRE: LUIS MIGUEL MARTINEZ MONTES	FIRMA

En caso de discrepancia con el presente dictamen proceder de acuerdo a lo dispuesto en el **decreto ley 019/2012, articulo 142**..." En caso de que el interesado no esté de acuerdo con la calificación deberá manifestar su inconformidad dentro de los 10 días siguientes y la entidad deberá remitirlo ante las juntas regionales de calificación de invalidez de orden regional ...".el trámite ante la junta regional de calificación de invalidez se surtirá , solo después de efectuarse la calificación correspondiente por los profesionales o entidades calificadoras competentes del fondo nacional de prestaciones sociales del magisterio o Ecopetrol, según el caso. También se les notifica que por requerimiento de pliego de cargos , deberá a acudir a revaloración anual por perdida de la capacidad laboral



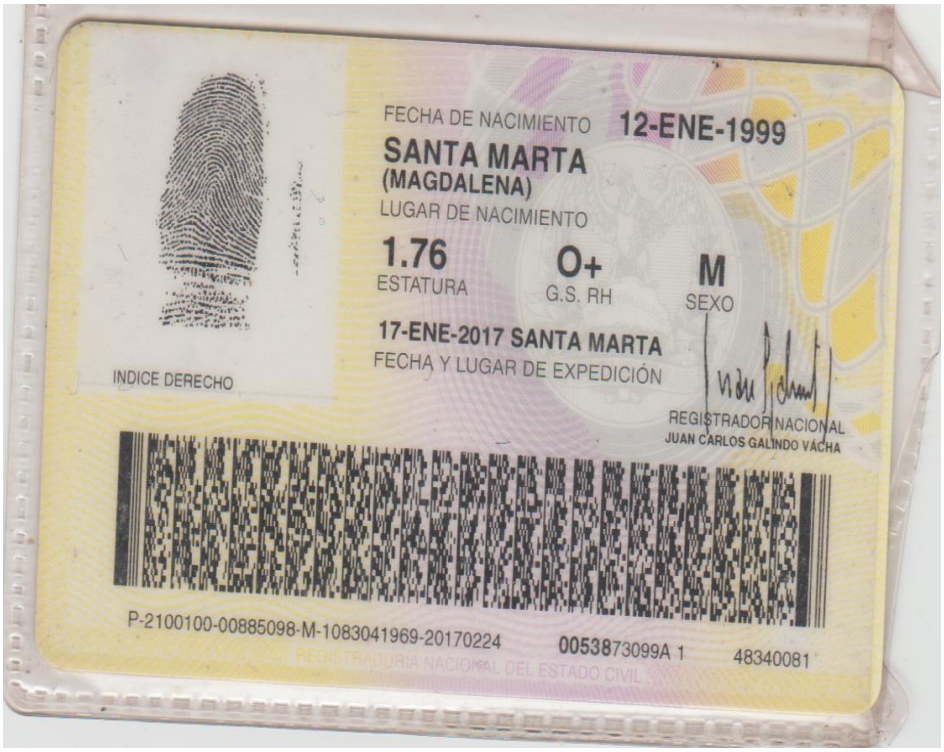
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.083.041.969

PEREZ GOMEZ
APELLIDOS

DANIEL ISAAC
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-ENE-1999

SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.76
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

17-ENE-2017 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-2100100-00885098-M-1083041969-20170224 0053873099A 1 48340081

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

REPUBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NIP

① Parte básica	② Parte compl.
990112	

28545281 A1008095

SECCION GENERICA

④ Consulado, notaría, Registraduría del Estado Civil, inspección, corregimiento	⑤ Departamento, municipio, inspección, corregimiento	⑥ Código
NOTARIA SEGUNDA (2a)	SANTA MARTA -MAGDALENA	3902

⑦ APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)
PEREZ	GOMEZ	DANIEL ISAAC

⑧ SEXO: Masculino [x] Femenino [ ]

⑨ FECHA DE NACIMIENTO: Año 1999 Mes 01 Día 12

⑩ LUGAR DE NACIMIENTO

País	Departamento	Municipio	Inspección o corregimiento
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA	

SECCION ESPECIFICA

⑪ Organismo de salud o dirección de la casa donde ocurrió el nacimiento: CLINICA LA MILAGROSA

⑫ Hora 08 Minutos 55 AM [ ] PM [x]

⑬ Tipo sanguíneo: O POSITIVO Grupo R.H.

⑭ Documento antecedente presentado (certificado de nacido vivo número, documento auténtico, acta religiosa): CONSTANCIA DE LA CLINICA

⑮ Nombre de quien expide el certificado: ARMANDO SAUMETH

⑯ Número de registro o tarjeta profesional: 244

⑰ APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DE LA MADRE (apellidos de soltera)

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)
GOMEZ	DAZA	VIRGELINA ROSA

⑱ Edad al momento del parto: 27 Años

⑲ Documento de identificación (clase y número): 57.437.421 de SANTA MARTA

⑳ Nacionalidad(es): COLOMBIANA

㉑ Dirección domicilio: CALLE 20 No. 14-49

㉒ APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL PADRE

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)
PEREZ	MORA	JUAN CARLOS

㉓ Edad al momento del nacimiento: 28 Años

㉔ Documento de identificación (clase y número): 85.459.692 de SANTA MARTA

㉕ Nacionalidad(es): COLOMBIANA

㉖ Dirección domicilio: CALLE 20 No. 14-49

Apellido(s) y nombre(s)	Domicilio (dirección o municipio)	Firma
PEREZ MORA JUAN CARLOS	CALLE 20 No. 14-49	

Documento de identificación (clase y No.): 85.459.692 de SANTA MARTA

Apellido(s) y nombre(s)	Domicilio (dirección o municipio)	Firma

Documento de identificación (clase y No.):

Apellido(s) y nombre(s)	Domicilio (dirección o municipio)	Firma

Documento de identificación (clase y No.):

㉗ Nombre y firma [illegible] del funcionario que autoriza el registro: RAFAEL OLIVELLA GUERRERO

Notaría Segunda del Circulo
RAFAEL OLIVELLA GUERRERO
NOTARIO

Año 1999 Mes 01 Día 18 T.T.

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL

ES FIEL COPIA AUTENTICA TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA, SOLICITADA POR EL INTERESADO, CON EL PROPOSITO DE DEMOSTRAR PARENTESCO.

20 MAR. 2012

SANTA MARTA,

República de Colombia
Notaría Segunda del Circulo
de Santa Marta
MERCEDES PERTUZ MOZO
SECRETARIO PERMANENTE