SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE ELECTRICIDAD Y ELECTRONICA Y TELECOMUNICACION - BTA DC

Código Regional	**11**
Código Centro	**921010**
Fecha Elaboración	**Octubre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**83151-528512**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: CAMILO ESTEBAN MORENO ANDRADE
Correo electrónico contratista: camiesmor@misena.edu.co
C.C. 80.118.265 **IP/Nº de contacto** 0000

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 ?** NO

Banco al cual consignar: DAVIVIENDA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 587566043

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

Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas: N/A

Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: N/A

Se acogió para el mes objeto de cobro, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: N/A

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 1908716/2020 **Nº Compromiso SIIF** 56520

Valor Total del Contrato	$ 3.618.411	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 3.618.411	**1**	**Del**	**14/10/2020**	**Al**	**31/10/2020**	**$ 1.103.922,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 2.514.489		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.103.922	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	**$ 1.103.922**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 557.423**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Octubre	Septiembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**45090038**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 877.803	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 109.800	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 140.500	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL IV	$ -	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -	
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 $ 1.139.424	$ 110.392	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 185.808	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	557.423,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	853.622,00	
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	8.246,00	0,966%
-	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	**$ 1.095.676,00**	

SON: UN MILLÓN NOVENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ficha 1753237 G2 y G3 Electricidad industrial con la competencia: DESARROLLAR EL AUTOMATISMO DEL SISTEMA MECATRÓNICO DE ACUERDO A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS. con las actividades, logica de programacion, introduccion a los PLC

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.

CAMILO ESTEBAN MORENO ANDRADE
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,

LUIS CARLOS GONZALEZ ARENAS
INSTRUCTOR G19

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

CLAUDIA JANET GOMEZ LARROTTA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	CAMILO ESTEBAN MORENO ANDRADE	**NIT:**	80118265
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	septiembre 2020
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	septiembre 2020
Número de Radicación:	45090038	**Total a pagar:**	$250,300
Fecha de vencimiento:	16/10/2020	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	02/09/2020	**Número de Administradoras:**	2

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DAVIVIENDA	**Número Autorización:**	730695260
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
231001	800227940	Colfondos	1		$0	$140,500
EPS002	800130907	Salud Total EPS	1		$0	$109,800
						$250,300

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Bogotá, Octubre 8 de 2020

Señor:
MORENO ANDRADE CAMILO ESTEBAN
CC. 80118265
CR 40C 9A 04 SUR - 0
Ciudad

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

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Noviembre 1 de 2007. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
MORENO ANDRADE CAMILO ESTEBAN	80118265	C	Nov-1-2007	282	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

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

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CAFAM	80118265	Dependiente	CERRADO
CAFAM	80118265	Dependiente	CERRADO
CAFAM	80118265	Dependiente	CERRADO
CAFAM	80118265	Dependiente	CERRADO
CAFAM	80118265	Dependiente	CERRADO
CAFAM	80118265	Dependiente	VIGENTE
CAMILO ESTEBAN MORENO ANDRADE	80118265	Trabajador Independiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,



JAVIER CARREÑO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

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

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) CAMILO ESTEBAN MORENO ANDRADE con identificación No. 80.118.265 se encuentra afiliado(a) al Pension Obligatoria desde el día 10 de mayo del 2016

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 08 de octubre del 2020.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 018000510000.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

Modelo Único de Ingreso, Servicio y Control Automatizados

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14301372884

(415)7707212489984(8020) 000001430137288 4

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

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:		25. Tipo de documento:		26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión iliquida	2	Cédula de ciudadanía	1 3	8 0 1 1 8 2 6 5	2 0 0 1 0 4 0 9

Lugar de expedición	28. País:		29. Departamento:		30. Ciudad/Municipio:	
COLOMBIA	1 6 9		Bogotá D.C.	1 1	Bogotá, D.C.	0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MORENO	ANDRADE	CAMILO	ESTEBAN

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

38. País:		39. Departamento:		40. Ciudad/Municipio:	
COLOMBIA	1 6 9	Cundinamarca	2 5	Soacha	7 5 4

41. Dirección principal

CL 29 B 5 ESTE 70 BRR SAN MATEO

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
camiesmor@hotmail.com		7 2 6 5 3 2 8	3 1 7 7 6 6 8 9 5 6

CLASIFICACION

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

Usuarios aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 4 0 7 1 2

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre MORENO RODRIGUEZ FLOR ALBA
985. Cargo: Gestor II

Fecha generación documento PDF: 04-11-2014 04:32:21PM

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Salud Ocupacional Licencia No. 9511 de 23/08/2013

Lic. Anterior No. 9706 de 05/10/2009

Nit: 830.015.894-4

Código de prestador de servicios de la salud No.110010565901
Aprobado por la Secretaria de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 5594 01/08/2005 de la Secretaria de Salud

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional

HISTORIA CLINICA FONOAUDIOLOGICA

EVALUACION DE VOZ

IDENTIFICACION

Nombres y apellidos Camilo Esteban Moreno.

C.C.: 80118265.

Fecha: 15-01-18.

Edad: 35 años.

Profesión: Ingeniero Electronico.

MOTIVO DE CONSULTA

Diagnostico medico: Ninguno.

¿Presenta ud. alguna de estas afecciones? Ronquera NO. **Pérdida de voz** NO. **Dolor al hablar** NO. **sensación de constricción en el cuello** NO. **Sensación de cuerpo extraño en la garganta** NO. **carraspeo** NO.

Desde cuando tiene esta afección: —

¿A qué atribuye esta afección? —

Describa su ocupación actual: Instructor 9 años (Sena) → 3 años.

¿Cuántas horas habla durante el trabajo? 10 horas

¿Tiene que hablar en ambientes ruidosos? Si

¿Habla mucho fuera del trabajo? NO.

¿Hay niños pequeños o personas mayores sordas en su hogar? Si.

Al levantarse

Esta peor o mejor de su voz Igual. **y luego de hablar** Igual

¿Tiene dificultades al masticar o tragar? NO. **las bebidas frías le dañan su voz?** NO.

¿O mejoran su voz? Indiferente **las emociones alteran su voz?** NO. **es nervioso?** NO.

Canta Si. **puede cantar** Si **desafina** NO.

Claudia Mª Torres García
Esp. Salud Ocupacional
Gestión Ambiental
RM 72367

HISTORIA CLINICA FONOAUDIOLOGICA – Hoja 2

APARATO RESPIRATORIO

¿Fuma? NO cuantos diarios — ha tenido afecciones bronco – pulmonares NO

De que naturaleza —

Con que frecuencia —

Observaciones

APARATO DIGESTIVO

¿Come de todo? Sí. ha presentado alguna afección hepato- biliar? NO.

¿Sufre de gastritis? NO. le han diagnosticado reflujo? NO

¿Siente agrieras después de las comidas? NO.

¿Toma bebidas muy frías? Sí. muy calientes? NO.

ALERGIAS

¿Ronca? NO. presenta obstrucción nasal brusca? NO.

¿Le han diagnosticado rinitis? NO se resfría continuamente? NO.

¿Qué alimentos no tolera y por qué? Ninguno.

¿Antecedentes de sinusitis? NO.

¿Dolores de garganta NO faringitis NO Guarda reposo durante un episodio de gripa? Normal.

Observaciones – Ocasional hidratación – poco manejo de habitos de higiene oral.

EVALUACION OFA

Labios Movilidad activa normal

Dientes buen estado

Paladar duro ojival paladar blando normal

Lengua Movilidad activa normal

Cuello natural palpación normal

Tipo de respiración nasal – torácica – abdominal

Observaciones —

LABORATORIO CLINICO:

DRA CLARA MABEL CASTRO P.

CODIGO DEL PRESTADOR No 11 001 07526 S.D.S

CRA 21 No 24 - 98 SUR TEL: 2725442

FECHA	**ENERO 15 2018**
NOMBRE	**CAMILO ESTEBAN MORENO ANDRADE**
D.I:	**80.118.265**
EDAD	**35 AÑOS**
REMITE	

CUADRO HEMATICO:

		V.R:
HEMATOCRITO:	**54,0**	**40 - 50 %**
HEMOGLOBINA:	**18,0**	**13,5 - 16,0 g%**
LEUCOCITOS:	**6.800**	**4.500 - 10.000 Xmm3.**

CLASIFICACION DE LEUCOCITOS:

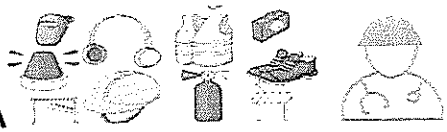
NEUTROFILOS:	**52**	**50 - 70%**
LINFOCITOS:	**45**	**20 - 40%**
EOSINOFILOS:	**1**	**1 - 5%**
MONOCITOS:	**2**	**1 - 6%**
BASOFILOS:		**0 - 1%**
CAYADOS:		**0 - 1%**
V.S.G:	**1**	**3 - 10 mm/h**
PLAQUETAS:	**152.000**	**150.000 - 450.000 xmm3**

BACTERIOLOGA

Dra. Clara Mabel Castro
BACTERIOLOGA U.C.M.C.

Claudia Mª Torres Garcia
Prof. Salud Or... ...al
Esp. Gestión ...ental
Nº 72367





MARINELLYS CAMARGO PEÑARANDA

FISIOTERAPEUTA – ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL- ESPECIALISTA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

UNIVERSIDAD METROPOLITANA - UNIVERDIAD LIBRE – B/QUILLA ATLANTICO

CERTIFICACION DE APTITUD MÉDICA

NOMBRE: CAMILO ESTEBAN MORENO ANDRADE

IDENTIFICACION: 80118265

FECHA DE NACIMIENTO: 20/01/1982

SEXO: MASCULINO

DIRECCION: CRA 40C # 9ª - 04 SUR

TELEFONOS: 3177668956 - 8049530

CARGO U OFICIO AL CUAL ASPIRA: INSTRUCTOR

El suscrito Médico Especialista en Medicina del trabajo de acuerdo con los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada y la evaluación de los antecedentes médicos.

Certifica que el trabajador se encuentra:

APTO PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES LABORAL

Higiene Postural, Pausas Activas, Control Médico Nutricional Y Metabólico.

FECHA DE EMISION DEL CERTIFICADO: 07/01/2020

NOMBRE DEL ESPECIALISTA: MARINELLYS CAMARGO PEÑARANDA

FIRMA DEL MEDICO: _____

REGISTRO PROFESIONAL: 002795 M.S.P **LICENCIA SO:** 0720/14 M.S.P

FIRMA DEL ASPIRANTE: _____

IDENTIFICACION: 80118265 Bta

Dirección: Calle 11 No. 24-47 BARRIO EL CARMEN CONSULTORIO: CALLE 10 A No. 10-38 LOCAL No. 2

TELFONOS 7261586 CELULAR 3106025982-3157498164 CORREO: markape70@yahoo.com

MAICAO – LA GUAJIRA

AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD Y DE TRABAJO

1. IDENTIFICACIO: CC 80118265 CAMILO ESTEBAN MORENO ANDRADE.

UNIDAD:

FECHA DE EVALUACION: 07-01-2020

SECCION: EDUCACION **CARGO: INSTRUCTOR**

HORARIO: De: 06 a 12 M y De 01 a 10: P.M **TURNOS: Diurnos:** **Nocturno:** **Rotativos: X**

PAUSAS: No. 4 Duración: 5 Minutos **Horas Extras: Diarias**

EDAD: 37 **Menor 18 años,** **18-37:X** **38-57:** **58 años o más** **SEXO:** **Mujer:** **Hombre: X**

2. INDIQUE CUALES DE LAS SIGUIENTES MOLESTIAS HA EXPERIMENTADO EN LOS ULTIMOS SEIS (6) MESES

. Si usted percibe molestias en algún segmento de su cuerpo, califiqué con una X su severidad de 0-3, Así:
0 no existe, 1 molestia leve, 2 molestia moderada, 3 molestia severa.
Igualmente califique la frecuencia con que percibe dicha molestia, de acuerdo con la siguiente escala: C: CONTINUO, si la molestia o el dolor se presenta a diario o más de tres veces por semana, F: FRECUENTE si se presenta por lo menos una vez cada dos semanas, R: RARA VEZ si se presenta una vez por más y N: NUNCA cuando no se presenta. En el cuadro al final anota las observaciones o aclaraciones que usted considere

	SEVERIDAD				FRECUENCIA				OBSERVACIONES
PARTES DEL CUERPO	0	1	2	3	C	F	R	N	
1. CUELLO:	X								
2. ESPALDA:		X					x		Hacer calentamiento y estiramiento siempre.
3. HOMBROS: D	X								
I	X								
4. BRAZO: D	X								
I	X								
5. CODO: D	X								
I	X								
6. ANTEBRAZO: D	X								
I	X								
7. MUÑECA: D	X								
I	X								
8. MANOS: D	X								
I	X								
9. DEDOS: D	X								
I	X								
10. CINTURA: D	X								
I	X								
11. GLUTEOS:	X								
12. MUSLOS: D	X								
I	X								
13. PIERNAS: D	X								
I	X								
14. PIES: D	X								
I	X								

MARINELLYS CAMARGO PEÑARANDA:

FISIOTERAPEUTA ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL RES: 0720 MSP.

1.-Leve molestia ocasional en la espalda. siempre que hace prácticas de futbol.

PERCEPCION DE MI SEGURIDAD			
ITEM	SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
1. Usted conduce dentro de los límites de velocidad establecidos	X		
2. Fumar es un riesgo para su salud y la de quienes lo rodean	X		
3. Se alimenta sana y oportunamente (tres veces al día)	X		
4. Realiza ejercicio diariamente		X	
5. Cuando tiene dificultades analiza las causas y toma las medidas de cambio	X		
6. Actúa pensando en las consecuencias antes de realizar cualquier acción peligrosa o riesgosa	X		
7. Dedica el tiempo necesario a su familia y se preocupa porque este sea de la mejor calidad		X	
8. Revisa que las ventanas y puertas estén bien cerradas antes de acostarse o salir	X		
9. Mantiene su casa en orden	X		
10. Se protege cuando tiene relaciones sexuales	X		
11. Asiste a controles médicos sin necesidad de estar enfermo			X
12. Utiliza algunas medidas de auto cuidado para prevenir enfermedades	X		
13. Al sentirse fatigado usted toma la decisión de descansar	X		
14. Consumir alcohol es un riesgo para su salud	X		
15. Utiliza cinturón de seguridad	X		
16. Cuenta con los elementos necesarios para velar por su seguridad			
17. Detendría la marcha de su automóvil cuando haría uso de su celular o Tablet	X		
18. Realiza actividades de sano esparcimiento		X	
19.`Cumple con procedimientos de orden y aseo establecidos para su puesto de trabajo	X		
20. Realiza trabajos siempre y cuando conozca los procedimientos y este entrenado	X		
21.Hace uso de algún automóvil siempre y cuando se encuentre en buen estado	X		
22. si necesitara lentes los utilizaría	X		
23. Conserva la calma y analiza la situación ante cualquier emergencia	X		
24. Cuando siente ira se puede controlar	X		
25. Para resolver problemas es fácil ponerse en el lugar del otro		X	
26. Cuando le hace chanzas a sus compañeros analiza las consecuencias		X	
27. Tiene buenos hábitos alimenticios y evita la comida chatarra	X		
28. Se propone metas en su vida	X		
29. Tiene relaciones estables y responsables	X		
30. Cuando está enfermo acude al médico y cumple sus tratamientos	X		

REQUERIMIENTOS PARA EL CARGO
ANEXO 2.

NOMBRE DEL CARGO.	PRINCIPALES PELIGROS ASOCIADOS.
INSTRUCTOR.	TRANSTORNOS DE LA VOZ.
ORGANO, SISTEMA, O EXAMEN	**CATEGORIA**
EDAD: 37 Años	
GENERO: MASCULINO	
ESCOLARIDAD: PROFESIONAL	
EXPERIENCIA: 15 Años	
ANTECEDENDES OCUPACIONALES:	
CARACTERISTICAS ANTROPOMETRICAS	
ESTADO NUTRICIONAL: BUENO	
ASPECTO GENERAL EN EL EXAMEN FISICO	
PIEL Y FANERAS: EXCELENTEE	
OJOS:	
AGUDEZA VISUAL (OPTOMETRIA): BUENA	
VISION DE COLORES (OPTOMETRIA): BUENA	
VISION PERIFERICA (OPTOMETRIA): BUENA	
OIDOS	
CAPACIDAD AUDITIVA (AUDIOMETRIA):	
NARIZ, BOCA, Y LARINGE: NORMAL	
APARATO RESPIRATORIO	
ESPIROMETRIA: NORMAL	
CARDIACO	
VASCULAR PERIFERICO: SIN ALTERACION	
ABDOMEN: LEVE PROTUSION	
SISTEMA ENDOCRINO -	
GENITOURINARIO-	
COLUMNA: NORMAL	EVITAR PESOS MAYOR A 25 KILOS.
EXTREMIDADES: NORMAL	
NEUROLOGICO: SIN ALTERACION	
SISTEMA INMUNOLOGICO: NORMAL	
GLICEMIA PREPANDRIAL:	
EXAMEN TAMIZ DE LABORATORIO (PARA RIESGO QUIMICO ESPECIFICO	

***CM: CRITERIO MAYOR**

EXAMENES REQUERIDOS:

TIPO DE EXAMEN DE INGRESO	X	PRUEBAS REQUERIDAS: EXAMEN FISICO	X
RETIRO		ESPIROMETRIA	X
CONTROL PERIODICO		PREUBAS DE LABORATORIO	X
CAMBIO DE OFICIO		OTRAS PRUEBAS	
PRUEBAS ESPECIALES REQUERIDAS		**PRUEBAS DE LABORATORIO REQUERIDAS**	

RESPONSABLE DE LA SOLICITUD

ESPECIALISTA:

ENTREGA DE RESULTADOS DEL PERFIL BIOLABORAL POR CARGOS
ANEXO 3.

NOMBRE DEL CARGO.	PRINCIPALES PELIGROS ASOCIADOS.	
INSTRUCTOR		
ORGANO, SISTEMA, O EXAMEN	**CATEGORIA**	
EDAD: 37 AÑOS		
GENERO: MASCULINO		
ESCOLARIDAD: PROFESIONAL		
EXPERIENCIA: 15 AÑOS		
ANTECEDENDES OCUPACIONALES		
CARACTERISTICAS ANTROPOMETRICAS		
ESTADO NUTRICIONAL: NORMAL	NORMAL	
ASPECTO GENERAL EN EL EXAMEN FISICO		
PIEL Y FANERAS: NORMAL	NORMAL	
OJOS		
AGUDEZA VISUAL (OPTOMETRIA):NORMAL	NORMAL	
VISION DE COLORES (OPTOMETRIA:)NORMAL	NORMAL	
VISION PERIFERICA (OPTOMETRIA): NORMAL	NORMAL	
OIDOS		
CAPACIDAD AUDITIVA (AUDIOMETRIA)	NORMAL	
NARIZ, BOCA, Y LARINGE	NORMAL	
APARATO RESPIRATORIO		
ESPIROMETRIA	NORMAL	
CARDIACO	NORMAL	
VASCULAR PERIFERICO	NORMAL	
ABDOMEN	NORMAL	
SISTEMA ENDOCRINO	-	
GENITOURINARIO	-	
COLUMNA	NORMAL	
EXTREMIDADES	NORMAL	
NEUROLOGICO	NORMAL	
SISTEMA INMUNOLOGICO	NORMAL	
GLUCEMIA PREPRANDIAL	NORMAL 86.4	
EXAMEN TAMIZ DE LABORATORIO(PARA RIESGO QUIMICO ESPECIFICO		

EXAMENES REALIZADOS ESPECIALES		**RESULTADO DE LOS EXAMENES ESPECIALES REALIZADOS**	
AUDIOMETRIA: NORMAL	X	AUDIOMETRIA	
OPTOMETRIA: NORMAL	X	OPTOMETRIA	
ESPIROMETRIA: NORMAL	X	ESPIROMETRIA	
VISIOMETRIA: TRANSTORNO REFRACTIVO LEVE	X	VISIOMETRIA	

NOMBRE DEL CARGO			**PRUEBAS DE LABORATORIO REQUERIDAS**
ASPIRANTE CUMPLE CON EL PERFIL	**SI** X	**NO**	**COMENTARIOS: SIN RESTRICCION PARA EL CARGO**
ESPECIALISTA: 0720/2014			

POR TU SALUD HAGAMOSLO JUNTOS

RESOLUCIÓN No. 0720

"Por la cual se concede una licencia para prestación de servicios de seguridad y salud en el trabajo" a persona natural.

El Secretario de Salud Departamental de La Guajira, en uso de sus atribuciones legales y en general de las que le confiere la Ley 1562 del 11 de julio de 2012 y la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012, y

CONSIDERANDO:

Que de acuerdo con lo previsto en el Art. 1º de la Resolución No. 4502 de 2012, se resolvió delegar en las direcciones seccionales o locales de salud, la función de expedir y renovar las licencias de salud ocupacional, a las personas naturales o jurídicas que ofertan servicios en seguridad y salud en el trabajo, a nivel nacional previo cumplimiento en las condiciones y requisitos en dichas Resoluciones.

- Que la ciudadana MARINELLYS CAMARGO PEÑARANDA, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 56.081.082. Expedida en Maicao - La Guajira, ha solicitado licencia para la prestación de servicios de seguridad y salud en el trabajo, anexando a su petición la documentación exigida en la Resolución 4502 de Diciembre 28 de 2012.
- Que de acuerdo a lo normado en el Art. 6º de la Resolución 4502 de Diciembre 28 de 2012 ya mencionada, las licencias tendrán vigencias de 10 años y podrán ser renovadas por un término igual, siempre y cuando cumplan con los requisitos y procedimientos señalados en la normatividad vigente al momento de expedir o renovar la licencia.
- Que la Secretaria de Salud Departamental de acuerdo a las disposiciones legales remitió los documentos allegados por la Ciudadana MARINELLYS CAMARGO PEÑARANDA, identificada con cedula de ciudadanía No. 56.081.082, expedida en Maicao - La Guajira, para su estudio por parte de la Oficina de Jurídica y la Coordinadora de Vigilancia y Control.
- Que con base en la documentación allegada, previo estudio técnico y legal efectuado por esta institución, se ha considerado procedente otorgar la respectiva licencia para prestación de servicios en seguridad y salud en el trabajo.
- Que en mérito de lo antes expuesto, este despacho.

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Conceder la Licencia para la prestación de servicios en seguridad y salud en el trabajo a la ciudadana MARINELLYS CAMARGO PEÑARANDA, identificada con cédula de ciudadanía No. 56.081.082 expedida en Maicao - La Guajira, de acuerdo con su nivel y título de formación, como FISIOTERAPEUTA, ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL, está en capacidad de prestar sus servicios en seguridad y salud en el trabajo o su equivalente, Investigación en área técnica: Investigación del accidente de trabajo de acuerdo con su competencia según formación académica; Educación; Capacitación; Diseño, Administración y ejecución del Sistema de Gestión de la seguridad y salud en el trabajo.

ARTICULO SEGUNDO: La Licencia de que trata el artículo anterior, se concede por un término de diez (10) años contados a partir de la ejecutoria de la presente Resolución y podrá ser renovada por un término igual.

ARTICULO TERCERO: Esta Licencia es válida en todo el Territorio Nacional.

ARTICULO CUARTO: Contra la presente Resolución procede el recurso de Reposición ante el Secretario de Salud Departamental y en su defecto el de Apelación en los términos y condiciones establecidas en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, tal y como lo prescribe el Art. 12º de la Resolución 4502 de 2012.

ARTICULO QUINTO: La autoridad sanitaria aplicará las sanciones correspondientes, en especial las estipuladas en la Ley 09 del 23 de febrero de 1979, cuando se sorprenda a la persona natural o jurídica haciendo uso indebido de la Licencia para la Prestación de los Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo expedida por la presente Resolución.

ARTÍCULO SEXTO: Toda solicitud para la Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo que el titular de esta Licencia presente a instituciones públicas o privadas, deberá estar acompañada de copia de la presente, que acredite el otorgamiento de su respectiva licencia.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Riohacha a los, 09 SEP 2014

GONZALO FRANCISCO ARAUJO DAZA
Secretario de Salud de La Guajira

Proyectó: Zaylin Rivera, Profesional Universitario
Revisó: José Medina Romero, Director Desarrollo Institucional
Yorynne Magdaniel, Coordinadora Vigilancia y Control
Oficina de Jurídica

EXAMENES DE LABORATORIO:			REFERENCIA
GLUCOSA:	86.7 mg/dl		110mg/dl
PERFIL LIPIDICO			
COLESTEROL TOTAL:	146mg/dl		200mg/dl
COLESTEROL HDL:	51mg/dl		
COLESTEROL LDL:	72.3mg/dl		66mg -78mg/dl
COLESTEROL VLDL:	28,7mg/dl		34mg/dl
TRIGLICERIDOS:	133mg/dl		150mg/dl
CUADRO HEMATICO:			
LEUCOCITOS: GB	7.4	K/ul	4.00 - 10.00
NEUTROFILOS:	62	%	50.00 – 70.00
LINFONCITOS:	36	%	20.00- 40.00
EOSINOFILOS:	1	%	1.00- 5.00
MONOCITOS:	5	%	3.00-10.00
ERICTROCITOS GR.	4.1	K/ul	3.50- 5.50
Hb.:	14.6	g/dl	12.00- 16.00
HTO:	45.1	%	37.00-54.00
PLAQUETAS:	322.0	mm3	150.00-450.00
VCM:	89	Fl	80.00-100.00
CHCM:	33.5	g/dl	32.00-36.00
CHM:	30.4	pg	27.00-34.00

ACEPTO: Que los resultados de las valoraciones Medicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, cualquier omisión o Falsedad será causa de justa Finalización del contrato.

ANALISIS Y CONCEPTO: DRA:

MAICAO, ENERO 5 DE 2020

CENTRO DE FISIOTERAPIA Y REHABILITACION INTEGRAL

MARINELLYS CAMARGO
LIC. S.O 0720/2014

Camilo E. Moreno - A

CAMILO E. MORENO A. CC 80118265

Hace constar:

Que el Sr(a) CAMILO ESTEBAN MORENO ANDRADE Identificado(a) con cédula de ciudadanía 80118265 realizó el día 22/10/2020 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 CAMILO ESTEBAN MORENO ANDRADE Identificado(a) con cédula de ciudadanía 80118265 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 - SENA

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) CAMILO ESTEBAN MORENO ANDRADE Identificado(a) con cédula de ciudadanía 80118265 realizó el día 23/10/2020 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 - 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) CAMILO ESTEBAN MORENO ANDRADE Identificado(a) con cédula de ciudadanía 80118265 realizó el día 23/10/2020 la Capacitación Módulo 2 - Riesgos en el puesto de trabajo y medidas de prevención de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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

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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

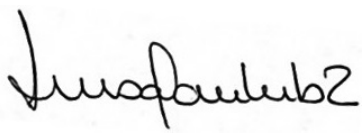
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor CAMILO ESTEBAN MORENO ANDRADE, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 80.118.265, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 13/10/2020 y fecha fin de contrato 11/12/2020 con riesgo 4.

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 deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202001020248143.

Esta certificación se expide a los 23 días del mes de Octubre de 2020.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **08/10/2020**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor CAMILO ESTEBAN MORENO ANDRADE** con **Cédula de Ciudadanía** número **80118265**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0000000587566043**
Fecha de apertura	**28/05/2008**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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. Sucursal:	Nro. Póliza:	Anexo:
BOGOTA, D.C.	CENTRO INTERNACIONAL	12	12-46-101041053	0

Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:	Vigencia Hasta:			A las:	Tipo Movimiento:
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	
13	10	2020	13	10	2020	00:00	21	04	2021	00:00	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social:	MORENO ANDRADE CAMILO ESTEBAN			Identificación:	80118265
Dirección:	CALLE 29 B N 5-70 ESTE	Ciudad:	BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL	Teléfono:	3177668956

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA – CENTRO DE ELECTRICIDAD ELECTRONICA Y TELECOMUNICACIONES D.C.			Identificación:	899999034-1
Dirección:	CARRERA 30 NO 17B-25 SUR	Ciudad:	BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL	Teléfono:	5960050

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.1908716 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DE FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA DE FORMA PRESENCIAL Y/O VIRTUAL JUNTO CON OTRAS ACTIVIDADES QUE SE DERIVEN DE LA FORMACIÓN, EN LOS DIFERENTES PROGRAMAS DE LAS ÁREAS DE ELECTRICIDAD, ELECTRÓNICA, BIOMÉDICA, REFRIGERACIÓN, TELECOMUNICACIONES, TELEINFORMÁTICA Y GESTIÓN DE PROYECTOS PARA LOS SECTORES INDUSTRIAL Y DE SERVICIOS ATENDIDOS POR EL CENTRO DE ELECTRICIDAD Y ELECTRÓNICA Y TELECOMUNICACIONES DEL SENA

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	13/10/2020	21/04/2021	$ 361,841.10

OBSERVACIONES:
LA PRESENTE POLIZA AMPARA EL PAGO DE MULTAS Y LA CLAUSULA PENAL PECUNIARIA CONVENIDA EN EL CONTRATO

Valor Prima Neta:	Gastos Expedición:	IVA:	Total a Pagar:	Valor Asegurado Total:	Fecha Límite de Pago:
$ 20,000.00	$ 7,000.00	$ 5,130.00	$ 32,130.00	$ 361,841.10	13/10/2020

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
WILCHES ROJAS JAIRO	10178	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 AVENIDA 39 NO 7-88 - Teléfono: 2881662 - BOGOTA, D.C.

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

Camilo E Moreno A
FIRMA TOMADOR

Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdelestado.com

Oficina Principal: Cra. 11 No. 90-20 Bogotá D.C. Teléfono: 2186977

Verifique su póliza escaneando el código QR. Aplica unicamente para la emisión original.

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

Escaneado con CamScanner

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. 12-46-101041053, 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 BOGOTA, D.C., a los 13 días del mes de Octubre de 2020

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

Escaneado con CamScanner

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: **RECIBO DE PAGO N°:** 12461010410530

FECHA	
13/10/2020	
RECIBIMOS DE:	MORENO ANDRADE CAMILO ESTEBAN — C.C. 80118265
LA SUMA DE:	TREINTA Y DOS MIL CIENTO TREINTA PESOS M/CTE
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 12-46-101041053

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
CENTRO INTERNACIONAL - CU. ESTATAL - 101041053 - 0 - 0	$ 20,000.00	$ 7,000.00	$ 5,130.00	$ 32,130.00

FORMA DE PAGO

	EFECTIVO:	$ 32,130.00
	CHEQUE:	$ 0.00
	TARJETA:	$ 0.00
	BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO: WILCHES ROJAS JAIRO - 10178	**OTROS:**	$ 0.00
	TOTAL:	$ 32,130.00
	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°: 12461010410530

FECHA	
13/10/2020	
RECIBIMOS DE:	MORENO ANDRADE CAMILO ESTEBAN — C.C. 80118265
LA SUMA DE:	TREINTA Y DOS MIL CIENTO TREINTA PESOS M/CTE
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 12-46-101041053

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
CENTRO INTERNACIONAL - CU. ESTATAL - 101041053 - 0 - 0	$ 20,000.00	$ 7,000.00	$ 5,130.00	$ 32,130.00

FORMA DE PAGO

	EFECTIVO:	$ 32,130.00
	CHEQUE:	$ 0.00
	TARJETA:	$ 0.00
	BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO: WILCHES ROJAS JAIRO - 10178	OTROS:	$ 0.00
	TOTAL:	$ 32,130.00
	CAJERO: RAPIESTADO	

COPIA

Escaneado con CamScanner

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.12-46-101041053

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.

Escaneado con CamScanner

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.

Escaneado con CamScanner

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 30 de octubre 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:

T.I.	**1013149878**	**ALEJANDRO MORENO GARNICA**	**HIJO**
T.I.	**1012923636**	**CAMILO ESTEBAN MORENO GARNICA**	**HIJO**

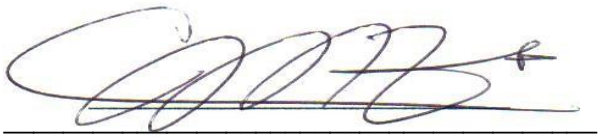
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: ___Camilo Esteban Moreno Andrade___

C.C. ____80118265_____

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1013149878

Indicativo Serial 55871461

55871461

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [ ] Notaria [X] Número 53 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 2 H

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

NOTARIA 53 DE BOGOTA - COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MORENO	GARNICA

Nombre(s)

ALEJANDRO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2015 Mes NOV Día 16	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA NEIVA HUILA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	13196491-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

GARNICA CARRASQUILLA ROSA HAEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 52730647	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

MORENO ANDRADE CAMILO ESTEBAN

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 80118265	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MORENO ANDRADE CAMILO ESTEBAN

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 80118265	X Camilo E. Moreno

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 25	HECTOR ADOLFO SINISTERRA VARELA

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
X Camilo E. Moreno Firma	HECTOR ADOLFO SINISTERRA VARELA Nombre

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS TOMO:267, FOLIO:258

- PRIMERA COPIA TAL COMO REPOSA EN LA DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL -

Scanned by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1012923636

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53180854

53180854

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 03 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 1003

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

NOTARIA 3 DE BOGOTA - COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MORENO	GARNICA

Nombre(s)

CAMILO ESTEBAN

Fecha de nacimiento			Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2016	Mes NOV	Día 29	MASCULINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTÁ, D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	13729146-9

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

GARNICA CARRASQUILLA ROSA HAEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 52730647	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

MORENO ANDRADE CAMILO ESTEBAN

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 80118265	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MORENO ANDRADE CAMILO ESTEBAN

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 80118265	Camilo E. Moreno M

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 2016 Mes DIC Día 05	HECTOR ADOLFO SANTOS VARELA

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Camilo E. Moreno M Firma	HECTOR ADOLFO SANTOS VARELA Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS TOMO:128, FOLIO:64

HECTOR ADOLFO SANTOS VARELA NOTARIA 3 DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ

- ESPACIO PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

IMPRESO POR IMPRENTA NACIONAL IMPRESOS Y EMPRESOS S.A. NIT 900.175.457-5 TEL 430 2110