



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

DIRECCIÓN GENERAL  
SENA FONDO EMPRENDER

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	1
Código Centro	505255
Fecha Elaboración	Abril de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	74212-820413

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	JAIME EDUARDO ARANGUREN GUZMAN	Banco a consignar:	BANCO COLPATRIA
Cédula de Ciudadanía	80.158.316	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	jaranguren@sena.edu.co	Número de Cuenta:	4862032075
IP/Nº de contacto:		Presta Servicios Excluidos de IVA:	NO
Inducción SST:	SI	Pertenece al régimen simple de tributación:	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Es declarante de renta por el año gravable 2025	NO
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?			
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a \$69.718.600			
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2026 es igual o superior a \$209.496.000 (debe registrarse como responsable del IVA)			
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?			
Concepto del pago corresponde a:			
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.			

**DATOS DEL CONTRATO**

Nº del contrato:	9000966/2026	Nº Compromiso SIIF	11826	Número de pagos durante la vigencia del contrato	3
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	1_5055_62_4_2026 PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA LA EVALUACIÓN DE LOS PLANES				

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Mes:	Abril	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 22.000.000
Número de pago	1	Valor Total del Contrato:	\$ 22.000.000
Valor Bruto Pago:	\$ 8.800.000,00	Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 13.200.000

**RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

Ingresos por honorarios	\$ 8.800.000	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	0,73%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 37.595
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 8.800.000</b>		\$ 0
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 5.173.400</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 37.595</b>

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

	Abril	Marzo			TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	N/A	Base retención en la fuente a título de RENTA	5.173.400,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 3.520.000	\$ 0	Base retención en la fuente a título de ICA	7.796.800,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 440.000	\$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 563.200	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	37.595,00	0,73%
ARL	\$ 18.400	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00	15%
	\$ -	\$ -	Reteica - 8299 - BOGOTÁ	75.317,00	0,966%
	\$ -	\$ -		0,00	0%
	\$ -	\$ -		0,00	0%
	\$ -	\$ -		0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	\$ -		0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta	\$ 880.000	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 837.984	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 10.343.865	\$ 1.725.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 0	\$ -			
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$8.687.088,00</b>	

**SON: OCHO MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE**

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

Obligación 1. activ. 1.1 Realicé la evaluación de 65 planes de negocios o de inversión según asignaciones realizadas los días: 01 abril (6 proyectos); 04 abril (25 proyectos); 10 abril (30 proyectos) y 23 de abril (3 proyectos).
Obligación 2. activ. 2.1 Elaboré la evaluación de 65 planes de negocios y entregué los conceptos de los proyectos evaluados. 1. Plan de negocios evaluado 2. Herramienta de evaluación 3. Concepto en Word 4. Concepto en pdf
Obligación 4. activ. 4.1 Participé en la reunión de sensibilización del proceso de evaluación el día 02 de abril de 2026
4.2 Participé en la reunión de sensibilización, 4.3, 4.4 y 4.5 del 10, 15 y 24 de abril sobre sensibilizaciones del proceso de evaluación.
Obligación 5. activ. 5.1 Devolución de 8 planes.

**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

*Jaime Aranguren*

JAIME EDUARDO ARANGUREN GUZMAN  
EL CONTRATISTA

**CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO**

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;
- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro;
- 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,

*Diana Carolina Osorio Echeverry*

DIANA CAROLINA OSORIO ECHEVERRY  
PROFESIONAL G08

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  
ELSA AURORA BOHORQUEZ VARGAS  
DIRECTORA DE EMPLEO Y TRABAJO

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR  
COMPENSAR  
NIT 860.066.942-7**

**CERTIFICA QUE**

Que el(la) señor(a) JAIME EDUARDO ARANGUREN GUZMAN identificado(a) con Cedula Ciudadania 80158316, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20260203	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 28 días del mes de Abril de 2.026

**Observaciones:**

**Con destino a:**

A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multifiliación en el SGSSS..

Cordialmente,  
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO  
32235015

CER-AFI

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES CESANTÍAS Y DEL COMPONENTE  
COMPLEMENTARIO DE AHORRO INDIVIDUAL PORVENIR S.A.**

En condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.144.331 - 3

**CERTIFICA QUE:**

**JAIME EDUARDO ARANGUREN GUZMAN**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.158.316**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR** desde el 01 de junio de 2008.

La presente certificación se expide el 28 de Abril del 2026.

Cordialmente,



Gerente de Clientes

---

*En Porvenir nos transformamos pensando en tu comodidad, por esto, ponemos a tu disposición los canales digitales para que consultes y obtengas la información de tus productos.*



App Porvenir | [www.porvenir.com.co](http://www.porvenir.com.co)

# LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

## CERTIFICA QUE:

JAIME EDUARDO ARANGUREN GUZMAN identificado con CC. 80158316 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
<b>Nombres y/o Razón</b>	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
<b>Tipo y Numero de Documento</b>	NI - 899999034

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
<b>Fecha de inicio de cobertura</b>	2026/04/01	<b>Fecha inicio contrato</b>	2026/04/01
<b>Tipo de vinculación</b>	Independiente con Contrato	<b>Fecha de fin contrato</b>	2026/06/15
<b>Riesgo</b>	1	<b>Código actividad económica</b>	1701001 - ACTIVIDADES DE ADMINISTRACION EMPRESARIAL, INCLUYE LA SUPERVISION, LA GESTION DE OTRAS UNIDADES DE LA
<b>Estado afiliación</b>	Activo	<b>Estado del contrato</b>	Activo
<b>Fecha retiro</b>			

Esta certificación se expide a los 15 días del mes de abril del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en [www.positivaenlinea.gov.co](http://www.positivaenlinea.gov.co) para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC15042026J80158316A17186710**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL  
**POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS**

**Positiva Compañía de Seguros S.A.:**

Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

**Defensor del Consumidor Financiero:** Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia(Suplente) | [defensordelcliente@positiva.gov.co](mailto:defensordelcliente@positiva.gov.co) | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>  
Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de

LA ASEGURADORA  
DE TODOS LOS  
COLOMBIANOS

Bogotá, abril de 2026

Señora

**DIANA CAROLINA OSORIO ECHEVERRY**

Supervisora Contrato No. CO1.PCCNTR.9000966

Dirección de Empleo y Trabajo

Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA

**Asunto:** Presentación de afiliaciones y  
cronograma de pago de planillas seguridad social 2026.

Cordial saludo:

Me permito informar que, para el primer informe de pago de honorarios presento la respectiva afiliación a salud, pensión y ARL, en cumplimiento de los requisitos contractuales establecidos. Asimismo, comunico que en adelante la planilla de aportes se presentará mes vencido, siguiendo el siguiente cronograma:

- En mayo 2026, el pago correspondiente al mes de abril 2026.
- En junio 2026, se presentarán los pagos correspondientes a los meses de mayo y junio 2026, con el fin de cumplir con el cierre contractual.

Agradezco su atención y quedo atento a cualquier observación o instrucción adicional.

Atentamente,

Jaime Aranguren

JAIME EDUARDO ARANGÜREN GZUMAN

CC. 80158316 de Bogotá

Contrato No. CO1.PCCNTR.9000966

**SCOTIABANK COLPATRIA S.A.**  
**NIT. 860.034.594-1**

**CERTIFICA QUE:**

La cuenta de ahorros No. 4862032075 , con fecha de apertura 26 de Septiembre de 2019 , de la cual es titular:

El (la) señor(a): JAIME EDUARDO ARANGUREN GUZMAN  
Identificado(a) con tipo de documento C No. 80.158.316

La cuenta en mención ha sido manejada de acuerdo a las normas establecidas por la entidad.

Damos esta información con la acostumbrada reserva bancaria.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 28 días del mes de Abril de 2026 .

Cordialmente,



Servicio al Cliente

**Scotiabank Colpatria S.A.**

[www.scotiabankcolpatria.com](http://www.scotiabankcolpatria.com)

 Scotiabank  COLPATRIA

CIUDAD DE EXPEDICIÓN: BOGOTA, D.C.			SUCURSAL: CHAPINERO			COD. SUC: 14		NO. PÓLIZA: 14-46-101164887		ANEXO: 0	
FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:		VIGENCIA HASTA:		A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
27	01	2026	01	04	2026	00:00	19	10	2026	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: ARANGUREN GUZMAN JAIME EDUARDO			IDENTIFICACIÓN: C.C. :80,158,316		
DIRECCIÓN: CR 101 69 26 IN 8 AP 303			CIUDAD: BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL		
			TELÉFONO: 3128107868		

ASEGURADO/BENEFICIARIO: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			IDENTIFICACIÓN: NIT. :899,999,034-1		
DIRECCIÓN: CALLE 57 N 8 69			CIUDAD: BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL		
			TELÉFONO: 6017366060		
ADICIONAL:					

**OBJETO DEL SEGURO**

CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.9000966 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: 1\_5055\_62\_4\_2026 PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA LA EVALUACIÓN DE LOS PLANES DE NEGOCIO ASIGNADOS POR EL FONDOEMPRESAR, VALIDANDO EL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES TÉCNICAS Y CRITERIOS ESTABLECIDOS DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE APLICABLE

AMPAROS			
RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS			
AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	01/04/2026	19/10/2026	\$ 2,200,000.00
ACLARACIONES:			

VALOR PRIMA NETA:	GASTOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
\$ 20,000.00	\$ 8,000.00	\$ 5,320.00	\$ 33,320.00	\$ 2,200,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
NUBIA ESPERANZA GONZALEZ MORENO	220464	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 CRA. 7 NO. 57 -67 - TELÉFONO: 2172417 - BOGOTA, D.C.

*(Firma manuscrita)*



**Jaime Aranguen**  
FIRMA TOMADOR

14-46-101164887  
FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO





NIT. 860.009.578-6

## 1. AMPAROS.

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ SEGUROESTADO OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, HASTA EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO PACTADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA, CUBRIENDO CON ELLOS, SIEMPRE LOS PERJUICIOS DIRECTOS QUE CON 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 TÍTULO DE PAGO ANTICIPADO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR.

### 1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

EL AMPARO DE CUMPLIMIENTO, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS DIRECTOS DERIVADOS DE: (A) EL INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (B) EL CUMPLIMIENTO TARDÍO O DEFECTUOSO DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (C) LOS DAÑOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA POR ENTREGAS PARCIALES DE LA OBRA, CUANDO EL CONTRATO NO PREVE 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 OCACIONEN, 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 OCACIONEN 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.

### 3. SUMA ASEGURADA.

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

### 4. VIGENCIA.

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

### 5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

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

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

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

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

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

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

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

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

### 6. COMPENSACIÓN.

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

### 7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

### 8. PLAZO PARA EL PAGO.

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

### 9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

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

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

### 10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

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

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

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

### 12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

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

Expedido en	Sucursal	Código Sucursal	Fecha de Pago	Clave	Intermediario
BOGOTA, D.C.	OFICINA PRINCIPAL	1	27/01/2026	220464	NUBIA ESPERANZA GONZALEZ MORENO
<b>Tomador:</b> JAIME EDUARDO ARANGUREN GUZMAN					<b>NIT/CC</b> 80158316
<b>Suma de:</b> TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE.*****					
<b>Pagador:</b> JAIME GUZMAN					<b>NIT/CC</b> 80158316
<b>Por concepto de:</b> APLICACION PORTAL DE RECAUDOS #977385156					
Suc-Ramo-Póliza-Endoso-Cuota	Prima	Gasto	IVA	Runt	Valor
14-CHAPINERO-46-CU. ENTIDAD.EST.ONL-101164887-0-1	\$20.000,00	\$8.000,00	\$5.320,00	\$0,00	\$33.320,00
Otros conceptos de pago					Valor
CUENTA PUENTE INTERSUCURSALES					\$33.320,00
Forma de pago					
<b>Ahorro:</b> \$0,00		<b>Corriente:</b> \$0,00			
		<b>Tarjeta:</b> \$0,00			
		<b>Otro:</b> \$0,00			
<b>Transacción:</b> 17896781				<b>Total:</b>	<b>\$33.320,00</b>
				<b>Cajero:</b>	<b>PAGUESTADO</b>



**CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO****SEDE:**CENDIATRA CONNECTA 2**DIRECCIÓN:**Av. Calle 26 # 92-32, Connecta Plaza 1-L04, Connecta 26**CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ**TELÉFONO:**7424612-7428691**EMAIL:** citas.connecta@cendiatra.com**FECHA EXAMEN:**2025-09-19**Nombres y apellidos:**JAIME EDUARDO ARANGUREN GUZMAN**Fecha de nacimiento:**25/12/1981**Empresa:**PARTICULAR**Empresa usuaria:****Cargo:**CONTRATISTA**Departamento:**BOGOTÁ D.C.**ARL:****Fondo de Pensiones:**PORVENIR**CC:**80158316**Edad:**43 **Sexo:**MASCULINO**Fecha ingreso:**2025-09-19 / 08:50:24**Fecha salida:**2025-09-19 / 11:43:13**Actividad Económica:**9609 - OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS PERSONALES N.C.P.**EPS:**COMPENSAR E.P.S.**EXÁMENES REALIZADOS**

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

- PSICOMETRICO

- PERFIL LIPIDICO

- ENFASIS OSTEOMUSCULAR

- VISIOMETRIA

- HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO

- ENFASIS CARDIOVASCULAR

- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

**CONCEPTO DE APTITUD:**

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

**RECOMENDACIONES:**

ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: RESULTADO DE LABORATORIO CLINICO

NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:

PLAN NUTRICIONAL Y DE ACTIVIDAD FISICA

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

**JUDITH MARIA CHICO GARRIDO**

CC: 45554372

RM: 45554372

LIC-SST: 45554372

Firma y sello del médico

**JAIME EDUARDO ARANGUREN**

GUZMAN

CC: 80158316

Firma del paciente

**Sedes Bogotá**

Principal - Centro - Connecta 26 - Connecta 26 VIP - Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca - Fontibón

**Sedes Nacionales**

Barranquilla - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena - Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín Bello - Montería - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

---

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Connecta 26 VIP -  
Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 -  
Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca - Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito  
San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena - Ibagué -  
Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín  
Bello - Montería - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

## RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

**SEDE:**CENDIATRA CONNECTA 2

**DIRECCIÓN:**Av. Calle 26 # 92-32, Connecta Plaza 1-L04, Connecta 26

**CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ

**TELÉFONO:**7424612-7428691

**EMAIL:** citas.connecta@cendoatra.com

**FECHA EXAMEN:**2025-09-19

**Nombres y apellidos:**JAIME EDUARDO ARANGUREN GUZMAN

**Fecha de nacimiento:**25/12/1981

**Empresa:**PARTICULAR

**Empresa usuaria:**

**Cargo:**CONTRATISTA

**Departamento:**BOGOTÁ D.C.

**ARL:**

**Fondo de Pensiones:**PORVENIR

**CC:**80158316

**Edad:**43 **Sexo:**MASCULINO

**Fecha ingreso:**2025-09-19 / 08:50:24

**Fecha salida:**2025-09-19 / 11:43:13

**Actividad Económica:**9609 - OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS PERSONALES N.C.P.

**EPS:**COMPENSAR E.P.S.



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.

### Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: RESULTADO DE LABORATORIO CLINICO
2. NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA: PLAN NUTRICIONAL Y DE ACTIVIDAD FÍSICA



Judith María Chico Garrido  
Médica Especialista S. Ocupacional  
R.M. 13846 - Res. 2338-24/04/2004  
C.C. 45554372

JUDITH MARIA CHICO GARRIDO

CC: 45554372

RM: 45554372

LIC-SST: 45554372

Firma y sello del médico

Jaime Aranguren

JAIME EDUARDO ARANGUREN

GUZMAN

CC: 80158316

Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

### Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Connecta 26 VIP -  
Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 -  
Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca - Fontibón

### Sedes Nacionales

Barranquilla - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito  
San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena - Ibagué -  
Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín  
Bello - Montería - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

## VISIOMETRIA

**SEDE:**CENDIATRA CONNECTA 2

**DIRECCIÓN:**Av. Calle 26 # 92-32, Connecta Plaza 1-L04, Connecta 26

**CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ

**TELÉFONO:**7424612-7428691

**EMAIL:** citas.connecta@cendoatra.com

**FECHA EXAMEN:**2025-09-19

**CC:**80158316

**Nombres y apellidos:**JAIME EDUARDO ARANGUREN GUZMAN

**Fecha de nacimiento:**25/12/1981

**Edad:**43 **Sexo:**MASCULINO **RH:**O +

**Teléfono:**3128107868

**Nombre acompañante:**

**Departamento:**BOGOTÁ D.C.

**ARL:**

**Fondo de Pensiones:**PORVENIR

**Empresa:**PARTICULAR

**Empresa usuaria:**

**Cargo:**CONTRATISTA

**Fecha ingreso:**19/09/2025

**Fecha salida:**19/09/2025

**Teléfono acompañante:**

**Actividad Económica:**9609 - OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS PERSONALES N.C.P.

**EPS:**COMPENSAR E.P.S.



### ANTECEDENTES

#### ANTECEDENTES

ANTECEDENTES OCULARES:

NO REFIERE

ANTECEDENTES PATOLOGICOS:

NO REFIERE

ANTECEDENTES FAMILIARES:

NO REFIERE

### AGUDEZA VISUAL LEJANA

#### AGUDEZA VISUAL LEJANA

AMBOS OJOS:

20/20

SIN CORRECCION

OJO DERECHO:

20/20

SIN CORRECCION

OJO IZQUIERDO:

20/25

SIN CORRECCION

ESTENOPEICO:

### AGUDEZA VISUAL CERCANA

#### AGUDEZA VISUAL CERCANA

AMBOS OJOS VISUAL CERCANA:

0.50 CM.

SIN CORRECCION

OJO DERECHO VISUAL CERCANA:

0.50 CM.

SIN CORRECCION

OJO IZQUIERDO VISUAL CERCANA:

0.50 CM.

SIN CORRECCION

### ESTADO MOTOR

#### ESTADO MOTOR

COVER TEST VL:

ORTHO

COVER TEST VP:

ORTHO

OBSERVACIÓN:

### TEST COMPLEMENTARIOS

#### VISIÓN CROMATICA

VISIÓN CROMATICA:

NORMAL

#### ESTEREOPSIS

ESTEREOPSIS SEG:

40

#### CAMPIMETRIA

CAMPIMETRIA:

NORMAL

### DIAGNÓSTICOS

#### DIAGNÓSTICOS

#### Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Connecta 26 VIP - Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca - Fontibón

#### Sedes Nacionales

Barranquilla - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena - Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín Bello - Montería - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

DIAGNÓSTICO 1:

Z010: EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN

DIAGNÓSTICO 4:

DIAGNÓSTICO 2:

DIAGNÓSTICO 5:

DIAGNÓSTICO 3:

---

### RECOMENDACIONES Y EVOLUCION

#### RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES:

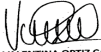
ESTADO DE SALUD VISUAL DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES

#### EVOLUCIÓN

EVOLUCIÓN:

---

---



VALENTINA ORTIZ CASTILLO  
OPTOMETRA SST  
RESOLUCIÓN No. 12297

VALENTINA ORTIZ CASTILLO  
CC: 1018501712  
RM: N/A  
LIC-SST: 12297  
Firma y sello del médico

Jaime Aranguren

JAIME EDUARDO ARANGUREN  
GUZMAN  
CC: 80158316  
Firma del paciente

---

#### Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Connecta 26 VIP -  
Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 -  
Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca - Fontibón

#### Sedes Nacionales

Barranquilla - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito  
San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena - Ibagué -  
Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín  
Bello - Montería - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

Código: Versión: Fecha:

## PSICOMETRICO

**SEDE:**CENDIATRA CONNECTA 2

**DIRECCIÓN:**Av. Calle 26 # 92-32, Connecta Plaza 1-L04, Connecta 26

**CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ

**TELÉFONO:**7424612-7428691

**EMAIL:** citas.connecta@cendoatra.com

**FECHA EXAMEN:**2025-09-19

**CC:**80158316

**Nombres y apellidos:**JAIME EDUARDO ARANGUREN GUZMAN

**Fecha de nacimiento:**25/12/1981

**Edad:**43 **Sexo:**MASCULINO **RH:**O +

**Teléfono:**3128107868

**Nombre acompañante:**

**Departamento:**BOGOTÁ D.C.

**ARL:**

**Fondo de Pensiones:**PORVENIR

**Empresa:**PARTICULAR

**Empresa usuaria:**

**Cargo:**CONTRATISTA

**Fecha ingreso:**19/09/2025

**Fecha salida:**19/09/2025

**Teléfono acompañante:**

**Actividad Económica:**9609 - OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS PERSONALES N.C.P.

**EPS:**COMPENSAR E.P.S.



## CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD

### SECCIÓN 1

INTERPRETACIÓN DEL RESULTADO:

CON LA APLICACIÓN DE LA PRUEBA SE IDENTIFICAN RASGOS DE PERSONALIDAD ASOCIADOS CON EL PERFIL DE INDIVIDUOS FUERTES, EQUILIBRADOS Y DE MOVILIDAD RÁPIDA, SON PERSONAS SOCIALES, DISCORDANTES, LOCUACES, REACTIVAS, VIVACES Y DESPREOCCUPADAS, TIENDEN A SER LÍDERES DE GRAN PRODUCTIVIDAD, BUENA CAPACIDAD DE TRABAJO Y FACILIDAD PARA ADECUARSE A SITUACIONES NUEVAS.

- SE PRESENTA ALTA INCIDENCIA DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS EN LA ESCALA DE CONTROL.

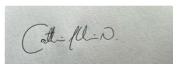
OBSERVACIONES:

DE ACUERDO CON TEST DE PERSONALIDAD REALIZADO A LA FECHA, NO SE EVIDENCIA LA EXISTENCIA DE TRASTORNOS MENTALES NI DE CONDUCTA O ALTERACIONES RELEVANTES EN LA ESCALA DE SALUD MENTAL.

POR TAL MOTIVO NO SE REFLEJA NINGUNA ALTERACIÓN PSICOLÓGICA.

### SECCIÓN 2

ADJUNTA FORMATO:



Catherine Alejandra Chacón Novoa,  
Psicóloga Especialista SST  
Resolución No. 13707 de 06/11/2018

CATHERINE ALEJANDRA CHACON  
NOVOA  
CC: 1015447948  
RM: N/A  
LIC-SST: 13707  
Firma y sello del médico

Jaime Aranguren

JAIME EDUARDO ARANGUREN  
GUZMAN  
CC: 80158316  
Firma del paciente

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Connecta 26 VIP -  
Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 -  
Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca - Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito  
San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena - Ibagué -  
Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín  
Bello - Montería - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

Código: Versión: Fecha:

### REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

**SEDE:** CENDIATRA CONNECTA 2

**DIRECCIÓN:** Av. Calle 26 # 92-32, Connecta Plaza 1-L04, Connecta 26

**CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

**TELÉFONO:** 7424612-7428691

**EMAIL:** citas.connecta@cendoatra.com

**FECHA EXAMEN:** 2025-09-19

**CC:** 80158316

**Nombres y apellidos:** JAIME EDUARDO ARANGUREN GUZMAN

**Fecha de nacimiento:** 25/12/1981

**Edad:** 43 **Sexo:** MASCULINO **RH:** O +

**Teléfono:** 3128107868

**Empresa:** PARTICULAR

**Empresa usuaria:**

**Cargo:** CONTRATISTA

**Fecha ingreso:** 19/09/2025

**Fecha salida:** 19/09/2025



### PERFIL LIPIDICO

#### COLESTEROL TOTAL

RESULTADO.CT	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
	200	MG/DL	DESEABLE: < 200 MG/DL, INTERMEDIO ALTO: 200-239 MG/DL, ALTO: IGUAL O > 240 MG/DL

#### TRIGLICERIDOS

RESULTADO.TG	193	MG/DL	NORMAL:<150MG/, INTERMEDIO:150 - 199MG/DL, ALTO:200 - 499MG/DL, MUY ALTO: IGUAL O >500MG/DL
--------------	-----	-------	---

#### COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL

RESULTADO.HDL	50	MG/DL	NORMAL:>40 MG/DL
---------------	----	-------	------------------

#### COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO

RESULTADO.LDL	111.40	MG/DL	OPTIMO:<100 MG/DL, CERCANO AL OPTIMO: 100 -129 MG/DL, INTERMEDIO ALTO: 130 -159 MG/DL, ALTO: 160 -189 MG/DL, MUY ALTO: IGUAL O >190 MG/DL
---------------	--------	-------	---

#### ADJUNTAR RESULTADO

#### ADJUNTA FORMATO

  
Dra. Tatiana Pérez Polo  
BACTERIOLOGA  
C.C N° 1143257841

TATIANA IBETH PEREZ POLO

RM: N/A

Firma y sello del médico

#### Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Connecta 26 VIP - Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca - Fontibón

#### Sedes Nacionales

Barranquilla - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena - Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín Bello - Montería - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

---

**Sedes Bogotá**

Principal - Centro - Connecta 26 - Connecta 26 VIP -  
Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 -  
Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca - Fontibón

**Sedes Nacionales**

Barranquilla - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito  
San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena - Ibagué -  
Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín  
Bello - Montería - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

**Código: Versión: Fecha:**

### REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

**SEDE:** CENDIATRA CONNECTA 2

**DIRECCIÓN:** Av. Calle 26 # 92-32, Connecta Plaza 1-L04, Connecta 26

**CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

**TELÉFONO:** 7424612-7428691

**EMAIL:** citas.connecta@cendoatra.com

**FECHA EXAMEN:** 2025-09-19

**CC:** 80158316

**Nombres y apellidos:** JAIME EDUARDO ARANGUREN GUZMAN

**Fecha de nacimiento:** 25/12/1981

**Edad:** 43 **Sexo:** MASCULINO **RH:** O +

**Teléfono:** 3128107868

**Empresa:** PARTICULAR

**Empresa usuaria:**

**Cargo:** CONTRATISTA

**Fecha ingreso:** 19/09/2025

**Fecha salida:** 19/09/2025



### HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO

#### SECCIÓN 1

	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
ERITROCITOS	VER ADJUNTO	MILLONES/MM3	4.0-5.5MILLONES/MM3

HEMOGLOBINA

HEMATOCRITO

VCM

HCM

CHCM

RDW

LEUCOCITOS

#### RECUENTO DIFERENCIAL

GRANULOCITOS

LINFOCITOS

MIXTAS

#### RECUENTO DIFERENCIAL MM3

GRANULOCITOS

LINFOCITOS

MIXTAS

#### RECUENTO PLAQUETARIO

PLAQUETAS

ADJUNTAR

#### Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Connecta 26 VIP - Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca - Fontibón

#### Sedes Nacionales

Barranquilla - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena - Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín Bello - Montería - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

TATIANA IBETH PEREZ POLO  
RM: N/A  
Firma y sello del médico

---

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Connecta 26 VIP -  
Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 -  
Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca - Fontibón

Sedes Nacionales

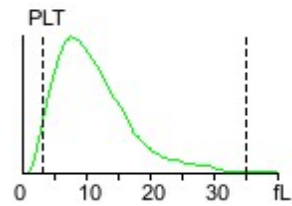
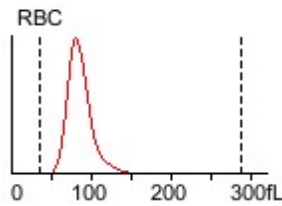
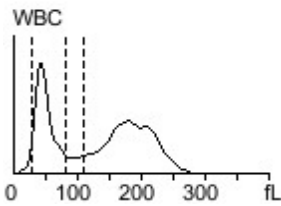
Barranquilla - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito  
San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena - Ibagué -  
Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín  
Bello - Montería - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

Código: Versión: Fecha:

# Informe de análisis de hematología

Nombre de pila: Jaime eduardo      Tipo de muestra:      ID de muestra: 80158316  
 Apellido(s): Aranguren guzman      Departamento:      Hora de análisis: 2025/09/19 09:33  
 Género: Hombre      Hist. clín. N.º:      Edad:  
 Diagnóstico:

Parám.	Resultado	Rango de ref.	Unidad	Parám.	Resultado	Rango de ref.	Unidad
<b>1 WBC</b>	<b>3.71</b>	<b>3.50-9.50</b>	<b>10<sup>3</sup>/uL</b>	19 PCT	0.205	0.108-0.282	%
2 Lym%	35.6	20.0-50.0	%	20 P-LCR	16.5	11.0-45.0	%
3 Gran%	59.2	50.0-70.0	%	21 P-LCC	40	30-90	10 <sup>9</sup> /L
4 Mid%	5.2	3.0-9.0	%				
5 Lym#	1.32	1.10-3.20	10 <sup>3</sup> /uL				
6 Gran#	2.20	2.00-7.00	10 <sup>3</sup> /uL				
7 Mid#	0.19	0.10-0.90	10 <sup>3</sup> /uL				
<b>8 RBC</b>	<b>5.80</b>	<b>3.80-5.80</b>	<b>10<sup>6</sup>/uL</b>				
9 HGB	16.8	11.5-17.5	g/dL				
10 HCT	56.7 ↑	35.0-50.0	%				
11 MCV	97.9	82.0-100.0	fL				
12 MCH	29.0	27.0-34.0	pg				
13 MCHC	29.7 ↓	31.6-35.4	g/dL				
14 RDW-CV	15.2 ↑	11.5-14.5	%				
15 RDW-SD	50.1	35.0-56.0	fL				
<b>16 PLT</b>	<b>241</b>	<b>125-350</b>	<b>10<sup>3</sup>/uL</b>				
17 MPV	8.5	7.0-11.0	fL				
18 PDW	10.7	9.0-17.0	fL				



Tipo de muestra:  
 Descripción:

Examen microscópico Hora:

Emisor:

Hora de muestreo: 2025/09/19 09:32

Hora del informe:

Operator: admin

Hora recibida: 2025/09/19 09:32

Tiempo validado:

Autorizador:

Observaciones:

**\*El informe es responsable de esta muestra únicamente. Si tiene alguna pregunta, contacte con nosotros en 24 horas.**

### REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

**SEDE:** CENDIATRA CONNECTA 2

**DIRECCIÓN:** Av. Calle 26 # 92-32, Connecta Plaza 1-L04, Connecta 26

**CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

**TELÉFONO:** 7424612-7428691

**EMAIL:** citas.connecta@cendiatra.com

**FECHA EXAMEN:** 2025-09-19

**CC:** 80158316

**Nombres y apellidos:** JAIME EDUARDO ARANGUREN GUZMAN

**Fecha de nacimiento:** 25/12/1981

**Edad:** 43 **Sexo:** MASCULINO **RH:** O +

**Teléfono:** 3128107868

**Empresa:** PARTICULAR

**Empresa usuaria:**

**Cargo:** CONTRATISTA

**Fecha ingreso:** 19/09/2025

**Fecha salida:** 19/09/2025



#### GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

RESULTADO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
	91	MG/DL	NORMAL: 70-100 MG/DL, AGA: >100-125MG/DL, DM: >126

**ADJUNTAR RESULTADO**

**CARGAR ARCHIVO**

  
Dra. Tatiana Pérez Polo  
BACTERIOLOGA  
C.C. N° 1143257841

TATIANA IBETH PEREZ POLO

RM: N/A

Firma y sello del médico

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Connecta 26 VIP -  
Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 -  
Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca - Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito  
San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena - Ibagué -  
Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín  
Bello - Montería - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

Código: Versión: Fecha:



# Función Pública



Verificados los resultados del participante en el curso virtual

**Función Pública certifica que:**

**Jaime Eduardo Aranguren Guzman**

C.C 80.158.316

Participó y completó el curso virtual

**Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción**

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 27 de abril 2026

**Francisco Camargo Salas**  
Director de Empleo Público



Código: 761592268000



### Hace constar:

Que el Sr(a) JAIME EDUARDO ARANGUREN GUZMAN Identificado(a) con cédula de ciudadanía 80158316 realizó el día 27/04/2026 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

---

### Compromiso SST:

Yo JAIME EDUARDO ARANGUREN GUZMAN Identificado(a) con cédula de ciudadanía 80158316 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.

---

Firma

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



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA  
MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública  
**DE EMPLEO**

### Hace constar:

Que el Sr(a) JAIME EDUARDO ARANGUREN GUZMAN Identificado(a) con cédula de ciudadanía 80158316 el día 27/04/2026 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



<b>PROCESO</b>			
<b>GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS</b>			
<b>NOMBRE DEL FORMATO</b>			
<b>FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS</b>			
<b>CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN</b>			
Pública	<input checked="" type="checkbox"/>	Pública Clasificada <input type="checkbox"/>	Pública Reservada <input type="checkbox"/>

Abril 2026

**Sistema Integrado de Gestión y Autocontrol**



## INSTRUCCIONES

### Generalidades:

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



## FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 28 de abril de 2015

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:

<b>NUIP - NIP</b>	<b>1019918766</b>	<b>Emilio Aranguren Figueroa</b>	<b>HIJO</b>
-------------------	-------------------	----------------------------------	-------------

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,

Jaime Aranguren

FIRMA

Nombre: \_Jaime Eduardo Aranguren Guzmán

C.C. 80158316

***NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO***

**REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES**



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

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



**REGISTRADURÍA  
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**  
**REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial 58451984

NUIP 1019918766



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría  Notaría  Número 42 Consulado  Corregimiento  Inspección de Policía  Código A 5 F

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía  
COLOMBIA ----- CUNDINAMARCA ----- BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido ARANGUREN Segundo Apellido FIGUEROA

Nombre(s) EMILIO

Fecha de nacimiento Año 2019 Mes AGO Día 15 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo O Factor RH POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)  
COLOMBIA ----- CUNDINAMARCA ----- BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO DE NACIDO VIVO Número certificado de nacido vivo 15436020-2

Datos de 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 FIGUEROA CUBILLOS JULIE ROCIO

Documento de identificación (Clase y número) C.C. No. 52814086 Nacionalidad COLOMBIANA

Datos de padre o madre (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 ARANGUREN GUZMAN JAIME EDUARDO

Documento de identificación (Clase y número) C.C. No. 80158316 Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos ARANGUREN GUZMAN JAIME EDUARDO

Documento de identificación (Clase y número) C.C. No. 80158316 Firma Jaime Aranguren

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) Firma

Fecha de inscripción Año 2019 Mes AGO Día 16

Nombre y firma del funcionario que autoriza JUAN CARLOS VARGAS JARAMILLO

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

**EN BLANCO**  
**NOTARIA CUARENTA Y DOS**

Juan Carlos Vargas Jaramillo  
Notario  
42

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

