SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)
REGIONAL VALLE
CENTRO DE TECNOLOGIAS AGROINDUSTRIALES-VALLE - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1
Resoluciòn DIAN Nº 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)

Código Regional	**76**
Código Centro	**954310**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**10527-222941**
No. de documento	**14461**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	RITO ALFONSO SALAZAR MOYA	**C.C.**	93.387.895	**IP/Nº de contacto**	23607
Correo electrónico contratista:	rsalazar@sena.edu.co				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	SI	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2020 Superaron $49'849.000	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		NO	
Banco al cual consignar:	BANCO CAJA SOCIAL	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		24049176869	
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 2021 supera los $ 119´806.000**		NO			

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	2206298/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**3521**	
Valor Total del Contrato	$ 42.770.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 42.770.000	**1**	**Del**	**02/02/2021**	**Al**	**28/02/2021**	**$ 3.770.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 39.000.000		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	CO1.PCCNTR.2206298 PRESTACIÓN TEMPORAL DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUCTOR DE SEGUIMIENTO A ETAPA PRODUCTIVA, EJECUTANDO LAS ACCIONES DE FORMACIÓN PARA LOS PROGRAMAS EN LA VIGENCIA 2021, DEL CENTRO DE TECNOLOGÍAS AGROINDUSTRIALES

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.770.000	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo		$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.770.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.222.400**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**Dec.1273/2018**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.508.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 188.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 241.300	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 7.900	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800	$ -	
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 $ 1.161.856	$ 377.000	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 740.800	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.222.400,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.340.200,00	
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 - 8523	6.680,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-UCEVA	18.850,00	0,500%
Universidad del Pacífico	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	**$ 3.744.470,00**	

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS SETENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Durante el mes en curso realicé las siguientes funciones: Seguimiento aprendices etapa productiva

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.

RITO ALFONSO SALAZAR MOYA
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,

LUZ ADRIANA BUITRAGO GRAJALES
PROFESIONAL G04

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

GERARDO AUGUSTO CASTRO MUÑOZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

Bogotá, Febrero 17 de 2021

Señor:
SALAZAR MOYA RITO ALFONSO
CC. 93387895
MZ 9B CA 4 BRR BELMONTE - 3456652
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 Octubre 12 de 2005. 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
SALAZAR SANABRIA JOHAN ALEJANDRO	1089625215	R	Abr-16-2015	52	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
SALAZAR SANABRIA MELANNY STEPHANIA	1105468531	T	Oct-11-2008	314	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
SANABRIA MEDINA AYDA XIMENA	1110470482	C	Ago-16-2007	372	0	COMPAÑERO(A)	VIGENTE			Ninguna
SALAZAR MOYA RITO ALFONSO	93387895	C	Oct-12-2005	451	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
AGROINSUMOS DEL EJE CAFETERO SAS	93387895	Dependiente	CERRADO
ASOINGES DE COLOMBIA ORGANIZACION SINDIC	93387895	Dependiente	CERRADO
CEMPREC SAS	93387895	Dependiente	CERRADO
COASSMIN COLOMBIA	93387895	Dependiente	CERRADO
FINANCIAMOS SA	93387895	Dependiente	CERRADO
FMC COLOMBIANA S A S	93387895	Dependiente	CERRADO
IVAN BOTERO GOMEZ Y CIA LTDA	93387895	Dependiente	CERRADO
MEGALINEA SA	93387895	Dependiente	CERRADO
MERCADEO OPERACIONAL BTL S A S	93387895	Dependiente	CERRADO
RITO ALFONSO SALAZAR MOYA	93387895	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
RITO ALFONSO SALAZAR MOYA	93387895	Trabajador Independiente	CERRADO
SIMOVIL COMUNICACIONES SAS	93387895	Dependiente	CERRADO

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

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario 14731794174

(415)7707212489984(8020) 000001473179417 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 3 3 8 7 8 9 5	4	Impuestos y Aduanas de Pereira 1 6	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	93387895	1 9 9 1 0 1 3 0

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SALAZAR	MOYA	RITO	ALFONSO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Risaralda 6 6	Pereira 0 0 1

41. Dirección principal
MZ 9 B CA 4 BRR BELMONTE

42. Correo electrónico alfonsosalazar60@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

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 5 1	2 0 2 1 0 1 2 0	4 9 2 3	2 0 1 4 0 3 1 1				4 1 2 3	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 5	4 9																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros										Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código												57. Modo			
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 01 - 20 / 17 : 38: 26

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

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

984. Nombre SALAZAR MOYA RITO ALFONSO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14731794174

(415)7707212489984(8020) **000001473179417 4**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 3 3 8 7 8 9 5	4	Impuestos y Aduanas de Pereira	1 6	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	63. Formas asociativas	64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados
65. Fondos	66. Cooperativas	67. Sociedades y organismos extranjeros
68. Sin personería jurídica	69. Otras organizaciones no clasificadas	70. Beneficio

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 9	
72. Número		
73. Fecha		
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 0 0 0 9 1 8	
77. No. Matrícula mercantil	1 2 6 8 5 0	
78. Departamento	7 3	
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	
Vigencia		
80. Desde		
81. Hasta		

Composición del Capital

82. Nacional ____ %

83. Nacional público ____ %

84. Nacional privado ____ %

85. Extranjero ____ %

86. Extranjero público ____ %

87. Extranjero privado ____ %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1		Año Mes Día		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14731794174

(415)7707212489984(8020) **000001473179417 4**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 3 3 8 7 8 9 5	4	Impuestos y Aduanas de Pereira	1 6	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por mayor de productos quimicos basicos, plasticos y caucho e 5 1 5 3	

162. Nombre del establecimiento: LA GRANJA TIENDA DEL CAMPO

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1	

165. Dirección: CR 1 13 37 CEN

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
1 2 6 8 5 1	2 0 0 0 0 9 1 8	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	
2 6 3 1 1 5 9	2 0 0 8 1 2 0 3	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO



CARTAGO - 2020-02-01

INFORMACION PERSONAL

Nombre del paciente
RITO ALFONSO SALAZAR MOYA

Tipo documento	**Numero documento**	**Celular**
CEDULA DE CIUDADANIA	93387895	3104974099
Genero	**Edad**	**Entidad**
MASCULINO	48 Años 9 Meses 21 Dias	PARTICULAR

INFORMACION GENERAL

TIPO DE EXAMEN
EXAMEN DE INGRESO

ENFASIS	EPS	ARL	AFP	TIPO DE SANGRE
MUSCULO ESQUILETICO CARDIOVASCULAR PSICOMETRICO	SALUD TOTAL	POSITIVA	PROTECCION	A+

EXAMENES DE LABORATORIO

EXAMEN	RESULTADO
OTROS	PSICOMETRICO NORMAL
VISIOMETRIA	NORMAL SIN CEGUERAS
PERFIL LIPÍDICO	DISLIPIDEMIA MIXTA LEVE
GLICEMIA EN AYUNAS	NORMAL
CUADRO HEMÁTICO COMPLETO	NORMAL

RECOMENDACIONES.

EL TRABAJADOR PUEDE DESEMPEÑAR EN FORMA EFICIENTE SU LABOR, SIN CAUSAR PERJUICIO A SU SALUD O LA DE TERCEROS. NO EXISTEN PATOLOGÍAS CARDIOVASCULARES, PRUEBA PSICOSENSOMÉTRICA NORMAL, ATENCIÓN CONCENTRADA Y RESISTENCIA A LA MONOTONÍA DENTRO DE PARÁMETROS ADECUADOS, CAPACIDAD DE REACCIÓN Y VELOCIDAD DE RESPUESTA ANTE ESTÍMULOS NORMALES, REACCIÓN AL FRENADO NORMAL, COORDINACIÓN VISOMOTRIZ BIMANUAL DENTRO DE PARÁMETROS ADECUADOS Y PERCEPCIÓN DE VELOCIDAD NORMAL. NO HAY CEGUERAS TEMPORALES O PERMANENTES, NO HAY ALTERACIONES DE LA AGUDEZA VISUAL O PERCEPCIÓN DEL COLOR Y NI DE LA PROFUNDIDAD. SE IDENTIFICÓ UNA CONDICIÓN DE SALUD DE ORIGEN COMÚN (DISLIPIDEMIA MIXTA) POR LO CUAL DEBE CONSULTAR EN SU EPS

CONCEPTO MEDICO DE INGRESO/REINTEGRO

SIN RESTRICCIONES

OBSERVACIONES
DEBE CONSULTAR EN SU EPS PARA TRATAMIENTO DE DISLIPIDEMIA MIXTA

RESTRICCIONES
NINGUNA

RITO ALFONSO SALAZAR MOYA
CC 93387895

Dr. Héctor Julián López M.
Medico Cirujano UTP
Especialista en Medicina Laboral
Licencia No. 1427-2018
T.P. No. 10617033

HÉCTOR JULIÁN LÓPEZ MEJÍA
SST NO 1427-2018

PRUEBA PSICOTÉCNICA

Nombre: RITO ALFONSO SALAZAR MOYA
Número de identificación: 93387895
Edad: 48 AÑOS
Fecha: 31 ENERO 2020
Nivel de escolaridad: ESPECIALISTA
Cargo: instructor
Empresa: SENA
Elaborado por: Tatiana Giraldo Silva
Pruebas aplicadas: agx

Resultados:

1. ATENCION CONCENTRADA Y RESISTENCIA VIGILANTE A LA MONOTONIA

¿Qué busca la prueba?

Sirve para determinar hasta qué punto una persona mantiene la calma y la concentración, maneja las rutinas sin equivocarse, como sucede al conducir por una vía recta y plana.

Objetivo de la prueba: Detectar fallas ó bloqueos en la Atención y Concentración (DISPERSION). El evaluado debe responder (con miembros superiores e inferiores) a una serie de estímulos visuales y auditivos presentados de manera monótona y repetitiva.

	Rango	Puntaje obtenido
Tiempo medio reacción respuesta	890	006
Numero de Errores	4	0

Se evidencia que se encuentra dentro de los parámetros adecuados, en un término medio, es una persona que no presenta fallas en la atención o concentración, y puede mantener la calma y la concentración, maneja las rutinas sin equivocarse, como sucede al conducir por una vía recta y plana.

2. REACCIONES MULTIPLES

¿Qué busca la prueba?

Mide la capacidad de reacción y velocidad de respuesta de los brazos y piernas, mediante la medición del tiempo que transcurre entre la presentación de un estímulo auditivo o visual determinado y la producción de la respuesta correspondiente.

Scanned by CamScanner

Objetivo de la prueba: Evalúa la capacidad de discriminar los tiempos de reacción de la persona, la velocidad de respuestas (con miembros superiores e inferiores), ante estímulos visuales y auditivos. El Aspirante debe responder a una serie de estímulos visuales y auditivos, presentados en forma aleatoria, sin ninguna correlación de tiempo entre estímulos.

	Rango	Puntaje obtenido
Tiempo medio reacción respuesta	1483	108
Numero de Errores	6	0

Es una persona que puede tener la capacidad de reacción y velocidad de respuesta de los brazos y piernas, ante la presentación de un estímulo auditivo o visual determinado y la producción de la respuesta correspondiente. Se encuentra dentro de los parámetros esperados su respuesta.

3. REACCION AL FRENADO

¿Qué busca la prueba?

Evalúa el tiempo promedio de reacción que tiene una persona para dejar de acelerar y comenzar a frenar frente a una situación de emergencia, medido desde el momento en que decide aplicar los frenos del vehículo hasta el instante en que comienza a aplicarlos.

	Rango	Puntaje obtenido
Tiempo medio reacción	948	147

Es una persona que tiene la capacidad para reaccionar en un momento en que tiene que responder a un estímulo, como dejar de acelerar y frenar. Se encuentra dentro de los parámetros esperados su respuesta.

4. COORDINACION VISOMOTRIZ BIMANUAL

¿Qué busca la prueba?

Esta prueba sirve para evaluar la coordinación del sujeto en ambas manos, de forma simultánea independiente. Como lo hace al conducir con una mano y efectuar los cambios con la otra.

Objetivo de la prueba: Evaluar la función motora en ambas manos, con movimientos de coordinación y disociación (se tiene en cuenta el tiempo en el error). El evaluado debe mantener bajo control dos móviles, evitando que salgan

Scanned by CamScanner

de circuito, cuando se produce esta situación sonará un timbre que le indicará que está cometiendo un error, del que deberá salir rápidamente.

	Rango	Puntaje obtenido
Tiempo total del error	5553	32
Numero de Errores	27	4

Es una persona que tiene la coordinación en ambas manos, de forma simultánea independiente. Como lo hace al conducir con una mano y efectuar los cambios con la otra. Resultados dentro de los parámetros adecuados.

5. PERCEPCION DE LA VELOCIDAD

¿Qué busca la prueba?

Evalúa los posibles problemas que tenga un sujeto para percibir la velocidad al adelantar o al seguir un vehículo.

Objetivo de la prueba
Determinar desviaciones perceptivas de la velocidad, (tiempo y distancia) esencial para maniobras de adelantamiento o seguimiento de un vehículo. Debe seguir el desplazamiento de un móvil y calcular la velocidad a la que se desplaza.

Rango	Obtenido
867	296

Porcentaje de desviación
Es una persona que tiene la capacidad para percibir la velocidad al adelantar o al seguir un vehículo. Se encuentra dentro de los parámetros adecuados.

Psicóloga
Tatiana Giraldo Silva
TP 13190...
Tatiana Giraldo
TATIANA GIRALDO SILVA
Psicóloga

Scanned by CamScanner

CERTIFICADO DE OPTOMETRÍA

Protección Integral



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	30/01/2020 PEREIRA	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	RITO ALFONSO SALAZAR MOYA	**Identificación:**	93387895
Género	MASCULINO **Edad:** 48	**Teléfono**	**Móvil:** 3104974099
Fecha Nacimiento:	10/04/1971	**Cargo:**	INSTRUCTOR
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Dirección	MZ 6A CS 6 BELMONTE	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Empresa	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA		

EVALUACIÓN

Formula Final OD	**-100-050*85**	**Formula Final OI**	**-125-025*105**
Distancia Pupilar	**67**	**ADD**	

Recomendaciones REALIZADO

Impresión Diagnóstica MIOPIA, PRESBICIE/ USA CORRECCION INADECUADA SE SUGIERE CAMBIO DE FORMULA VISION LEJANA Y CORREGIR VISION PROXIMA

Remisiones -

Luz Zoraida Martinez
OPTOMETRA
Registro # 3445

LUZ ZORAIDA MARTINEZ ZULUAGA 3445

Profesional

RITO ALFONSO SALAZAR MOYA 93387895

Firma y cédula del Paciente

LABORATORIO CLÍNICO

Protección Integral



Informe de Laboratorio: 127595

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 30/01/2020 PEREIRA
Paciente: RITO ALFONSO SALAZAR MOYA
Género MASCULINO **Edad:** 48
Fecha Nacimiento: 10/04/1971
Estado Civil: UNIÓN LIBRE
Dirección MZ 6A CS 6 BELMONTE
Empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 93387895
Teléfono **Móvil:** 3104974099
Cargo: INSTRUCTOR
EPS: SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Escolaridad: UNIVERSITARIO

USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE

EXÁMENES REALIZADOS

Exámenes	Resultados	Valores de Referencia	Notas
CUADRO HEMÁTICO	.		
HEMOGRAMA			
ERITROCITOS	5.640.000 mm3	Hombres de 4.500.000 a 5.500.000 mm3 - Mujeres: de 3.500.000 a 4.500.000 mm3	
R. HEMATOCRITO	48.9 %	Hombres: 42 a 54% - Mujeres 37 a 48%	
R. HEMOGLOBINA	17.3 g/dl	Mujeres: 12 a 16 g/dl Hombres: 14 a 18 g/dl	
V.C.M.	86.7 u3	De 79 a 98 u3	
H.C.M.	30.7 pg	De 27 a 34 pg	
C.H.C.M.	35.4 %	de 32 a 36 %	
PLAQUETAS	267.000 mm3	De 150.000 a 450.000 mm3	
LEUCOGRAMA			
LEUCOCITOS.	5.600 mm3	de 4300 a 10800 mm3	
NEUTRÓFILOS	52.4 %		
LINFOCITOS	37.3 %		
CELULAS INTERMEDIAS	10.3 %		
GLICEMIA	121mg/dl	65 - 110 mg/dl	
PERFIL LIPIDICO	.		
COLESTEROL TOTAL	254 mg/dl	150 - 200 mg/dl	
TRIGLICERIDOS	219 mg/dl	150 - 200 mg/dl	
COLESTEROL HDL	57.3 mg/dl	36 - 56 mg/dl	
COLESTEROL LDL	152.9 mg/dl		
COLESTEROL VLDL	43.8 mg/dl		

Dra. LAURA JIMENA LARGO TREJOS
BACTERIOLOGA R.P. 1113

LAURA JIMENA LARGO TREJOS 1113
Profesional

RITO ALFONSO SALAZAR MOYA 93387895
Firma y cédula del Paciente

Hace constar:

Que el Sr(a) RITO ALFONSO SALAZAR MOYA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 93387895 realizó el día 17/02/2021 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 RITO ALFONSO SALAZAR MOYA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 93387895 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 -

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 RITO ALFONSO SALAZAR MOYA, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 93.387.895, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 02/02/2021 y fecha fin de contrato 31/12/2021 con riesgo 1.

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): 202101012403954.

Esta certificación se expide a los 17 días del mes de Febrero de 2021.

Cordialmente

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Impreso por Internet el 17/02/2021 6:07:36 p. m.

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

RITO ALFONSO SALAZAR MOYA Identificado con CC 93387895

Actualmente tiene(n) Cuentamiga, radicado(a) en la oficina PEREIRA, con las siguientes características:

Número:	24049176869
Fecha de apertura:	26 de Noviembre de 2014
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, el 17 del mes Febrero de 2021.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

CONFIANZA
Swiss Re Corporate Solutions
NIT: 860.070.374-9

GARANTIA UNICA DE SEGUROS DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
Decreto 1082 de 2015

PÓLIZA 23 GU061193
CERTIFICADO 23 GU084902
CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 2360084902

SUCURSAL: 23. PEREIRA | USUARIO: LLANOR | TIP CERTIFICADO: Nuevo | FECHA DD MM AAAA 02 02 2021

TOMADOR/GARANTIZADO:	SALAZAR MOYA RITO ALFONSO	C.C. O NIT: 93387895	4
DIRECCIÓN:	MZ 9 A CA 4 BRR BELMONTE	CIUDAD: PEREIRA	
E-MAIL:	ALFONSOSALAZAR60@HOTMAIL.COM	TELÉFONO: 3456652	
ASEGURADO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA-	C.C. O NIT: 899999034	1
DIRECCIÓN:	CENTRO DE TECNOLOGIAS AGROINDUSTRIALES	CIUDAD: CARTAGO	TEL. 2119999
BENEFICIARIO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA-	C.C. O NIT: 899999034	1
DIRECCIÓN:	CENTRO DE TECNOLOGIAS AGROINDUSTRIALES	CIUDAD: CARTAGO	TEL. 2119999

VIGENCIA		VALOR ASEGURADO EN PESOS		
DESDE DD MM AAAA 02 02 2021	HASTA DD MM AAAA 30 04 2022	ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	NUEVA 4,277,000.00

INTERMEDIARIO		COASEGURO			PRIMA		
%	NOMBRE	COMPAÑIA	%		TRM 3,561.37	MONEDA	VALORES
100.00	LO PROTEGEMOS LIMITAD				PRIMA	PESOS	21,186.00
					CARGOS DE EMISIÓN	PESOS	10,000.00
					IVA	PESOS	5,925.00
					TOTAL		37,111.00

PAGADO

AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE	
	Desde	Hasta				%	Mínimo
CUMPLIMIENTO DE CONTRATO	02-02-2021	30-04-2022	0.00	4,277,000.00	21,186.00	0.00	0.00

OBJETO DE LA GARANTÍA:
AMPARAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DE MEDIO CONTENIDAS EN CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Nro CO1.PCCNTR.2206298 DEL AÑO 2021 CELEBRADO POR LAS PARTES, RELACIONADO CON EJECUTAR POR PARTE DEL CONTRATISTA LAS ACTUACIONES CORRESPONDIENTES PARA PRESTACION TEMPORAL DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUCTOR DE SEGUIMIENTO A ETAPA PRODUCTIVA, EJECUTANDO LAS ACCIONES DE FORMACIÓN PARA LOS PROGRAMAS EN LA VIGENCIA 2021, DEL CENTRO DE TECNOLOGIASA AGROINDUSTRIALES.

ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA.
LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL. CUALQUIER ALTERACION A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY
CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM. CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAÍS.
"VER NOTA" EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTICULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION.
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A -REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCION, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C.
SI ESTA POLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA POLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISION QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA POLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.
LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS.
LA PRESENTE GARANTIA NO EXPIRARA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDA CON FUNDAMENTO EN ELLA O POR REVOCACION UNILATERAL POR PARTE DEL TOMADOR O DE LA COMPAÑIA, DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL NUMERAL 19 DEL ARTICULO 25 DE LA LEY 80 DE 1993.
AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O. II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO. QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A. INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.
EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA SU-OD-05-07 ADJUNTA.

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. "CONFIANZA"

TOMADOR

(415)7709998911901(8020)2360084902

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-01-02

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

Escaneado con CamScanner

LO PROTEGEMOS LTDA.

NIT. 891.902.453-7
Calle 12 # 3-45 Of. 101 Tel. 2125059
Cel. 316 4823684 - Cartago Valle

LO PROTEGEMOS Ltda
AGENCIA DE SEGUROS

Cartago, 9 de febrero de 2021

CERTIFICADO DE PAGO No. 0899

Recibí de Luis Alfonso Salazar Rioja

La suma de Treinta y siete mil pesos
once pesos m/cte

Por concepto Vr póliza GU061193.

Compañía: Confianza

Total 37.011.

EL VALOR RECIBIDO ES CONTABLE Y TRIBUTARIAMENTE IMPUTABLE A LA ASEGURADORA POR CUENTA DE LA CUAL SE RECAUDA.

Firma Recibido

Escaneado con CamScanner

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Cartago, febrero de 2021
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:

T.I.	**1.105.468.531**	**Melanny Stephania Salazar Sanabria**	**HIJO**

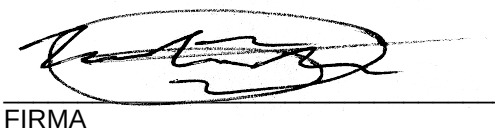
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: RITO ALFONSO SALAZAR MOYA

C.C. 93.387.895

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

NUIP 1105468531

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41629892

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 03 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código T38

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

COLOMBIA * * * * * * TOLIMA * * * * * * IBAGUE * * * * * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SALAZAR * * * * * *	SANABRIA * * * * * *

Nombre(s)

MELANNY STEPHANIA * * * * * * * * * * * * * *

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2008 Mes OCT Día 10	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA * * * * * * TOLIMA * * * * * IBAGUE * * * * * *

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO NACIDO VIVO * * * * * * * * *	51153444-8 * *

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

SANABRIA MEDINA AYDA XIMENA * * * * * * * * * * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1,110,470,482 DE IBAGUE * * * * * *	COLOMBIANA * *

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

SALAZAR MOYA RITO ALFONSO * * * * * * * * * * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 93,387,895 * DE IBAGUE * * * * * *	COLOMBIANA * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

SALAZAR MOYA RITO ALFONSO * * * * * * * * * * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 93,387,895 * DE IBAGUE * * * *	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

* *

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
* * * * * DE * * * * * * *	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

* *

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
* * * * * D * * * * * * *	

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2008 Mes OCT Día 24	MANUEL RAMON CARDOZO NEIRA

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se reconoce la paternidad
Firma	MANUEL RAMON CARDOZO NEIRA

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS FOLIO Nº 092 LIBRO Nº 143 De 24-10-2008

= ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO =

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.105.468.531**

SALAZAR SANABRIA

APELLIDOS

MELANNY STEPHANIA

NOMBRES

melanny stephania
Salazar Sanabria
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-OCT-2008**

IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

10-OCT-2026 **O+** **F**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

13-MAY-2016 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2400100-00833964-F-1105468531-20160602 **0049**952336A 1 46189375