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 SANTANDER
CENTRO INDUSTRIAL DEL DISEÑO Y LA MANUFACTURA-SANTANDER
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	**68**
Código Centro	**922510**
Fecha Elaboración	**28 de Febrero de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**90008-356742**
No. de documento	**7497**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	CARLOS JULIAN RAMIREZ BENITEZ	**C.C.**	91.507.824	**IP/Nº de contacto**	0
Correo electrónico contratista:	carlosj.ramirez@misena.edu.co				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	NO	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2020 Superaron $49'849.000	SI	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		SI	
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		9050812143	
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:	2208121/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**12821**	
Valor Total del Contrato	$ 29.100.918	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 29.100.918	**1**	**Del**	**02/02/2021**	**Al**	**28/02/2021**	**$ 2.402.828,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 26.698.090		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

SERVICIOS PERSONALES: SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO DISEÑADOR WEB PARA LA CONSTRUCCIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTOS DE HIPERTEXTO, DISEÑO DE INTERFACES PARA CONTENIDOS WEB CREACIÓN DE PIEZAS GRÁFICAS PL 10 M Y 27 D V/M $2.669.809

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.402.828	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	**$ 2.402.828**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.416.409**	**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	----------	**9416202635**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 961.131	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 120.200	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 153.800	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 5.100	$ 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	$ 240.283	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 472.136	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

		TARIFA
Valor Base retención en la fuente	1.416.409,00	
Valor Base retención en la fuente ICA	2.128.828,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	12.773,00	0,600%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 2.390.055,00**	

SON: DOS MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA MIL CINCUENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Diseño web CF4: Habilidades cognitivas en ciencias naturales. CF4
Diseño web CF1: Tecnologo Interpretación y traducción de lengua de señas
Asistencia de reuniones virtuales con todo el equipo de trabajo para la orientación de las asignaciones y presentación de avances

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.

CARLOS JULIAN RAMIREZ BENITEZ
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,

RAFAEL NEFTALI LIZCANO REYES
INSTRUCTOR

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

JUAN MANUEL CASTILLO CALDERON
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 91507824		RAMIREZ BENITEZ CARLOS JULIAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 25 no 33 95	BUCARAMANGA-SANTANDER	6347292	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-01	2021-01	889949731	9416202635	I	2021/02/05	2021/02/11	BANCOLOMBIA	6	$263,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$4,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$4,800		$0	$0
Ciudad: BUCARAMANGA Depto: SANTANDER (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$4,800		$0	$0
1	CC 91507824	RAMIREZ CARLOS	230201	30	$908,526	$145,400	EPS017	30	$908,526	$113,600		0	$0	$0	14-23	30	$908,526	$4,800	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$4,800		$0	$0

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14682308190

(415)7707212489984(8020) 000001468230819 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 1 5 0 7 8 2 4	0	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4	

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	9 1 5 0 7 8 2 4	2 0 0 0 0 4 1 0

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Bucaramanga 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RAMIREZ	BENITEZ	CARLOS	JULIAN

35. Razón social

36. Nombre comercial: CARLOS JULIAN RAMIREZ BENITEZ

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Bucaramanga 0 0 1

41. Dirección principal: CR 25 33 95

42. Correo electrónico: cjramirezb@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 / 2	51. Código	52. Número establecimientos
6 3 1 2	2 0 0 8 0 5 0 6	7 3 1 0	2 0 0 8 0 5 0 6	6 6 2 1 / 8 6 9 9	3 1 1 8	1

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	4 9																									

49 - No responsable de IVA

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 01 - 17 / 19 : 54: 31

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 RAMIREZ BENITEZ CARLOS JULIAN
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 17-01-2021 07:56:19PM

Laboral Salud I.P.S.
Medicina Laboral y Sistemas de Gestión
Nit. 901017957-6
Dirección: Carrera 29 # 40 - 44 Bucaramanga - Colombia
Cel: 3114764772 Tel: 6323511 E-mail: administrativo@laboralsaludips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 42.812

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL
21 DÍA	01 MES	2020 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EMO EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

RAMIREZ BENITEZ CARLOS JULIAN	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	37 AÑOS	CC	91507824
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
DISEÑADOR GRAFICO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIONES LABORALES

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) **N/A**

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EMO EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	PARACLINICOS (OPTOMETRÍA)	✓
LAB CLÍNICO (COLESTEROL TOTAL)	✓	PARACLINICOS (AUDIOMETRÍA)	✓
LAB CLÍNICO (CUADRO HEMÁTICO)	✓	PARACLINICOS (VALORACIÓN DE VOZ)	✓
LAB CLÍNICO (GLICEMIA)	✓	PARACLINICOS (ELECTROCARDIOGRAMA)	✓
LAB CLÍNICO (PARCIAL DE ORINA)	✓	TEST PSICOLÓGICO (WARTEGG)	✓
LAB CLÍNICO (TRIGLICERIDOS)	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES HACER DEPORTE DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

APTO SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO. SE REALIZA VALORACIÓN MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO SIN EVIDENCIA AL EXAMEN FÍSICO DE PATOLOGÍA A NIVEL CARDIOVASCULAR, OSTEOMUSCULAR, DERMATOLÓGICAS, NEUROLÓGICA O MUSCULO ESQUELÉTICA APTO SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO. SE REALIZA VALORACIÓN MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO SIN EVIDENCIA AL EXAMEN FÍSICO DE PATOLOGÍA A NIVEL CARDIOVASCULAR, OSTEOMUSCULAR, DERMATOLÓGICO, NEUROLÓGICO O MUSCULO ESQUELÉTICA. ESTILO DE VIDA SALUDABLE, REALIZACIÓN DE PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL. CUMPLIR CON LAS NORMAS ESTABLECIDAS Y PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico **Aspirante o Trabajador**

Laboral Salud I.P.S.
Medicina Laboral y Sistemas de Gestión
Nit. 901017957-6
Dirección: Carrera 29 # 40 - 44 Bucaramanga - Colombia
Cel: 3114764772 Tel: 6323511 E-mail: administrativo@laboralsaludips.com



DATOS PERSONALES

Orden de Servicio N°: 44496

Municipio: BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Fecha y Hora: martes, 21 de enero de 2020 07:03:43 a.m.

Nombres y Apellidos: RAMIREZ BENITEZ CARLOS JULIAN CC: 91507824 Género: MASCULINO

F. Nacimiento: 19/02/1982 Edad: 37 AÑOS 11 MESES 1 DÍAS Entidad: PARTICULARES CONTADO

RESULTADOS DEL LABORATORIO

HEMATOLOGÍA

LAB CLÍNICO (CUADRO HEMÁTICO)

HEMATOLOGÍA

LABORATORIO	RESULTADO	REFERENCIA
CUADRO HEMATICO		
Hemoglobina (Hb)	17	Hombres 13,5 - 18,0 gr/dl Mujeres 11,5 - 16,4 gr/dl
Hematocrito (Hto)	51	Hombres 38 - 50% Mujeres 36 - 48%
Morfología de Glóbulos Rojos		
Leucocitos	8000	5.000 - 10.000 / mm³
Segmentados	60	40 - 75 %
Cayados		0 - 3 %
Eosinófilos	0	0 - 5 %
Basofilos	0	0 - 1 %
Linfocitos	38	20 - 45 %
Monocitos	2	2 - 10 %
Recuento de Plaquetas	320.000	150.000 - 450.000 / mm³
Eritrosedimentación (V.S.G)	Hora	Hombres 0 - 4 mm³ Mujeres 0 - 20 mm³

Jesus David Rueda Villabona
Bacteriólogo(a) RP: 66701

MICROSCOPÍA

LAB CLÍNICO (PARCIAL DE ORINA)

UROANALISIS

LABORATORIO	RESULTADO	REFERENCIA
PARCIAL DE ORINA		
Color	AMARILLO	
Aspecto	LIG TURBIO	
Densidad	1010	
Reaccion PH	5	
Glucosa	NEGATIVO	Mg/dl
Cetona	NEGATIVO	

Laboral Salud I.P.S.
Medicina Laboral y Sistemas de Gestión
Nit. 901017957-6
Dirección: Carrera 29 # 40 - 44 Bucaramanga - Colombia
Cel: 3114764772 Tel: 6323511 E-mail: administrativo@laboralsaludips.com



DATOS PERSONALES

Orden de Servicio N°: 44496

Municipio: BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Fecha y Hora: martes, 21 de enero de 2020 07:03:43 a.m.

Nombres y Apellidos: RAMIREZ BENITEZ CARLOS JULIAN CC: 91507824 Género: MASCULINO

F. Nacimiento: 19/02/1982 Edad: 37 AÑOS 11 MESES 1 DÍAS Entidad: PARTICULARES CONTADO

Sangre	NEGATIVO	Ery/UL
Proteinas	NEGATIVO	Mg/dl
Urobilinogeno	NEGATIVO	Mg/dl
Bilirrubinas	NEGATIVO	
Leucocitoesasa	NEGATIVO	Leu/UL
Nitritos	NEGATIVO	

SEDIMENTO MICROSCOPICO

Leucocitos	4-6
Hematies	4-6
Bacterias	+
Moco	+ +
Levaduras	0-1
Fosfatos Amorfos	-
Celulas Epiteliales	2-4
Cilindros	-
Cristales	-
Observaciones	

Jesus David Rueda Villabona
Bacteriólogo(a) RP: 06701

QUÍMICA

LAB CLÍNICO (COLESTEROL TOTAL)

QUIMICA

LABORATORIO	RESULTADO	REFERENCIA
COLESTEROL TOTAL	124	Normal hasta 200 mg/dl Moderado 200a 239 mg/dl Elevado mayor a 240 mg/dl

Jesus David Rueda Villabona
Bacteriólogo(a) RP: 06701

LAB CLÍNICO (TRIGLICERIDOS)

QUIMICA

LABORATORIO	RESULTADO	REFERENCIA
TRIGLICERIDOS	168	Normal Hasta 150 mg/dl Moderado 150 a 200 mg/dl Elevado Mayor a 200 mg/dl

Jesus David Rueda Villabona

Laboral Salud I.P.S.
Medicina Laboral y Sistemas de Gestión
Nit. 901017957-6
Dirección: Carrera 29 # 40 - 44 Bucaramanga - Colombia
Cel: 3114764772 Tel: 6323511 E-mail: administrativo@laboralsaludips.com



DATOS PERSONALES

Orden de Servicio N°: 44496

Municipio: BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Fecha y Hora: martes, 21 de enero de 2020 07:03:43 a.m.

Nombres y Apellidos: RAMIREZ BENITEZ CARLOS JULIAN CC: 91507824 Género: MASCULINO

F. Nacimiento: 19/02/1982 Edad: 37 AÑOS 11 MESES 1 DÍAS Entidad: PARTICULARES CONTADO

Bacteriólogo(a) RP: 06701

LAB CLÍNICO (GLICEMIA)

QUIMICA

LABORATORIO	RESULTADO	REFERENCIA
GLICEMIA	90	Normal 70 a 110 mg/dl

Jesus David Rueda Villabona
Bacteriólogo(a) RP: 06701

Laboral Salud I.P.S.
Medicina Laboral y Sistemas de Gestión
Nit. 901017957-6
Dirección: Carrera 29 # 40 - 44 Bucaramanga - Colombia
Cel: 3114764772 Tel: 6323511 E-mail: administrativo@laboralsaludips.com



EXAMEN DE PARACLINICOS (OPTOMETRÍA)

DATOS PERSONALES

Atención Nº: 8,180

Fecha: 21/01/2020 Municipio: BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) CC: 91507824 Nombre: RAMIREZ BENITEZ CARLOS JULIAN Edad: 37 AÑOS 1
Genero: MASCULINO Profesión o Cargo: DISEÑADOR GRAFICO Empresa: PARTICULARES
Eps: Tipo Evaluación Medica: EMO EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS F. Último Examen: 2014
Lugar del Último Examen: BUCARAMANGA Motivo Consulta: EXAMEN INGRESO

ANTECENDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	NO APLICA
TRAE RX	NO
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	
USA ANTEOJOS	NO USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/20	20	N/A	NO USA	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/20	20	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	20/20	20	N/A	NO APLICA	N/A	N/A

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: **NORMAL**
OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

REFLEJOS

OBSERVACIÓN: **PRESENTES Y NORMALES**

COVER TEST

VISIÓN LEJANA: **NORMAL**
VISIÓN PROXIMA: **NORMAL**

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

OFTALMOSCOPÍA

OJO DERECHO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**
OJO IZQUIERDO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**

QUERATROMETRÍA

OJO DERECHO: **K' =**
OJO IZQUIERDO: **K' =**

REFRACCIÓN

OJO DERECHO	NEUTRO	AV VL 20/ **20**	
OJO IZQUIERDO	NEUTRO	AV VL 20/ **20**	

RX FINAL

OJO DERECHO	NEUTRO	AV VL 20/ **20**	AV VP 20/ **20**
OJO IZQUIERDO	NEUTRO	AV VL 20/ **20**	AV VP 20/ **20**

VISIÓN COLOR

OJO DERECHO: **NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

OPTOMETRA



Firma:

Nombre: OVALLE PINTO NORGI

R. M.: 15233-06 **L.S.O.:**

PACIENTE



Firma:

Nombre: RAMIREZ BENITEZ CARLOS JULIAN

CC: 91507824

Laboral Salud I.P.S.

Medicina Laboral y Sistemas de Gestión

Nit. 901017957-6

Dirección: Carrera 29 # 40 - 44 Bucaramanga - Colombia
Cel: 3114764772 Tel: 6323511 E-mail: administrativo@laboralsaludips.com



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES — Atención Nº: 7796

Fecha: 21/01/2020 Ciudad: BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA)
Tipo Exámen: EMO EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR Eps:
CC: 91507824 Nombre: RAMIREZ BENITEZ CARLOS JULIAN Edad: 37 AÑOS 11 Genero: MASCULINO
Fecha Nacimiento: 19/02/1982 Empresa: PARTICULARES Ocupacion: DISEÑADOR GRAFICO

ANTECEDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
NO REPORTA	NO REPORTA	NINGUNA	NO APLICA	0	0

ANTECEDENTES FAMILIARES

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
OTITIS	NO	HIPOACUSIA SUBJETIVA	NO
TRAUMA	NO	ACÚFENOS	NO
CIRUGÍA	NO	OTROS	
INGESTA OTOTÓXICOS	NO		

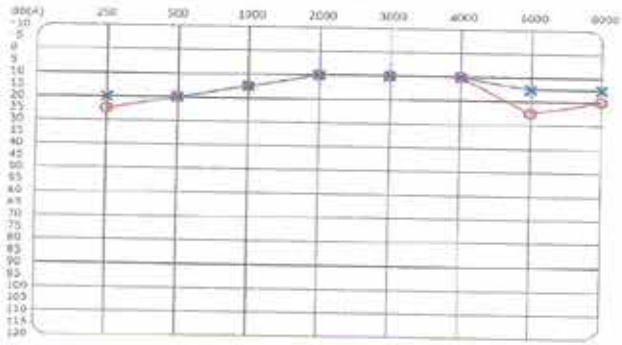
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO	POLÍGONO	NO
MOTO	NO	AUDÍFONOS	OCASIONALMENTE
DISCOTECA	NO	OTRO	
SERVICIO MILITAR	NO		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas) : 12 Hora(s) Realizó re test: SI Uso Cabina Sonoamortiguada: SI
Marca y Referencia audiometró utilizado: LARSON DAVIS F. Ultima Calibración: 2016-10-18

O : Via aerea del OD X : Via aérea del OI
< : Via ósea del OD (sin enmascarar OI) > : Via ósea del OI (sin enmascarar OD)



OTOSCOPIA

Oído derecho: NORMAL
Oído izquierdo: NORMAL

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD	25	20	15	10	10	10	25	20
VAOI	20	20	15	10	10	10	15	15

SEVERIDAD - CAOHC

Oído derecho: Normal(0 - 25 dB) Oído Izquierdo: Normal(0 - 25 dB)

Código	Nombre del Diagnóstico	Oído	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	

Observaciones

AUDICIÓN NORMAL BILATERAL

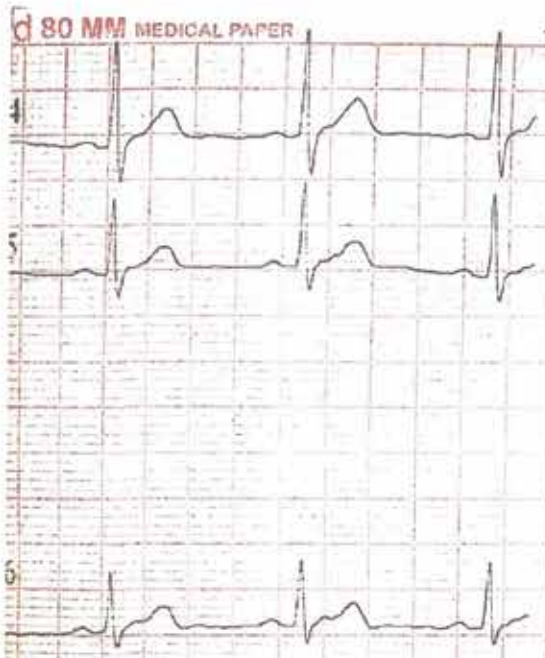
FONOAUDIÓLOGO

Firma:
Nombre: CARRERO MANTILLA NUBIA
R. M.: 00314 L.S.O.:

TRABAJADOR

Firma:
Nombre: RAMIREZ BENITEZ CARLOS JULIAN
CC 91507824

Software para el sector salud - www.biofile.com.co



80 MM MEDICAL PAPER PalmMed 80 MM MEDICAL PAPER PalmMed 80 MM MEDICAL PAPER

ID: 91507824

mmHg

35Años

cm kg

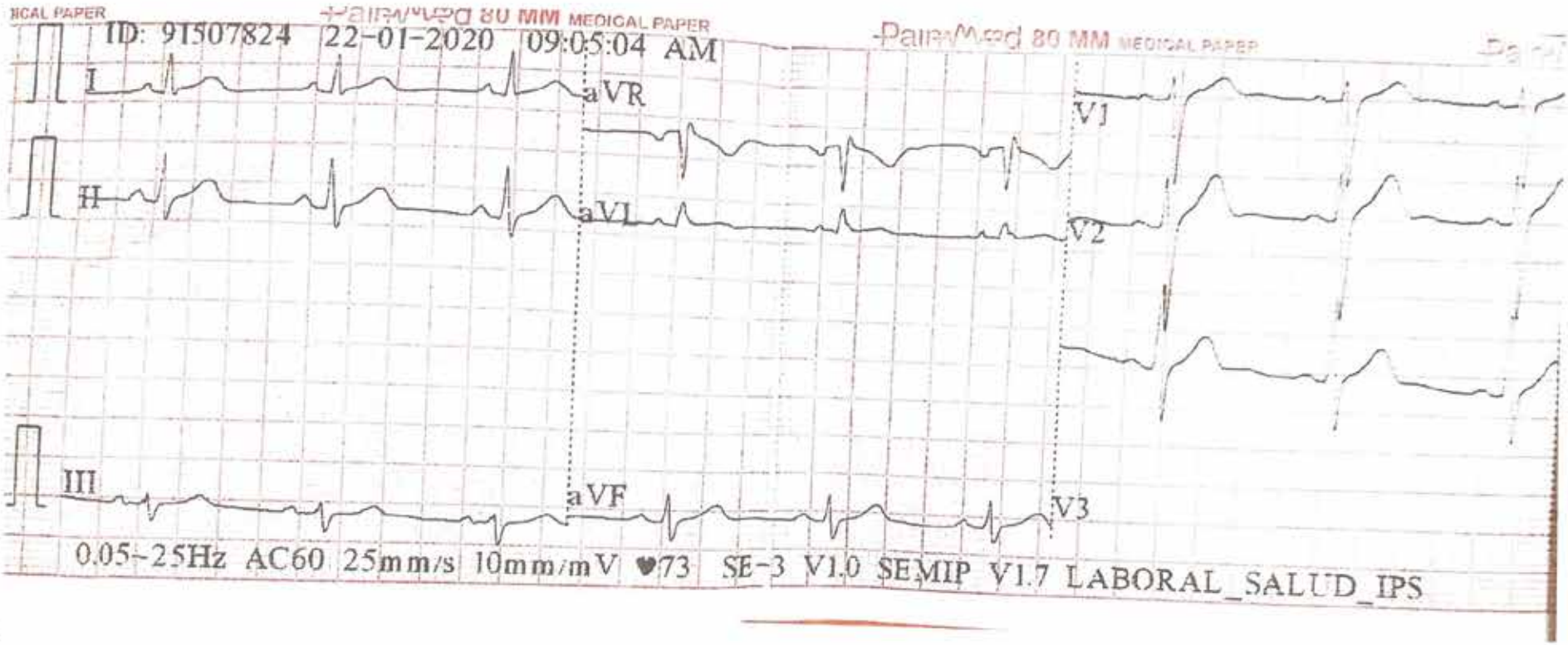
Información de Diagnostico:
Ritmo del sino
ECG Normal

Carlos Ramirez
Edad 37
Sexo
91507824
22/6/20

FC	: 70	bpm
P	: 106	ms
PR	: 151	ms
QRS	: 100	ms
QT/QTc	: 366/396	ms
P/QRS/T	: 50/5/54	°
RV5/SV1	: 0.831/1.034	mV

Informe confirm por:

Scanned by CamScanner



Scanned by CamScanner

AREA DE SELECCIÓN
INFORME CONFIDENCIAL

Con el propósito de preservar la ética profesional, este informe debe conocerse solamente por el jefe o responsable de área donde existe la vacante.

EXPLICACION DEL INFORME

El siguiente informe presenta una tabla que permite cuantificar cada una de las características evaluadas para el perfil de INSTRUCTOR según lo indicado por la prueba aplicada, para ello se entenderá de la siguiente forma de 10 a 9 es un nivel muy alto, de 8 a 7 nivel alto, de 6 a 5 nivel medio, de 4 a 3 nivel medio bajo y de 2 a 1 nivel muy bajo. Adicionalmente se presenta un concepto final que permitirá la descripción de los hallazgos relevantes para su fácil análisis e interpretación que permita observar si cumple o no el perfil requerido por la organización junto con las respectivas sugerencias por parte del evaluador.

EVALUACION APLICADA

Se aplica el Test para evidenciar la dinámica de personalidad en dos dimensiones a nivel situacional y a nivel constitucional del individuo con fines organizacionales.

NOMBRE	**CARLOS JULIAN RAMIREZ BENITEZ**	**CEDULA**	**91507824**
CARGO AL QUE ASPIRA	**DISEÑADOR GRÁFICO**	**EDAD**	**37 AÑOS**
FORMACION ACADEMICA	**UNIVERSITARIO**	**TELEFONO**	**3163789006**
DIRECCION	**CRA 25# 33-95**		
EVALUADOR	**YULY KATHERIN DUARTE VELANDIA**	**CARGO**	**PSICOLOGA**

DIMENSION INTELECTUAL											
Capacidad para dar solución a los problemas, asimilar experiencias y enfrentar circunstancias difíciles, así como para planear y ejecutar diversas actividades en un tiempo determinado											
Capacidad	**Factor Evaluado**	**10**	**9**	**8**	**7**	**6**	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
ORGANIZACIÓN	Ejecutar prioridades. Planificar las actividades. Emplear un método de trabajo		X								
ANALISIS, SINTESIS Y SOLUCION DE PROBLEMAS	Identificar problemáticas y solución a un mismo problema. Prever consecuencias antes de la solución. Soluciones claras y precisas.		X								
INICIATIVA Y CREATIVIDAD	Consultar diferentes fuentes de información. Aportar ideas nuevas y prácticas en el trabajo. Dar varias alternativas de solución a un mismo problema.		X								

RESISTENCIA ANTE LAS PRESIONES	Manejo de tiempo de respuesta. Manejo de clientes difíciles. Objetividad en el manejo de situaciones difíciles.		X								

DIMENSION PERSONAL											
Capacidad para establecer relaciones de carácter social y laboral dentro de un ambiente amable en el que se tiene en cuenta las necesidades del otro y los objetivos de la organización. Empleo de recursos personales para enfrentar, asimilar y adaptarse a situaciones diferentes.											
Capacidad	Factor Evaluado	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
DON DE GENTE	Agradable. Servicial. Humano. Cálido y transparente		X								
TRABAJO EN EQUIPO	Capacidad de trabajar en grupo para el logro de los objetivos. Compartir los conocimientos		X								
ADAPTACION AL CAMBIO	Aceptar los cambios que mejoren el trabajo. Flexible. Sin temor a los retos		X								
DINAMISMO Y ENERGIA	Activo. Emprendedor. Positivo. Oportuno				X						
RESPONSABILIDAD	Desarrollar las labores asignadas en su totalidad. Cumplir horarios establecidos.		X								
NORMATIVIDAD	Aceptar y seguir normas. Acoger orientaciones y sugerencias. Reconocer mandos superiores.		X								
RELACIONES INTERPERSONALES	Respetar las ideas, las diferencias de los demás		X								
LIDERAZGO	Habilidad para convocar, convencer y delegar.		X								
SEGURIDAD EN SI MISMO	Capacidad de no personalizar las situaciones en que se participa, basado en el conocimiento de sus fortalezas y debilidades.		X								
TOLERANCIA A LA FRUSTRACION	Comprender y aceptar cuando no se logre los objetivos propuestos sin que esto afecte la Autoestima y/o la motivación		X								

TIPOS DE MOTIVACION											
Capacidad para establecer relaciones de carácter social y laboral dentro de un ambiente amable											
Capacidad	**Factor Evaluado**	**10**	**9**	**8**	**7**	**6**	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
LOGRO	Conjunto de metas o resultados, claramente definidas por un individuo para aventajar a otros. Ser el mejor. Estar entre los mejores		X								
PODER	Deseos o acciones que buscan ejercer dominio, control o influencia, no solo sobre las personas o grupos sino también sobre los medios.		X								
AFILIACION	Expresiones de intenciones o ejecuciones de comportamientos orientados a obtener o conservar relaciones afectivas satisfactorias.			X							
AUTOREALIZACION	. Deseo o realización de actividades que permitan la utilización en el trabajo de las habilidades y conocimientos		X								
RECONOCIMIENTO	Deseo o realización de actividades orientadas a obtener de los demás atención, aceptación o admiración		X								
DEDICACION A LA TAREA	Condiciones intrínsecas (Autonomía) que hacen a la persona sensible a la tarea con un nivel de exigencia y claridad.		X								

OBSERVACIONES:

CARLOS, se muestra como una persona centrada que tiende a ejecutar comportamientos orientados a satisfacer las necesidades de los otros, es sensible frente a situaciones que demandan presión, se muestra como una persona poco flexible ante los cambios.

FIRMA

TARJETA PROFESIONAL 167732

NOMBRE DE LA PSICÓLOGA: YULY KATHERIN DUARTE VELANDIA

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) CARLOS JULIAN RAMIREZ BENITEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 91507824 realizó el día 12/02/2021 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 CARLOS JULIAN RAMIREZ BENITEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 91507824 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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) CARLOS JULIAN RAMIREZ BENITEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 91507824 realizó el día 13/02/2021 la Capacitación Módulo 2 - Riesgos en el puesto de trabajo y medidas de prevención de la entidad y aprobó la

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

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) CARLOS JULIAN RAMIREZ BENITEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 91507824 realizó el día 13/02/2021 la Capacitación de protocolos de bioseguridad.

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

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

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

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) CARLOS JULIAN RAMIREZ BENITEZ identificado(a) con CC 91507824 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**01/04/2013**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO BUCARAMANGA**
Categoría:	**A**

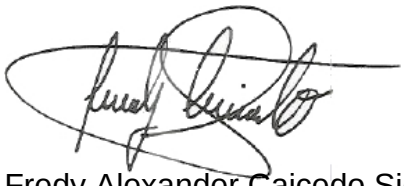
La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 18 días del mes de enero del año 2021 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **RAMIREZ BENITEZ CARLOS JULIAN** identificado(a) con **CC** número **91.507.824** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 28 de agosto de 2009 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 18 de enero de 2021.

Cordialmente,



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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2021011809054

Certificado Bancario

Domingo, 24 de Enero de 2021

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que CARLOS JULIAN RAMIREZ BENITEZ identificado(a) con CC 91507824, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	09050812143	2009/06/11	ACTIVA

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

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

Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el momento de todos
Bancolombia

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

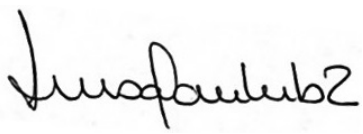
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor CARLOS JULIAN RAMIREZ BENITEZ, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 91.507.824, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 01/02/2021 y fecha fin de contrato 30/12/2021 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): 20210101245543.

Esta certificación se expide a los 02 días del mes de Febrero de 2021.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Floridablanca, 28 de Febrero 2021

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Floridablanca

Asunto: Información solicitada por el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013

Dando cumplimiento a lo establecido con el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013, y como persona actualmente residente en Colombia que durante el año calendario actual les estará cobrando rentas de trabajo (salarios, u honorarios, o comisiones, o servicios personales, o emolumentos eclesiásticos, etc.), suministro a ustedes la siguiente información para efectos de que ustedes mismos definan el valor de la retención en la fuente que se ha de aplicar a los valores a mi favor por concepto de rentas de trabajo :

a. Durante el año gravable 2020, el 80% o más de mis ingresos brutos **Si** provinieron la prestación de servicios de manera personal o el desarrollo de una actividad económica bajo cuenta y riesgo un empleador o contratante.
b. Durante el año gravable 2020, el 80% o más de mis ingresos brutos **SI** provinieron de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o de la prestación de servicios técnicos que no requieren la utilización de materiales o insumos especializados, o de maquinaria o equipo especializado.
c. Por el año gravable 2020, soy una persona natural que **Si** quedé obligado a presentar declaración anual del impuesto de renta al gobierno colombiano"
d. Por el año gravable 2020, soy una persona natural que **SI** obtuvo ingresos brutos totales superiores a 1.400 UVT ($49.849.800)
e. Por el año gravable 2020, **No** desarrollé una de las actividades señaladas en el artículo 340 del Estatuto Tributario y si la desarrollé no representó más del veinte por ciento (20%) de mis ingresos brutos.
f. Por el año gravable 2020, **No** presté servicios técnicos que requirieron de materiales o insumos especializados, o maquinaria o equipo especializado, cuyo costo representa más del veinticinco por ciento (25%) del total de los ingresos percibidos por concepto de tales servicios técnicos.

En constancia de lo anterior, firmo en Floridablanca,



CARLOS JULIAN RAMIREZ BENITEZ
CC. 91507824 de BUCARAMANGA
Contrato No. CO1.PCCNTR. 2208121 de 2021 - CIDM

SEGURO DE CUMPLIMIENTO A FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES

(GARANTÍA ÚNICA)

suramericana

Ciudad y Fecha de Expedición	Póliza		Documento
BUCARAMANGA, 02 DE FEBRERO DE 2021	2875234–9		13509365
Intermediario	**Código**	**Oficina**	**Referencia de Pago**
S.M.Z. SEGUROS LTDA	1301	2450	01213509365

TOMADOR

CEDULA	Razón Social y/o Nombres y Apellidos		
91507824	CARLOS JULIAN RAMIREZ BENITEZ		
Dirección		**Ciudad**	**Teléfono**
CRA 31 # 32–60		BUCARAMANGA	6342302

GARANTIZADO

CEDULA	Nombres y Apellidos
91507824	CARLOS JULIAN RAMIREZ BENITEZ

BENEFICIARIO Y/O ASEGURADO

NIT	Nombres y Apellidos
8999990341	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	FECHA INICIAL	FECHA VENCIMIENTO	VALOR ASEGURADO	PRIMA
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	02–FEB–2021	30–ABR–2022	2.910.092,00	40.000,00

VIGENCIA DEL SEGURO		VIGENCIA DEL MOVIMIENTO			VLR. PRIMA SIN IVA	VLR. IMPUESTOS (IVA)	TOTAL A PAGAR
Desde	Hasta	Días	Desde	Hasta			
02–FEB–2021	30–ABR–2022	452	02–FEB–2021	30–ABR–2022	$40.000	$7.600	$47.600

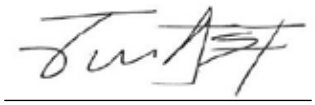
VALOR A PAGAR EN LETRAS
CUARENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS PESOS M/L

Documento de:	Valor Asegurado Movimiento	Prima Anual	Total Valor Asegurado
POLIZA NUEVA	$2.910.092	$8.730	$2.910.092,00

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. FAVOR NO EFECTUAR RETENCIÓN SOBRE EL IVA
LAS PRIMAS DE SEGUROS NO ESTÁN SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE DECRETO REGLAMENTARIO 2509/85 ART. 17. AUTORRETENEDORES RESOLUC IÓN N° 009961

102 – NEGOCIOS CORPORATIVOS

RAMO	PRODUCTO	OFICINA	USUARIO	OPERACIÓN	MONEDA	COASEGURO	NÚMERO PÓLIZA LÍDER	DOCUMENTO COMPAÑÍA LÍDER
012	NDX	2450	CUM001	01	PESO COLOMBIANO	DIRECTO		



FIRMA AUTORIZADA



FIRMA TOMADOR

PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS

CÓDIGO	NOMBRE DEL PRODUCTOR	COMPAÑÍA	CATEGORÍA		%PARTICIPACIÓN	PRIMA
1301	S.M.Z. SEGUROS LTDA	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	AGENCIAS	100,00		40.000

DESCRIPCIÓN	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de la entidad	Tipo de documento	Ramo al cual accede	Identificación Interna de la proforma
CÓDIGO CLAUSULADO	01/01/2017	13 – 18	P	05	F–01–12–084
CÓDIGO NOTA TÉCNICA	25/06/2017	13 – 18	NT–P	5	N–01–012–011

TEXTOS Y ACLARACIONES ANEXAS

Proceso de selección: Prestacion de servicios
SE GARANTIZA EL CUMPLIENTO DEL CONTRATO DE PRESTACION SERVICIO # CO1.PCCNTR.2208121 CUYO OBJETO ES PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO DISEÑADOR WEB, PARA LA CONSTRUCCIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTOS DE HIPERTEXTO, DISEÑO DE INTERFACES PARA CONTENIDOS WEB, CREACIÓN DE PIEZAS GRÁFICAS Y MATERIAL DE APOYO MULTIMEDIA QUE SE REQUIERAN EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS RECURSOS EDUCATIVOS DIGITALES DE LOS PROGRAMAS EN LAS DIFERENTES MODALIDADES DE FORMACIÓN, DE ACUERDO CON EL MODELO PEDAGÓGICO DEL SENA, LOS LINEAMIENTOS DEL SGIC Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y DEMÁS CONDICIONES

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.



01 800 051 8888
Bogotá, Cali y Medellín **437 8888**
Desde tu celular **#888**

segurossura.com.co

SEGUROS

Seguro de cumplimiento a favor de entidades estatales





Campo	Descripción del formato	Clausulado	Nota técnica
1	Fecha a partir de la cual se utiliza.	01/01/2017	25/06/2017
2	Tipo y número de la entidad	13-18	13-18
3	Tipo de documento	P	NT - P
4	Ramo al cual pertenece	05	05
5	Identificación interna de la proforma	F-01-12-084	N-01-012-011

Seguro de cumplimiento a favor de entidades estatales (decreto 1082 de 2015)

En este documento encontrará todas las coberturas, derechos y obligaciones que tiene como asegurado, y los compromisos que SURA adquirió con usted por haber contratado el Seguro de Cumplimiento a Favor de Entidades Estatales.

Este clausulado está dirigido al asegurado.



Contenido

Sección I. Coberturas

1. Seriedad de la oferta
2. Buen manejo y correcta inversión del anticipo
3. Cumplimiento del contrato
4. Devolución de pago anticipado
5. Pago de salarios, prestaciones sociales e indemnizaciones laborales
6. Estabilidad y calidad de la obra
7. Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados
8. Calidad del servicio

Sección II. Exclusiones

Sección III. Otras condiciones

1. Indepencia de los amparos
2. Suma asegurada
3. Vigencia
4. Efectividad de la garantía
5. Indivisibilidad de la garantía
6. Cesión de la póliza
7. Cesión del contrato garantizado
8. Terminación por agravación del estado del riesgo.
9. Pago de prima e irrevocabilidad
10. Pago del siniestro
11. Coexistencia de seguros
12. Compensación
13. Subrogación
14. Intervención en procesos de reorganización y/o liquidación
15. Certificados o anexos de modificación
16. Vigilancia e inspección
17. Notificaciones y recursos
18. Naturaleza del seguro
19. Cláusulas incompatibles
20. Solución de conflictos.
21. Domicilio
22. Coaseguro
23. Devolución de primas

SECCIÓN I - COBERTURAS

SURA le pagará las coberturas descritas en la carátula hasta por el monto asegurado, teniendo en cuenta que el contrato de seguro es indemnizatorio según el artículo 1088 del Código de Comercio. La indemnización podrá comprender el daño emergente y el lucro cesante, pero este último requiere de acuerdo expreso en las condiciones particulares para ser cubierto. Este seguro le cubre los perjuicios directos ocasionados por incumplimientos imputables al contratista-garantizado.

1. Seriedad de la oferta

Cubre a la entidad estatal de la sanción derivada del incumplimiento de la oferta, en los siguientes eventos:

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.
1.2 El retiro de la oferta después de vencido el plazo fijado para la presentación de las oferta
1.3 La no suscripción del contrato sin justa causa por parte del adjudicatario.
1.4 La falta de otorgamiento por parte del proponente seleccionado de la garantía de cumplimiento del contrato.

2. Buen manejo y correcta inversión del anticipo

Cubre a la entidad estatal de los perjuicios derivados de:

2.1 La no inversión del anticipo.
2.2 El uso indebido del anticipo.
2.3 La apropiación indebida de los recursos recibidos en calidad de anticipo.

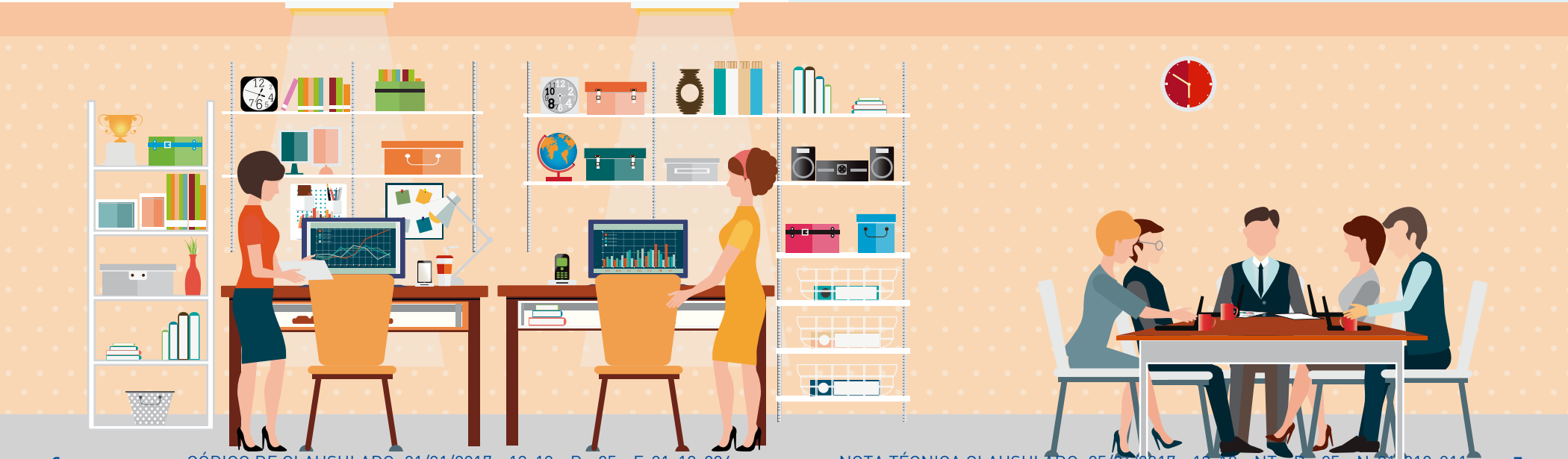
3. Cumplimiento del contrato

Cubre a la entidad estatal de los perjuicios derivados de:

3.1 El incumplimiento total o parcial del contrato, cuando el incumplimiento es imputable al contratista-garantizado.
3.2 El cumplimiento tardío o defectuoso del contrato, cuando el incumplimiento es imputable al contratista-garantizado.
3.3 Los daños imputables al contratista por entregas parciales de la obra, cuando el contrato no prevé entregas parciales.
3.4 El pago del valor de las multas y de la cláusula penal pecuniaria.

4. Devolución de pago anticipado

Cubre a la entidad estatal de los perjuicios derivados de la no devolución total o parcial del dinero entregado al contratista-garantizado a título de pago anticipado, cuando a ello hubiere lugar.



5. Pago de salarios, prestaciones sociales e indemnizaciones laborales

Cubre a la entidad estatal de los perjuicios derivados del incumplimiento de las obligaciones laborales del contratista-garantizado en virtud de la contratación del personal utilizado en el territorio nacional para la ejecución del contrato amparado.

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 colombiano.

6 . Estabilidad y calidad de la obra

Cubre a la entidad estatal de los perjuicios derivados por cualquier tipo de daño o deterioro, imputable al contratista-garantizado, sufrido por la obra entregada a satisfacción.

7. Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados

Cubre a la entidad estatal de los perjuicios derivados del incumplimiento en las condiciones de calidad y correcto funcionamiento de los bienes que recibe la entidad estatal en cumplimiento de un contrato.

8. Calidad del servicio

Cubre a la entidad estatal por los perjuicios derivados de la deficiente calidad del servicio prestado.



SECCIÓN II - EXCLUSIONES

SURA no pagará los perjuicios causados directa o indirectamente por:

1. Causa extraña, esto es, la fuerza mayor o caso fortuito, el hecho de un tercero o la culpa exclusiva de la víctima.
2. Daños causados por el contratista garantizado a los bienes de la entidad estatal no destinados al contrato.
3. Uso indebido o inadecuado o falta de mantenimiento preventivo al que está obligada la entidad estatal.
4. El deterioro normal que sufran los bienes entregados con ocasión del contrato garantizado como consecuencia del transcurso del tiempo.



SECCIÓN III – OTRAS CONDICIONES

1. Indepencia de los amparos

Las coberturas deben ser independientes unas de otras respecto de sus riesgos y de sus valores asegurados. La entidad estatal solamente puede reclamar o tomar el valor de una cobertura para cubrir o indemnizar el valor del amparo cubierto. Los amparos son excluyentes y no se pueden acumular.

2. Suma asegurada

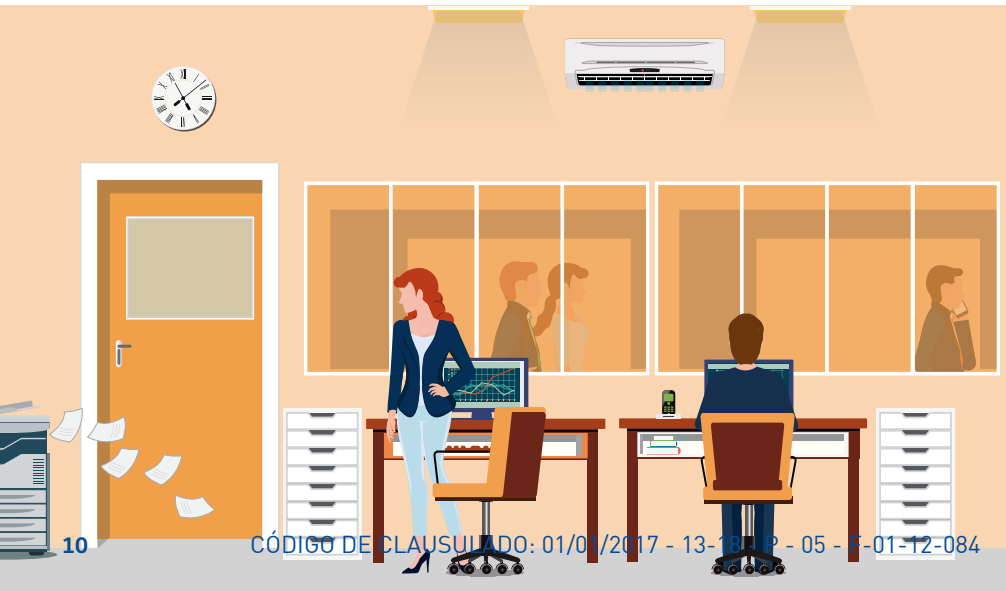
El valor asegurado para cada cobertura será la suma máxima que SURA pagará en caso de siniestro.

3. Vigencia

La duración de cada una de las coberturas, será la establecida en la carátula, en las condiciones particulares o en los anexos de este seguro.

4. Efectividad de la garantía

De acuerdo a los artículos 1077 y 1080 del Código de Comercio, usted deberá demostrar la ocurrencia del siniestro y acreditar el valor de la pérdida, respetando el derecho de audiencia del contratista-garantizado y de SURA de acuerdo a lo establecido en el artículo 86 de la Ley 1474 de 2011, así:



4.1 Por medio del acto administrativo en el cual la entidad estatal declare la caducidad del contrato y ordene el pago al contratista-garantizado y al garante, bien sea de la cláusula penal o de los perjuicios que ha cuantificado. El acto administrativo de caducidad constituye el siniestro.

4.2 Por medio del acto administrativo en el cual la entidad estatal impone multas, debe ordenar el pago al contratista-garantizado y al garante. El acto administrativo correspondiente constituye el siniestro.

4.3 Por medio del acto administrativo en el cual la entidad estatal declare el incumplimiento, puede hacer efectiva la cláusula penal, si está pactada en el contrato, y ordenar su pago al contratista-garantizado y al garante. El acto administrativo correspondiente es la reclamación para la compañía de seguros.

En cualquier caso, para determinar el monto del perjuicio a reclamar a SURA, usted deberá deducir del mismo cualquier suma que le adeude al contratista- garantizado.



5. Indivisibilidad de la garantía

Este seguro es indivisible. Sin embargo, de acuerdo a lo previsto en el Decreto 1082 de 2015, si el contrato garantizado tiene una duración mayor a cinco años, se cubren los riesgos de la etapa del contrato o período contractual indicado en la carátula, según lo señalado en las condiciones particulares de este seguro.

El seguro será independiente para cada etapa del contrato, para cada período contractual o para cada unidad funcional, según sea el caso.

La vigencia será igual a la de la respectiva etapa, período contractual o unidad funcional y el valor asegurado corresponde a las obligaciones del contratista que nacen y que son exigibles en cada una de las respectivas etapas, períodos contractuales o unidades funcionales.

Antes del vencimiento de cada etapa del contrato o cada período contractual, el contratista está obligado a prorrogar la vigencia del seguro o a obtener uno nuevo que cubra el cumplimiento de sus obligaciones para la etapa del contrato o el periodo contractual siguiente. Ahora bien, si SURA decide no continuar garantizando la etapa del contrato o período contractual siguiente, le debe informar su decisión por escrito a la entidad estatal contratante asegurada seis meses antes del vencimiento del plazo de la garantía correspondiente.

Este aviso no afecta la garantía de la etapa contractual o período contractual en ejecución. Si SURA no da el aviso con la anticipación mencionada y el contratista no obtiene una nueva garantía, SURA quedará obligada a garantizar la etapa del contrato o el período contractual siguiente.

En consecuencia, en la medida en que SURA cumpla estrictamente con la obligación de informar por escrito a la entidad estatal contratante asegurada con seis meses de anticipación a la fecha de vencimiento de la garantía, sobre su decisión de no continuar garantizando la etapa siguiente del contrato, si el contratista garantizado incumpliere la obligación de prorrogar u obtener la póliza para dicha etapa, no se afectará por tal hecho la garantía vigente.

6. Cesión de la póliza

Este seguro no se puede ceder ni modificar al tomador, afianzado, beneficiario o asegurado sin que SURA lo autorice.

En caso de no cumplirse lo anterior, el seguro terminará automáticamente y SURA solo pagará los daños causados por incumplimientos que se den antes de la fecha de cesión.





7. Cesión del contrato garantizado

El contrato garantizado no puede ser cedido sin la autorización escrita de SURA, de no ser así, este seguro terminará automáticamente desde la fecha de la cesión.

8. Terminación por agravación del estado del riesgo.

Este seguro se termina si se hacen cambios al objeto, las obligaciones, la vigencia o al valor del contrato garantizado, si estos no son informados a SURA 10 días después de realizados para evaluar el nuevo riesgo y determinar si se cubren o no dichas modificaciones.

9. Pago de prima e irrevocabilidad

El presente seg uro no termina por falta de pago de la prima ni podrá ser revocado unilateralmente.

10. Pago del siniestro

SURA pagará el valor del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha de recepción de la comunicación escrita presentada por usted, acompañada del acto administrativo ejecutoriado, según lo establecido en el numeral 4 de la presente Sección.

Según el artículo 1110 del Código de Comercio SURA podrá optar por cumplir su prestación mediante el pago de la indemnización o continuando la ejecución de la obligación garantizada.

Cuando existan saldos a favor del contratista-garantizado, usted aplicará la compensación de acuerdo con el numeral 11 de la presente Sección, disminuyendo el valor a indemnizar. Si no existen saldos a favor del contratista-garantizado, usted deberá certificarlo.

11. Coexistencia de seguros

Si al momento del siniestro existen otros seguros de cumplimiento con las mismas coberturas, la indemnización se divide entre los aseguradores, en proporción al monto asegurado por cada uno, sin superar la suma asegurada por SURA.

12. Compensación

Si la entidad estatal contratante asegurada al momento de tener conocimiento del incumplimiento o con posterioridad a este y anterior al pago de la indemnización, fuere deudora del contratista-garantizado por cualquier concepto, se aplicará la compensación y la indemnización se disminuirá en el monto de las acreencias, según la ley, de conformidad con lo señalado en los artículos 1714 y subsiguientes del Código Civil.

Igualmente, se disminuirá del valor de la indemnización, el valor correspondiente a los bienes que la entidad estatal contratante asegurada haya obtenido del contratista-garantizado, sea judicial o extrajudicialmente, en ejercicio de las acciones derivadas del contrato cuyo cumplimiento se garantiza por medio del presente seguro.

En los eventos en que existan saldos a favor del contrista-garantizado, la entidad estatal aplicará la compensación a que se refiere el numeral 11 de la presente Sección, estableciendo la disminución en el valor a indemnizar. En caso de no existir saldos a favor del contratista-garantizado, la entidad estatal expedirá constancia en dicho sentido.

13. Subrogación

En virtud del pago de la indemnización SURA se subroga, hasta concurrencia de su importe, en todos los derechos del asegurado contra el contratista-garantizado.

Si usted renuncia a sus derechos contra el contratista-garantizado pierde el derecho a la indemnización.

14. Intervención en procesos de reorganización y/o liquidación.

Cuando el contratista-garantizado solicite ser admitido admisión en alguno de los procesos de la Ley 1116 de 2006 y sus normas complementarias o sustitutivas, usted debe hacerse parte del mismo y notificar a SURA.

Si usted se abstiene de intervenir en el proceso oportunamente, SURA deducirá de la indemnización, el valor de los perjuicios que esto le cause.





15. Certificados o anexos de modificación

Cuando la suma asegurada sea aumentada o disminuida o cuando las condiciones del contrato original sean modificadas, SURA expedirá un certificado o anexo de modificación del seguro en caso de aceptar los cambios.

16. Vigilancia e inspección

SURA puede vigilar la ejecución del contrato garantizado e intervenir para facilitar el cumplimiento de la obligación garantizada. Así mismo, usted debe ejercer dicha vigilancia.

Cuando sea necesario, SURA puede revisar los libros y documentos del contratista-garantizado y del asegurado, que tengan relación con el contrato.

17. Notificaciones y recursos

Usted debe notificar a SURA los actos administrativos expedidos con la finalidad de afectar el presente seguro, previo agotamiento del derecho de defensa del contratista-garantizado y de SURA.

18. Naturaleza del seguro

Este seguro no representa una obligación solidaria ni incondicional y su efectividad depende de la ocurrencia del siniestro y su cuantificación.

19. Cláusulas incompatibles

En caso de que no concuerden las condiciones de este seguro con las del contrato, predominan las primeras



20. Solución de conflictos.

Cualquier conflicto originado por la celebración o ejecución del contrato de seguro será resuelto por la justicia ordinaria.

Si después de haberse emitido este seguro, las partes del contrato garantizado celebran un compromiso, el mismo no obliga a SURA a menos que esta lo acepte expresamente y por escrito.

21. Domicilio

Para los efectos de este seguro, se acuerda como domicilio de las partes, la ciudad de Medellín-Colombia.

22. Coaseguro

Si existe coaseguro el valor de la indemnización se divide entre los aseguradores en proporción al valor de sus respectivos seguros, sin que exista solidaridad entre los mismos.

23. Devolución de primas

Cuando el valor asegurado se disminuya durante la ejecución del contrato garantizado o cuando sea retirada alguna cobertura, SURA devolverá al tomador de forma proporcional, la prima no devengada.

suramericana

Nit. 890.903.407-9

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

HACE CONSTAR

Que la garantía de Cumplimiento a favor de ENTIDADES ESTATALES en la póliza 2875234-9 expedida por la Compañía cuyo Tomador y/o Afianzado es: **CARLOS JULIAN RAMIREZ BENITEZ** y Asegurado y/o Beneficiario es **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE** y su documento 13509365 expedida el día 02 de Febrero de 2021 se encuentra debidamente cancelados sus valores, discriminados así:

Prima	$	$40,000
Impuestos	$	$7,600
Total	$	$47,600

Para constancia se firma en BUCARAMANGA a los 02 días del mes de Febrero de 2021.



Firma Autorizada
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

suramericana

Nit. 890.903.407–9

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

HACE CONSTAR

Que la garantía de Cumplimiento a favor de ENTIDADES ESTATALES en la póliza 2875234–9 expedida por la Compañía cuyo Tomador y/o Afianzado es: **CARLOS JULIAN RAMIREZ BENITEZ** y Asegurado y/o Beneficiario es: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE** y su documento 13509365 expedida el día 02 de Febrero de 2021 no expirará por falta de pago de la prima o de los certificados anexos que se expidan con fundamento en ella o por la revocación unilateral por parte del tomador o de la compañía

Para constancia se firma en BUCARAMANGA a los 02 días del mes de Febrero de 2021.



_____

Firma Autorizada
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Floridablanca, 28 de febrero de 2021

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deduciblede la base gravable de retención en la fuente.

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

T.I.	**1097787505**	**Sara Juliana Ramirez Roman**	**HIJO**
T.I	**1097790140**	**Victoria Ramirez Roman**	**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,



Nombre: CARLOS JULIAN RAMIREZ BENITEZ
C.C. 91507824

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1097787505

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 50584915

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria ☐ Notaria X Número 09 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ **Código** Q 7 E

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RAMIREZ **********	ROMAN **********

Nombre(s)

SARA JULIANA **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2011 Mes MAR Día 03	Femenino	O	Positivo

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

COLOMBIA - SANTANDER - FLORIDABLANCA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	52841278-3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ROMAN RUEDA MARIA ISABEL

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO.63.450.584	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

RAMIREZ BENITEZ CARLOS JULIAN

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91.507.824	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RAMIREZ BENITEZ CARLOS JULIAN

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91.507.824	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
**********	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
**********	

Fecha de Inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2011 Mes MAR Día 08	GERMAN TELLEZ GOMEZ Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien hace el reconocimiento*
Firma	GERMAN TELLEZ GOMEZ Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

PASADO AL LIBRO DE VARIOS TOMO #30 FOLIO #204

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

ASSENDA S.A. NIT 890.321.151-0 100242251

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1097790140

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53237248

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 09 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** Q 7 E

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RAMIREZ **********	ROMAN **********

Nombre(s)

VICTORIA **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2013 Mes OCT Día 31	Femenino	O	Negativo

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	12095936-2

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ROMAN RUEDA MARIA ISABEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO.63.450.584	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

RAMIREZ BENITEZ CARLOS JULIAN

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91.507.824	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RAMIREZ BENITEZ CARLOS JULIAN

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91.507.824	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

****

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

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

****

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

Fecha de inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2013 Mes NOV Día 07	GERMAN TELLEZ GOMEZ Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	GERMAN TELLEZ GOMEZ Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

PASADO AL LIBRO DE VARIOS TOMO N° 002 FOLIO N° 085

GERMAN TELLEZ GOMEZ
NOTARIO NOVENA DEL CIRCULO DE
BUCARAMANGA

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800 125 457-5 TEL 430 2111

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

5323724 8