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 CALDAS
CENTRO PARA LA FORMACIÓN CAFETERA-CALDAS
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	**17**
Código Centro	**911210**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**70943-467169**
No. de documento	**20794**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	DIANA LORENA GIRALDO GIRALDO	**C.C.**	1.053.770.153	**IP/Nº de contacto**	3133812163
Correo electrónico contratista:	dlgiraldo35@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	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		SI	
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		5912567607	
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:	2239407/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**2421**	
Valor Total del Contrato	$ 40.040.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 40.040.000	**1**	**Del**	**10/02/2021**	**Al**	**28/02/2021**	**$ 2.730.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 37.310.000		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES CARÁCTER TEMPORAL, INSTRUCTOR, POR PERÍODO FIJO, PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DE FORMACIÓN PROFESIONAL, PRESENCIALES O VIRTUALES PROGRAMA ARTICULACIÓN CON LA EDUCACIÓN MEDIA EN EL AREA AGROINDUSTRIAL

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.730.000	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	**$ 2.730.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.609.275**	**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	----------	**19712894**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.092.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 136.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 174.800	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 11.500	$ 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	$ 273.000	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 536.425	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.609.275,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.418.700,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	8.949,00	0,370%
-	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	**$ 2.721.051,00**	

SON: DOS MILLONES SETECIENTOS VEINTIUNO MIL CINCUENTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

INDUCCIÓN Reconocimiento de los lineamientos del programa AMT, manual de la articulación, planeación y alistamiento con las Instituciones Educativas.
DESARROLLO CURRICULAR Elaboración de guías, revisión plataforma territorium, elaboración de material de formación, actualización de Drive. código proyecto: 1135713
Institución educativa Luis Felipe Gutiérrez. Grado 10-ID 2270402-RA-Identificar las oportunidades que el sena ofrece en el marco de..
Institución educativa Obispo. Grado 10-ID 2270414-RA-Identificar las oportunidades que el Sena ofrece en el marco de la formación..
Institución educativa Gómez Fernández. Grado 10-ID por definir-RA-Identificar las oportunidades que el Sena ofrece en el marco de..
Institución educativa Luis Felipe Gutiérrez ID 2259364-Grado 11°-RA ALMACENAR MATERIAS PRIMAS, INSUMOS Y PRODUCTOS TERMINADOS CON RESP
Formación ID 2259364-Grado 11° Institución educativa Naranjal-RA ALMACENAR MATERIAS PRIMAS, INSUMOS Y PRODUCTOS TERMINADOS CON RESPONS

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.

DIANA LORENA GIRALDO GIRALDO
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,

JOHN JAIRO DAVILA RINCON
COORDINADOR ACADÉMICO

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

CARLOS ALBERTO OSPINA RIVERA
SUBDIRECTOR DE CENTRO (E) G02

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con CC-1053770153 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Período pensión:	2021-01	25-14	900336004	COLPENSIONES	1	0	145.400	0	145.400
Período salud:	2021-01	EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	0	113.600	0	113.600
Planilla Nro.:	19712894 Tipo I	14-23	860011153	POSITIVA	1	0	9.500	0	9.500
Clase de aportante:	I	SINCCF	0	SIN CCF	1	0	0	0	0
Fecha transacción:	2021-01-29	PASENA	899999034	SENA	0	0	0	0	0
Banco:	BANCOLOMBIA	PAICBF	899999239	ICBF	0	0	0	0	0
Transacción:	876081462	PAESAP	899999054	ESAP	0	0	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	0	0	0	0
				GRAN TOTAL					$ 268.500

PAGADO

RECIBO DE PAGO PSE ENERO-DIAN GIRALDO



¡Hola, luz adriana giraldo giraldo

Gracias por utilizar los servicios de BANCOLOMBIA y PSE.
los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: Aprobada
CUS: 876081462
Empresa: ASOPAGOS
Descripción: Pago de seguridad Social Integrado
Valor de la Transacción: $ 268.500
Fecha de Transacción: 29/01/2021

Ten en cuenta estos tips de seguridad

- Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.
- Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.
- Procura cambiar tus contraseñas bancarias frecuentemente.

ach

TransaccionesACH @ACH_Informa

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14545307246

(415)7707212489984(8020) 000001454530724 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 5 3 7 7 0 1 5 3	5	Impuestos y Aduanas de Manizales 1 0	

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	1 0 5 3 7 7 0 1 5 3	2 0 0 4 0 8 2 4

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caldas 1 7	Manizales 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GIRALDO	GIRALDO	DIANA	LORENA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caldas 1 7	Manizales 0 0 1

41. Dirección principal: CR 10 12 B 53 ALTOS

42. Correo electrónico: dianagiraldo731@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 3 3 8 1 2 1 6 3	

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 9	2 0 1 5 0 1 2 6							

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 2019 - 05 - 28

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Dr. Juan de Jesús Ospina Aguirre

Especialista en Salud Ocupacional - Salud Familiar y Ultrasonido Médico y Rehabilitación Cardiopulmonar
Imágenes Diagnósticas Ultrasonográficas (Ecografías) - UNIVERSIDAD DE CALDAS -
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA - Registro Departamental 1179 - Registro Nacional 8440

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL
EXAMEN MÉDICO DE SALUD OCUPACIONAL

FECHA: 29. 01 2021. **TELÉFONO:** 313.3812163.

NOMBRE COMPLETO Diana Lorena Giraldo Giraldo.	**EDAD** 34	**CÉDULA** 1053770153.
EMPRESA O CONTRATANTE Seca.	**CARGO**	Instructora agroindustria
TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL: (Ingreso, egreso, post incapacidad, reintegro, cambio de ocupación periódico programado otro		Ingreso.

CONCEPTO DE APTITUD: aplica para ingreso post, incapacidad, periódico reintegro, cambio de ocupación).
Marque con x una de las siguientes:

Sin limitaciones para el cargo: X Con limitaciones para el cargo: _____ Aplazado: _____

CONCEPTO DE APTITUD APOYADO EN EL PERFIL PARA EL CARGO: SI X **NO** _____

OBSERVACIONES Y/O ACLARACIONES: (Restricciones Recomendaciones o motivo de aplazamiento)

Acatar normas de seguridad, usar elementos de protección personal, pausas activas, e higiene postural.
Apto para cargo asignado / EX SICOSOCIAL / SICOLÓGICO osteomuscular. Neurológico. cardiaco pulmonar auditivo y visi

EL CONCEPTO DE APTITUD SE EMITIO APARTIR DE: (Marque con una X los que aplique)

Examen Médico		Neuroconducción		Lanoratorios: Cuales	
Tamizaje de Audiometría	X	Evaluación Osteomuscular	X		
Tamizaje de Espirometría		Evaluación Dermatológica			
Tamizaje de Visiometría	X	Evaluación Trabajo en alturas			
Examen Optométrico		Evaluación M. de Alimentos		Otros; Cuales	
Electrocardiograma		Evaluación Cardiovascular	X		
Electro encefalograma					

EXAMEN DE RETIRO: Sospecha de: (Marque con una X según a que corresponda)

Secuela ATEP no reportado: Si____ No X Enf. Profesional: Si____ No X Enf Común agravada por el trabajo: Si____ No X

SE ENTREGA REMISION PARA LA E.P.S SI _____ NO //

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGÍA SUGERIDOS: _____

Consentimiento Informado del aspirante o trabajador: Autorizo al (a/el)Doctor(a) abajo mencionado (a)a realizar en mi examen y /o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado en este documento, (el) (la)Doctor(a) abajo mencionado(a) que me ha explicado la naturaleza, el propósito los beneficios la interpretación, las limitaciones y los riesgos para el examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es) a partir de la respetiva historia clínica antes de la respectiva toma de pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el (los) exámenes. Fui informado de las medidas que tomara la institución para proteger la confidencialidad de los resultados, recibí copia de la valoración médica de salud ocupacional, las respuestas dadas por estas son verídicas y son completas, autorizo a la empresa para que suministre a mi empresa donde trabajo y /o entidades contempladas en la legislación vigente, para que suministre este documento para el buen cumplimiento del programa salud ocupacional y para las situaciones que lo ameritan.

Dr Juan de J. Ospina A
Especialista en Gerencia de Salud Ocupacional
Reg Dpta 1179 Nacional 8740

FIRMA DEL MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

Diana Lorena Giraldo Giraldo
FIRMA DEL EMPLEADO 1053770153

Cra. 21 Nº 23 - 26 Plaza de Bolívar Tel: 882 12 22 - 890 30 40
Cel. 312 259 0881 Manizales, Caldas
E-mail: jjoa81@hotmail.com

Escaneado con CamScanner

Dr. Juan de Jesús Ospina Aguirre

Especialista en Salud Ocupacional - Salud Familiar y Ultrasonido Medico y Rehabilitación Cardiopulmonar
Imagenes Diagnosticas Ultrasonográficas (Ecografias) - UNIVERSIDAD DE CALDAS -
FUNDACION UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA - Registro Departamental 1179 - Registro Nacional 8440

TAMIZAJE

VISIOMETRIA BILATERAL

PRUEBA Y EVALUACION DE PERCEPCION VISUAL

FECHA: 29.01.2021. **HORA:** 4:30 **ENTIDAD** Nueva EPS.
NOMBRE COMPLETO: Diana Lorena Giraldo Giraldo.
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 105.377.015.3. **EDAD:** 34.
DIRECCION: Cra 10 #. 12 B. 53. **TELEFONO:** 313.3812163.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS OCULARES: No refiere

OJO DERECHO: **VISIÓN CERCANA:** 20/20
VISIÓN LEJANA: 20/20

OJO IZQUIERDO: ***VISIÓN CERCANA:*** 20/20
VISIÓN LEJANA : 20/20

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: Normal

DEBE SER EVALUADO POR:

Oftalmología: _____ **Optometría:** _____

OBSERVACIONES: _____

Dr Juan de J. Ospina A
Especialista en Gerencia
de Salud Ocupacional
Reg Distrital 1179 Reg Salud 8740

MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

Nota; Este examen no reemplaza el examen de optometría realizado por el optómetra.

Cra. 21 Nº 23 - 26 Plaza de Bolívar Tel: 882 12 22 - 890 30 40
Cel. 312 259 0881 Manizales, Caldas
E-mail: jjoa81@hotmail.com

Escaneado con CamScanner

FECHA DE EXAMEN 2021-02-01 10:36:25 **TIPO DE EXAMEN** INGRESO

DATOS DE INSTITUCION

NOMBRE:	M. MARCELA ALVARAN CARDONA - AUDIOLOGA Y ESP. GERENCIA SST	NIT	30312776-5
DIRECCION:	CRA 22 NO 26 - 03 PRIMER PISO	E-MAIL	CENTROINTERNACIONAL12@GMAIL.COM
TELEFONOS:	8731343-8829986 CEL. 3108211950	SEDE	CENTRO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS	DIANA LORENA GIRALDO GIRALDO						
IDENTIFICACION	CC	1053770153	EDAD	34 Años	SEXO	F	
ESTADO CIVIL	UNION LIBRE	ESCOLARIDAD	PROFESIONAL	FECHA DE NACIMIETNO	31/07/1986		
LUGAR DE NACIMIENTO	MANIZALES	DIRECCION		ESTRATO	0		
PROCEDENCIA	DEPARTAMENTO	CALDAS	MUNICIPIO	MANIZALES	TELEFONOS		
GRUPO FAMILIAR		GRUPO SANGUINEO	O +				
ARL	NO REFIERE						
EPS	NUEVA E.P.S.						

DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	TIPO 1	CARGO	INSTRUCTORA
SEDE	MANIZALES	FECHA DE INGRESO	01-02-2021
ANTIGUEDAD EN EL OFICIO	null	AREA	EDUCACION
JORNADA DE TRABAJO	DIURNA		

ANTECEDENTES AUDITIVOS	
PROTECCION AUDITIVA	NO
CARGO	EVALUADORA
EXPOSICION A RUIDO	

ANAMNESIS

INTERPRETACION	Normal
CAUSA	Ingreso Laboral
ULTIMO EXAMEN DE AGUDEZA AUDITIVA	6 Meses y 1 Año

OTOLOGICOS

Nombre	Oido Izquierdo	Oido Derecho	Bilateral	Observaciones
HIPOACUSIA			NR	
OTITIS MEDIA SIN OTORREA			NR	
OTITIS MEDIA CON OTORREA			NR	
OTALGIA			NR	
OTORRAGIA			NR	
ACUFENOS PERMANENTES			NR	
ACUFENOS OCASIONALES			NR	
AUMENTAN CON SILENCIO			NR	
AUMENTAN CON RUIDO			NR	
CIRUGIA DE OIDO			NR	
PROBLEMAS DE EQUILIBRIO			NR	
OTROS			NR	

ACTIVIDAD EXTRALABORAL CON EXPOSICION A RUIDO

Nombre	Presenta
SERVICIO MILITAR	NO
POLIGONO	NO
WALKMAN	NO
DISCOTECA	NO

Escaneado con CamScanner

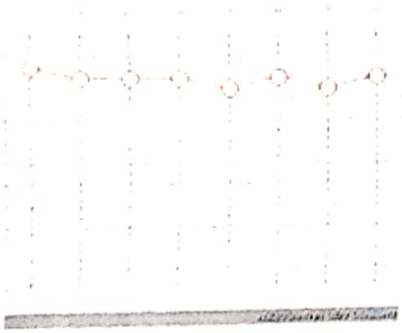
Fecha de impresión 01/02/2021 10:46 AM

Nombre	Presenta
LABORAS CON EQUIPOS RUIDOSOS	SI
OTROS	NO
MOTOCICLISMO	NO

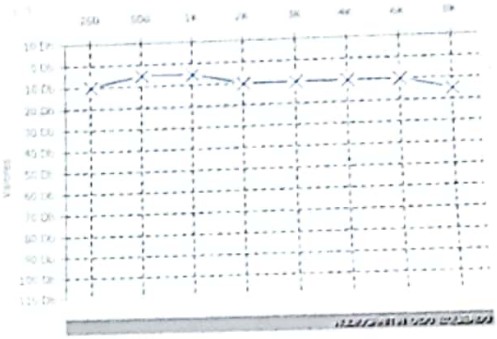
OTOSCOPIA

Nombre	Descripción
PABELLON AURICULAR	Normal
TIMPANO	Normal
TAPON DE CERA	No
OTROS HALLAZGOS	

Oido Derecho



Oido Izquierdo



DIAGNOSTICO

Nombre	Oido Derecho	Oido Izquierdo	Bilateral	Observaciones
AUDICION NORMAL			X	SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFERICA EN PARAMETROS DE NORMALIDAD 0 - 25 DB
HIPOACUSIA				
HIPOACUSIA MIXTA				
HIPOACUSIA CONDUCTIVA				
HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL				

SEVERIDAD - CAOHC

	Observaciones
NORMAL(0-25db)	BILATERAL
LEVE (26-40db)	
MODERADA (41-55db)	
MODERADA-SEVERA (56-	
SEVERA(71-90db)	
PROFUNDA(MAYOR 91db)	

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	SI	
CONTROL AUDITIVO EN SEIS MESES		
USO DE PROTECCION AUDITIVA	SI	EN SITIO RUIDOSO
CONTROL DE OTORRINOLARINGOLOGIA		
LAVADO AUDITIVO OD		
LAVADO AUDITIVO OI		

Escaneado con CamScanner

Fecha de impresión 01/02/2021 10.46 AM

LAVADO AUDITIVO BILATERAL		
AUDIOMETRIA CONFIRMATORIA		
EXAMENES AUDIOLOGICOS		
CONDUCTA DEL USARIO EN LA CONSULTA	ACEPTABLE	

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

OBSERVACIONES
RECOMENDACIONES

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O DEL TRABAJADOR:Autorizó al Doctor a realizarme el examen médico y /o praclinico ocupacionales registrados en este documento. Se me ha explicado la naturaleza y propósito de este exámen médico y sus paraclínicos, he comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del exámen médico y/o paraclínico a través de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de pruebas. Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que se realizaran estos exámenes. Fuí informado acerca de la confidencialidad de los datos y resultados aquí registrados y la protección que se le dará a este documento. Las respuestas dadas por mi están completas y son verídicas. Autorizo a la empresa para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional y las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido contemplados antes de mi firma y me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

"El examinado certifica que no omitio dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la informacion expresada en este documento es cierta"

MARIA MARCELA ALVARAN CARDONA
C.C 30512770 RM. 15132
Firma y sello del Médico Evaluador

DIANA LORENA GIRALDO GIRALDO
C.C 1053770153
Firma del trabajador Evaluado

Escaneado con CamScanner

M. Marcela Alvarán Cardona
Fonoaudiologa - Especialista en Audiología
Especialista Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo.

EVALUACION DE VOZ

IDENTIFICACION

NOMBRE Y APELLIDOS DIANA LORENA GIRALDO GIRALDO
EDAD 34AÑOS
FECHA DE NACIMIENTO 310-07-1986
CC 1053770153
FECHA EVALUACION FERERO 01 - 2021

1. EVALUACION SUBJETIVA DE LA VOZ
1.1 Como calificaría usted su Voz: Excelente___Buena X___Regular_____Mala_____
1.2 Antes presento alguna dificultad a nivel de cuerda vocal: ¿SI_____ NO_X_Cual?
1.3 Fuma SI NO X
1.4 Ha Experimentado alguna disfonía durante o después de hablar? NO

SINTOMAS	SI	NO
Voz Cansada		X
Dolor o Malestar en el Cuello		X
Sensación de Hormigueo o ardor en la garganta		X
Carraspeo		X
Tos		X
Interrupción en la Voz		X
Se queda sin aire en la mitad de las palabras		X
Ronquera		X
Al hablar presenta cambios bruscos en el tono de la voz		X

EVALUACION VOZ

1. RESPIRACION
MODO
INSPIRACION: NASAL_X___BUCAL_____MIXTO_____
ESPIRACION: NASAL_____BUCAL_X_MIXTO _

TIPO	FONACION	REPOSO
Clavicular de ascenso.....		
Costal Superior.....	X	X
Costal Diafragmático.....		
Costal abdominal.....		

2. RENDIMIENTO
2.1 Tiempo de Inspiración: 3"
2.2 Tiempo de Expiración 6"
2.3 Conteo 34
2.4 Vocales 11Veces
2.5 Dias Semana 4semanas

Escaneado con CamScanner

3 FUNCIONES LARINGEAS NO VOCALES

	NORMAL	INSONORA	DEBIL
TOS	x		
RISA	x		
CARRASPEO	x		

4. COORDINACION FONORESPIRATORIA

	NORMAL	ALTERADA
CONVERSACION	x	
LECTURA	x	

5. EFECTO GLAZTER

VOCAL	NASALIZA	NO NASALIZA
A		X
E		X
I		x
0		X
U		x

6. ESCALA GRABS

		0 NORMAL	1 LEVE	2 MODERADO	3 SEVERO
G	Grado de afectación general y global voz	X			
R	Ronquera, indica ronquera o rasposidad de la voz	x			
A	Astenia indica el grado de fatiga o cansancio de la voz	x			
B	Aérea indica el escape de aire o voz soplada	x			
S	Tensión indica grado de tensión	x			

DIAGNOSTICO DE FONOAUDIOLOGIA

Voz Normal - No se observa Disfonía

RECOMENDACIONES PAUTAS DE HIGIENE VOCAL

-No carraspee
-No Grite
- Evite los cambios bruscos de temperatura
-Mantener líquido para consumir mientras este dictando clase
-No consumir los alimentos ni muy caliente ni muy frio
-No consumir alimentos muy condimentados
. No acostarse después de comer para evitar dificultades gástricas que producen disfonia

M. Marcela Alvaran C.
Fonoaudiologa M.N. 1137
Universidad Católica

M.MARCELA ALVARAN CARDONA
FONOAUDIOLOGA
TP 30312776

Escaneado con CamScanner

Hace constar:

Que el Sr(a) DIANA LORENA GIRALDO GIRALDO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1053770153 realizó el día 22/02/2021 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 DIANA LORENA GIRALDO GIRALDO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1053770153 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.

Diana Lorena Giraldo G.

Firma

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

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

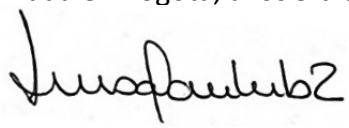
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que DIANA LORENA GIRALDO GIRALDO, con Cédula Ciudadanía No. 1053770153 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034, tiene un registro como Independiente desde el 30/01/2021 y fecha fin de contrato 17/12/2021 con riesgo 2 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

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): 202101012250595.

Dada en Bogotá, a los 9 días del mes de febrero de 2021



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **DIANA LORENA GIRALDO GIRALDO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1053770153,** se encuentra afiliado/a desde **26/01/2015** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 29 de enero de 2021.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Bancario

Viernes, 29 de Enero de 2021

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que DIANA LORENA GIRALDO GIRALDO identificado(a) con CC 1053770153, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	05912567607	2013/09/02	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.

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

Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el momento de todos
Bancolombia

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

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

Ciudad de Expedición:	Sucursal:	Cod. Sucursal:	Nro. Póliza:	Anexo:
MANIZALES	MANIZALES	42	42-46-101014090	0

Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:	Vigencia Hasta:			A las:	Tipo Movimiento:
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	
09	02	2021	10	02	2021	00:00	17	04	2022	00:00	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social:		Identificación:	
GIRALDO GIRALDO DIANA LORENA			1053770153
Dirección:	**Ciudad:**		**Teléfono:**
CR 10 12 B 53	MANIZALES - CALDAS		3133812163

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social:		Identificación:	
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA			899999034-1
Dirección:	**Ciudad:**		**Teléfono:**
KM 10 VIA AL MAGDALENA	MANIZALES - CALDAS		8748444

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:
EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.2239407 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR, PORPERÍODO FIJO, PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DE FORMACIÓN PROFESIONAL, PRESENCIALES OVIRTUALES EN EL PROGRAMA DE ARTICULACIÓN CON LA EDUCACIÓN MEDIA EN EL AREA AGROINDUSTRIAL

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	10/02/2021	17/04/2022	$ 4,004,000.00

OBSERVACIONES:

*LA PRESENTE POLIZA SE EXTIENDE A CUBRIR EL PAGO DE LAS MULTAS Y DE LA CLAUSULA PENAL PECUNIARIA

Valor Prima Neta:	Gastos Expedición:	IVA:	Total a Pagar:	Valor Asegurado Total:	Fecha Límite de Pago:
$ 18,912.04	$ 8,000.00	$ 5,113.29	$ 32,025.33	$ 4,004,000.00	09/02/2021

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
PELAEZ OCCIDENTE LIMITADA ASESORES DE SEGUROS	72984	100,00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTÍA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO

Para efecto de notificaciones la dirección de Seguros del Estado S.A. es CRA. 24 NO. 64-03 - Teléfono: 8813280 - MANIZALES

Diana Lorena Giraldo G.

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas
Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdelestado.com

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

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

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

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

CONSTANCIA DE NO REVOCATORIA NI CANCELACIÓN POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

Hacemos constar, que la póliza No. 42-46-101014090, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

Lo anterior de conformidad con lo establecido en el decreto 1082 de 2015, el cual regula las garantías ante entidades estatales.

Dado en MANIZALES, a los 9 días del mes de Febrero de 2021



FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: RECIBO DE PAGO Nº: 42461010140900

FECHA	
09/02/2021	

RECIBIMOS DE: GIRALDO GIRALDO DIANA LORENA C.C. 1053770153

LA SUMA DE: TREINTA Y DOS MIL VEINTICINCO CON TREINTA Y TRES CENTAVOS PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 42-46-101014090

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
MANIZALES - CU. ESTATAL - 101014090 - 0 - 0	$ 18,912.04	$ 8,000.00	$ 5,113.29	$ 32,025.33

FORMA DE PAGO

	EFECTIVO:	$ 32,025.33
	CHEQUE:	$ 0.00
	TARJETA:	$ 0.00
	BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO: PELAEZ OCCIDENTE LIMITADA ASESORES DE SEGUROS - 72984	OTROS:	$ 0.00
	TOTAL:	$ 32,025.33
	CAJERO: RAPIESTADO	

ORIGINAL

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: RECIBO DE PAGO Nº: 42461010140900

FECHA	
09/02/2021	

RECIBIMOS DE: GIRALDO GIRALDO DIANA LORENA C.C. 1053770153

LA SUMA DE: TREINTA Y DOS MIL VEINTICINCO CON TREINTA Y TRES CENTAVOS PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 42-46-101014090

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
MANIZALES - CU. ESTATAL - 101014090 - 0 - 0	$ 18,912.04	$ 8,000.00	$ 5,113.29	$ 32,025.33

FORMA DE PAGO

	EFECTIVO:	$ 32,025.33
	CHEQUE:	$ 0.00
	TARJETA:	$ 0.00
	BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO: PELAEZ OCCIDENTE LIMITADA ASESORES DE SEGUROS - 72984	OTROS:	$ 0.00
	TOTAL:	$ 32,025.33
	CAJERO: RAPIESTADO	

COPIA

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

PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.42-46-101014090

1. AMPAROS.

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ SEGURESTADO OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, HASTA EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO PACTADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA, CUBRIENDO CON ELLOS, SIEMPRE LOS PERJUICIOS DIRECTOS QUE CON SUJECIÓN A LA DEFINICIÓN DE LAS CONDICIONES ADELANTE INDICADAS, LLEGARE A CAUSAR EL GARANTIZADO POR EL INCUMPLIMIENTO QUE, ATRIBUIBLE A SU ACCIÓN U OMISIÓN, PRODUJERE.

LOS AMPAROS QUE SE OTORGAN EN ESTA PÓLIZA SERÁN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. SEGÚN LAS DEFINICIONES QUE A CONTINUACIÓN SE INDICAN:

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

EL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LA SANCIÓN DERIVADA DEL INCUMPLIMIENTO DE LA OFERTA, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1.1.1 LA NO AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUANDO EL PLAZO PARA LA ADJUDICACIÓN O PARA SUSCRIBIR EL CONTRATO ES PRORROGADO, SIEMPRE QUE TAL PRÓRROGA SEA INFERIOR A TRES (3) MESES.

1.1.2 EL RETIRO DE LA OFERTA DESPUÉS DE VENCIDO EL PLAZO FIJADO PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS OFERTAS.

1.1.3 LA NO SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO SIN JUSTA CAUSA POR PARTE DEL ADJUDICATARIO.

1.1.4 LA FALTA DE OTORGAMIENTO POR PARTE DEL PROPONENTE SELECCIONADO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

EL AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE LLEGUEN A CAUSAR, CON OCASIÓN DE (I) LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO, (II) EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO Y (III) LA APROPIACIÓN INDEBIDA DE LOS RECURSOS RECIBIDOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO EN CALIDAD DE ANTICIPO.

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

EL AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE CAUSEN POR LA NO DEVOLUCIÓN TOTAL O PARCIAL, DEL DINERO ENTREGADO AL CONTRATISTA GARANTIZADO A TITULO DE PAGO ANTICIPADO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR.

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

EL AMPARO DE CUMPLIMIENTO, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS DIRECTOS DERIVADOS DE: (A) EL INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (B) EL CUMPLIMIENTO TARDÍO O DEFECTUOSO DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (C) LOS DAÑOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA POR ENTREGAS PARCIALES DE LA OBRA, CUANDO EL CONTRATO NO PREVÉ ENTREGAS PARCIALES; Y (D) EL PAGO DEL VALOR DE LAS MULTAS Y DE LA CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA SIEMPRE QUE SE HUBIEREN PACTADO PREVIAMENTE EN EL CONTRATO GARANTIZADO.

EN VIRTUD DE LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 44 DE LA LEY 610 DE 2000, LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CUBRIRÁ LOS PERJUICIOS CAUSADOS A LA ENTIDAD ESTATAL COMO CONSECUENCIA DE LA CONDUCTA DOLOSA O CULPOSA, IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADOS DE UN PROCESO DE RESPONSABILIDAD FISCAL,SIEMPRE Y CUANDO ESOS PERJUICIOS DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES SURGIDAS DEL CONTRATO AMPARADO POR LA GARANTÍA.

1.5 AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES.

EL AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES DE NATURALEZA LABORAL, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS QUE SE LE OCASIONEN, A RAÍZ DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES A QUE ESTÉ OBLIGADO EL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO AMPARADO EN EL TERRITORIO NACIONAL.

ESTA GARANTÍA NO SE APLICARÁ PARA LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN EN SU TOTALIDAD FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL POR PERSONAL CONTRATADO BAJO UN RÉGIMEN JURÍDICO DISTINTO AL NACIONAL.

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

EL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE GENEREN COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, PRESENTADOS EN LA OBRA ENTREGADA Y RECIBIDA A SATISFACCIÓN DE DICHA ENTIDAD ESTATAL O SUS REPRESENTANTES, CUYA CAUSA SEA IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO.

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

EL AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO, QUE SE OCASIONEN CON POSTERIORIDAD A LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, Y QUE SE DERIVEN DE LA DEFICIENTE CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO.

EN LOS CONTRATOS DE INTERVENTORIA, LA VIGENCIA DE ÉSTE AMPARO DEBE SER IGUAL AL PLAZO DE LA GARANTÍA DE ESTABILIDAD DEL CONTRATO PRINCIPAL EN CUMPLIMIENTO DEL PARAGRAFO DEL ARTÍCULO 85 DE LA LEY 1474 DE 2011.

1.8 CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADOS.

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA, SUFRIDOS POR LA DEFICIENTE CALIDAD E INCORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES QUE RECIBE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO GARANTIZADO.

2. EXCLUSIONES.

LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO OPERARÁN CUANDO LOS DAÑOS A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA SE GENEREN POR:

2.1 CAUSA EXTRAÑA, ESTO ES, LA FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO, EL HECHO DE UN TERCERO O LA CULPA EXCLUSIVA DE LA VÍCTIMA.

2.2. DAÑOS CAUSADOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO, A LOS BIENES DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, NO DESTINADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.

2.3. EL USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A QUE SE ENCUENTRE OBLIGADA LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA.

2.4. EL DETERIORO NORMAL QUE SUFRAN LOS BIENES ENTREGADOS CON OCASIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, COMO CONSECUENCIA DEL TRANSCURSO DEL TIEMPO.

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

3. SUMA ASEGURADA.

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

4. VIGENCIA.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. COMPENSACIÓN.

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

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

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

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

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

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

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

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

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

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

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

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

13. COASEGURO

EN CASO DE EXISTIR COASEGURO, ESTO ES LA DISTRIBUCIÓN ENTRE VARIAS ASEGURADORAS DE DETERMINADO RIESGO, AL NO EXISTIR SOLIDARIDAD ENTRE LAS MISMAS, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN SE DISTRIBUIRÁ Y HARÁ EXIGIBLE ENTRE LOS COASEGURADORES, EN PROPORCIÓN A LAS CUANTÍAS DE SU RESPECTIVA PARTICIPACIÓN.

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Manizales, 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:

C.C.	30284869	MARIA LUDIVIA GIRALDO PANESSO	**MADRE**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Padre o hermano que se encuentra en situación de dependencia, por ingresos en el año menores a 260 UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente con mi firma declaro: que **NINGUNA PERSONA** ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,

Diana Lorena Giraldo Giraldo

_____
FIRMA
Nombre: DIANA LORENA GIRALDO GIRALDO
C.C. 1.053.770.153 De Manizales

CLAUDIA MARÍA RAMÍREZ ARANGO, identificada con cédula de ciudadanía No.30.299.834 de Manizales, quien obra en calidad de contador. Tarjeta Profesional 57819-T

CERTIFICA:

Que para los efectos de la norma establecida en numeral 5 del parágrafo 2 del art. 387 del E.T, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, la señora MARIA LUDIVIA GIRALDO PANESSO, identificada con la cédula de ciudadanía 30.284.869 de Manizales, residente en la ciudad de Manizales y de ocupación ama de casa, madre de DIANA LORENA GIRALDO GIRALDO, identificada con C.C. 1.053.770.153 de Manizales.

Que en la actualidad la señora MARIA LUDIVIA GIRALDO PANESSO no obtiene ingresos propios, por lo cual se cumple con los criterios para que la señora MARIA LUDIVIA GIRALDO PANESSO pueda figurar como dependiente de DIANA LORENA GIRALDO GIRALDO.

La presente certificación se expide para que sea presentada por DIANA LORENA GIRALDO GIRALDO ante el departamento de contabilidad de la empresa en la cual está vinculada actualmente bajo contrato de prestación de servicios.

En constancia de lo anterior, firmo en Manizales a los diecisiete (17) días de febrero de 2.021.

Claudia María Ramírez

CLAUDIA MARÍA RAMÍREZ ARANGO
C.C. 30.299.834 de Manizales
T.P. 57819-T





CERTIFICADO PARA: DIANA LORENA GIRALDO GIRALDO

FIRMA: Claudia María Ramírez

30.299.834 de Manizales
17-02-2021

República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

57819-T



CLAUDIA MARIA
RAMIREZ ARANGO
C.C. 30299834
RES. INSCRIPCION 8 **DEL 04/02/1998**
UNIVERSIDAD DE MANIZALES

JOSE ORLANDO RAMIREZ ZULUAGA
DIRECTOR GENERAL

282075 **66841**

Identificación Plástica S.A. 1999/0119

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990. Es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: (57)(1) 644 4450 o devolverla a la UAE – Junta Central de Contadores a la Carrera 16 No. 97- 46 Of.301 en Bogotá D.C.

FIRMA

CERTIFICADO PARA: DIANA LORENA GIRALDO GIRALDO

FIRMA: Claudia María Ramírez

30.299.834 de Manizales
17-02-2021

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

8220 8C84 41A0 81A8

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **CLAUDIA MARIA RAMIREZ ARANGO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 30299834 de MANIZALES (CALDAS) Y Tarjeta Profesional No 57819-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS ******************************
****
****

Dado en BOGOTA a los 17 días del mes de Febrero de 2021 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

CERTIFICADO PARA: DIANA LORENA GIRALDO GIRALDO

FIRMA: Claudia María Ramírez

30.299.834 de Manizales
17-02-2021

DIAN
POR UNA COLOMBIA MAS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14510054192

(415)7707212489984(8020) 000001451005419 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 0 2 9 9 8 3 4	9	Impuestos y Aduanas de Manizales 1 0	

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	3 0 2 9 9 8 3 4	1 9 8 4 0 9 3 0

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Caldas 1 7	Manizales 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RAMIREZ	ARANGO	CLAUDIA	MARIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caldas 1 7	Manizales 0 0 1

41. Dirección principal
CL 65 30 53 BRR BETANIA

42. Correo electrónico claudiamaria80@hotmail.com

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

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
0 0 1 0	2 0 1 8 0 9 0 6	6 9 2 0	2 0 0 6 0 3 1 6				2 4 1 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 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 2019 - 05 - 17

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 LOAIZA LOAIZA ALEXANDER
985. Cargo Gestor I

Fecha generación documento PDF: 20-11-2020 04:01:12PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO