

 <p>DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES) REGIONAL CALDAS</p> <p>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE ENTRO DE PROCESOS INDUSTRIALES Y CONSTRUCCION - CALDAS - SERVICIOS PRESTADOS A LA F</p> <p>Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1 Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)</p>	Código Regional	17
	Código Centro	922010
	Fecha Elaboración	Febrero de 2021
	Versión	ENERO 2021 - 1,21
	ID de Proceso	13580-410855
	No. de documento	22126

DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos contratista:	ANGELA PATRICIA MUÑOZ ALVARADO	C.C.	41.933.186
Correo electrónico contratista:	apmunoz@sena.edu.co	IP/N° de contacto	3135180441
Régimen del IVA:	☐ NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	☐ NO
	☐ Es declarante de renta?	☐ NO	☐ Es Pensionado?
Sus ingresos en el 2020 Superaron \$49'849.000	☐ NO	Inducción SST	☐ SI
	☐ Presta Servicios Excluidos de IVA ?	☐ SI	
Banco al cual consignar:	BANCO DE OCCIDENTE	Tipo de cta	AHORROS
	N° Cuenta	031208226	
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			
N° del contrato:	2245834/2021	N° Compromiso SIIF	5321
Valor Total del Contrato	\$ 39.000.000	N ° Pago	1
Saldo Anterior del Contrato	\$ 39.000.000	Periodo objeto de pago	Del 12/02/2021 Al 28/02/2021
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 36.790.000	Comisiones	\$ 0,00
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR TEMPORALMENTE SERVICIOS PROFESIONALES, COMO INSTRUCTOR, PERÍODO FIJO, PARA EJECUTAR ACCIONES DE FORMACIÓN PROFESIONAL, PRESENCIALES O VIRTUALES, APOYAR EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE FORMACIÓN, ÁREA FORMACIÓN VIRTUAL Â€" INGLÉS.		

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 2.210.000	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 2.210.000	Menos, ReteFuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 1.297.500	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR			
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Febrero	Enero	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 908.526	\$ 0	Valor Base retención en la fuente 1.297.500,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 113.600	\$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA 1.951.000,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 145.400	\$ 0	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00
ARL	\$ 4.800	\$ 0	Menos Retención en la Fuente 0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Menos Retencion IVA 0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -		Reteica - 8299 7.219,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064	\$ -		0,370%
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.630.800	\$ -		Otras Retenciones 0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones 0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones 0,00
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones 0,00
Dependientes hasta \$ 1.161.856	\$ 221.000		Descuentos de Libranza 0,00
Salud hasta \$ 580.928	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
Renta Exenta 25% \$ 8.713.920	\$ 432.500		VALOR A PAGAR \$ 2.202.781,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		

SON: DOS MILLONES DOSCIENTOS DOS MIL SETECIENTOS OCHENTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
<p>Se paga la seguridad social del respectivo mes (paz y salvo)</p> <p>Se realiza el registro, verificación y actualización de la información de la hoja de vida, contenido, monto y ejecución del contrato.</p> <p>Se asocian las siguientes rutas de aprendizaje 2267744 - ENGLISH DOT WORKS 1 2267745 - ENGLISH DOT WORKS 1 2267766 - ENGLISH DOT WORK</p> <p>Retroalimentación de las evidencias enviadas por los aprendices.</p> <p>Retroalimentación de evidencias en las diferentes actividades o resultados de aprendizaje</p> <p>Realización capacitación Seguridad en el trabajo</p>	

<p>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</p> <p>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.</p>	<p>ANGELA PATRICIA MUÑOZ ALVARADO EL CONTRATISTA</p>
---	--

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
<p>En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:</p> <p>1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;</p> <p>2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;</p> <p>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.</p>	<p>Autorizo el presente pago. El Supervisor,</p> <p>FERNANDO ARCINIEGAS CORDOBA INSTRUCTOR G09</p>

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 CARLOS RUGE OSORIO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 145.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 145.600	\$ 0	\$ 145.600
SUBTOTALES:										\$ 145.600	\$ 0	\$ 145.600

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS016	EPS016-COOMEVA S.A.	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 113.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 113.800	\$ 0	\$ 0	\$ 113.800
SUBTOTALES:									\$ 113.800				\$ 113.800	\$ 0	\$ 0	\$ 113.800

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 4.800	\$ 4.800	\$ 0	\$ 0	\$ 4.800
SUBTOTALES:									\$ 4.800	\$ 0	\$ 0	\$ 4.800

[illegible]

TOTAL	\$ 264.200
--------------	-------------------

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT 830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogotá

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 8995764542

DV: 741634

Cajero:

ARACSEVE

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha:

06/02/2021 09:54:51

PS Recaudador:

908916 SERVICIOS LA 40

Cantidad cupones:

1

Identificación:

41933186

Nombre:

ANGELA PATRICIA

Apellido 1:

MORA

Apellido 2:

ALVARADO

TIPO DOCUMENTO:

CEDULA DE CIUDADANIA

TELEFONO:

3135180441

Código Planilla:

1723713944

Período Pago:

2021/01

Valor Comisión:

0

Valor Iva Comisión:

0

Referencia

\$264.200,00

Valor recibido:

\$264.200,00

Forma de pago:

EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el
cliente beneficiario

Conserve este recibo, es el único
soporte válido para atender cualquier
reclamación.

Con la solicitud y aceptación de mi
parte, de la prestación de este
servicio, entienda que manifiesto
verbalmente mi autorización para el
tratamiento de los datos personales que
voluntariamente he entregado a Efectivo
Ltda., Estos datos pueden ser utilizados
única y exclusivamente para la
prestación del servicio convenido.
Línea de servicio al cliente: (1)
6510101

servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co



NIT - 805000427

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A COOMEVA EPS
(NO VÁLIDO PARA MOVILIDAD EN EL SGSSS,
USO DE SERVICIOS MÉDICOS NI PARA PAGO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS)

La afiliada ANGELA PATRICIA MUÑOZ ALVARADO identificada con CC-41933186 está vinculada al Sistema General de Seguridad Social en Salud Régimen Contributivo por intermedio de COOMEVA EPS S.A en calidad de COTIZANTE CABEZA DE FAMILIA y su estado actual es ACTIVO.

Reiteramos nuestra entera disposición para colaborar frente a cualquier inquietud que pueda presentarse, en la línea gratuita: 01 8000 930 779.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado el día Febrero 03 de 2021.

Cordialmente,

Director Nacional De Operaciones

41933186

¡Gracias por contar con Coomeva, Coomeva cuenta con usted!

 Formulario del Registro Único Tributario		001
2. Concepto ☐ 0 ☒ 2 Actualización		4. Número de formulario 14681234032
		 <small>(415)7707212489984(8020) 000001468123403 2</small>
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 4 1 9 3 3 1 8 6 4		6. DV 4 12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Armenia 14. Buzón electrónico 1
IDENTIFICACIÓN		
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3
26. Número de identificación 4 1 9 3 3 1 8 6		27. Fecha expedición 1 9 9 3 0 9 1 5
28. País COLOMBIA 1 6 9		29. Departamento Quindío 6 3
30. Ciudad/Municipio Armenia 0 0 1		
31. Primer apellido MUÑOZ	32. Segundo apellido ALVARADO	33. Primer nombre ANGELA
34. Otros nombres PATRICIA		
35. Razón social		
36. Nombre comercial		
37. Sigla		
UBICACIÓN		
38. País COLOMBIA 1 6 9		39. Departamento Quindío 6 3
40. Ciudad/Municipio Armenia 0 0 1		
41. Dirección principal CON EL CORTIJO BL 3 AP 203 CR 28 N 40		
42. Correo electrónico anngie35@hotmail.com		
43. Código postal		44. Teléfono 1 7 3 5 6 5 8 7
		45. Teléfono 2 3 1 3 5 1 8 0 4 4 1
CLASIFICACIÓN		
Actividad económica		Ocupación
46. Código 8 5 5 9	47. Fecha inicio actividad 2 0 0 7 0 9 0 1	48. Código 7 4 9 0
49. Fecha inicio actividad 2 0 0 7 0 9 0 1	50. Código 1 2	51. Código 2 3 3 1
52. Número establecimientos		
Responsabilidades, Calidades y Atributos		
53. Código 4 9		
49 - No responsable de IVA		
Obligados aduaneros		Exportadores
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20		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 ☒		60. No. de Folios: 0
		61. Fecha: 2020 - 01 - 29
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 MUÑOZ ALVARADO ANGELA PATRICIA 985. Cargo CONTRIBUYENTE

AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL

Fecha de Examen	2021-02-05 07:51:03	Orden Servicio No.	454151
Tipo de Examen	Pre-Ingreso		
Énfasis en	Cardiovascular, Osteomuscular		
Ciudad	TULUÁ (Valle del Cauca)		
Empresa Convenio	PERSONA NATURAL-1		
Empresa Usaria	SENA		

I. IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombres y Apellidos		ANGELA PATRICIA MUÑOZ ALVARADO			No. Identificación		CC 41933186		
Sexo	Femenino		Grupo Étnico		Otro				
Nacionalidad	Colombia			Fecha Nacimiento		1975-07-02	Edad	45 años	
Estado Civil	Casado			Composición Familiar		5 personas			
Nivel Educativo	Profesional			Profesión u Oficio		LIC LENGUAS MODERNAS			
Ciudad		TULUÁ (Valle del Cauca)							
Dirección Residencia		CALLE 30 N 43-78 BARRIO SAN BENITO					Estrato	No Recuerda	
Zona de Residencia		Urbana	Localidad/Comuna						
Teléfonos		3135180441							
Correo Electrónico									
EPS	Coomeva			ARL	Positiva			AFP	Colpensiones
Acompañante/Responsable		No Registra							



II. INFORMACIÓN LABORAL ACTUAL

Cargo a desempeñar	TUTORA VIRTUAL	Área de Trabajo	SENA
Descripción Cargo	TUTORA VIRTUAL		
Turno de Trabajo	Diurno	Rango Salarial	Menor a 2 SMMLV
Factores de Riesgo Auditivo para el cargo a desempeñar	Suministrados por el trabajador		
Exposición a Factores Riesgo Auditivo	No	Uso de Elementos de Protección Auditiva	No

III. ANTECEDENTES OCUPACIONALES DE RIESGO AUDITIVO

Empresa	Cargo	Tiempo	Expuesto a Riesgo Auditivo	Uso Elementos Protección Auditiva

IV. ANTECEDENTES AUDITIVOS FAMILIARES

Niega

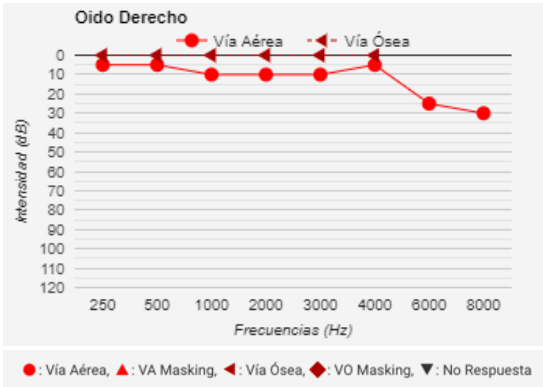
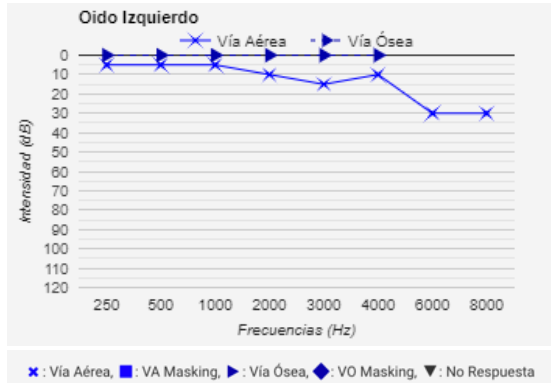
V. ANTECEDENTES PERSONALES

Generales	Hipertensión Arterial	Negativo	Diabetes	Negativo	Parálisis Facial	Negativo
	Rinitis	Negativo	Rubeola	Negativo	Sarampion	Negativo
	Paperas	Negativo	Trauma Craneo Encefálico	Negativo	Otro	Negativo
Otológicos	Otitis Repetitiva	Negativo	Hipoacusia	Negativo	Tinnitus	Negativo
	Cirugía Oído	Negativo	Prurito	Negativo	Ototóxicos	Negativo
	Problemas de Equilibrio	Negativo				
Ruido Extralaboral	Servicio Militar	Negativo	Auriculares	Negativo	Motociclismo	Negativo
	Tejo	Negativo	Uso armas de fuego	Negativo		
Observaciones	Niega					

VI. EXAMEN AUDIOMETRÍA

Fecha Última Audiometría	No-Recuerda	Resultado	Normal
Reposo auditivo para la prueba actual	Si	Tiempo del reposo auditivo	0 Horas
Equipo para la prueba actual	IAMelmedtronics	Tiempo de Exposición a Ruido	0 Horas
Otoscopia	Oído Derecho	Normal	Cerumen
	Oído Izquierdo	Normal	Cerumen

Audiogramas



Resumen de Frecuencias	Intensidad	Frecuencias (Hz)								Promedio Tonos Puros (5,1,2,3)
		250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	
	Oído Derecho - Vía Aérea	5	5	10	10	10	5	25	30	8.8dB
	Oído Derecho - Vía Ósea	0	0	0	0	0	0			
	Oído Izquierdo - Vía Aérea	5	5	5	10	15	10	30	30	8.8dB
	Oído Izquierdo - Vía Ósea	0	0	0	0	0	0			

M: Masking, NR: No Respuesta

Escalas Auditivas	SAL (PTA 5,1,2)	Oído Derecho	8.3dB	A: Normal
		Oído Izquierdo	6.7dB	A: Normal
	ELI (4000Hz)	Presbiacusia	8dB	
		Oído Derecho	-3dB	A: Normal Excelente
	LARSEN	Oído Izquierdo	2dB	A: Normal Excelente
		Oído Derecho	Grado II	
		Oído Izquierdo	Grado II	

VII. DIAGNÓSTICO AUDIOLÓGICO

Diagnóstico Principal CIE-10	Z011 - Examen de oídos y de la audición
Tipo	Impresión Diagnóstica

Oído Derecho	Según GATISO, Audición Normal para zona de lenguaje con descensos frecuenciales.
Oído Izquierdo	Según GATISO, Audición Normal para zona de lenguaje con descensos frecuenciales.

VIII. RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

Recomendaciones	Se recomienda Protección auditiva para laboral expuesto a niveles de presión sonora superiores a 80 dB., Capacitación sobre salud auditiva., Incluir en sistema de conservación auditiva, Control auditivo según programa de conservación auditiva, Uso de glicerina carbonatada
Observaciones	Ninguna

María Nancy Osorio

Firma Especialista

Dra. María Nancy Osorio Villada
Registro No.: 65143

Angela Patricia Muñoz Alvarado

Firma del Usuario

ANGELA PATRICIA MUÑOZ ALVARADO
CC.: 41933186

AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL

Fecha de Examen	2021-02-05 07:51:03	Orden Servicio No.	454151
Tipo de Examen	Pre-Ingreso		
Énfasis en	Cardiovascular, Osteomuscular		
Ciudad	TULUÁ (Valle del Cauca)		
Empresa Convenio	PERSONA NATURAL-1		
Empresa Usaria	SENA		

I. IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombres y Apellidos		ANGELA PATRICIA MUÑOZ ALVARADO			No. Identificación		CC 41933186		
Sexo	Femenino		Grupo Étnico		Otro				
Nacionalidad	Colombia			Fecha Nacimiento		1975-07-02	Edad	45 años	
Estado Civil	Casado			Composición Familiar		5 personas			
Nivel Educativo	Profesional			Profesión u Oficio		LIC LENGUAS MODERNAS			
Ciudad		TULUÁ (Valle del Cauca)							
Dirección Residencia		CALLE 30 N 43-78 BARRIO SAN BENITO					Estrato	No Recuerda	
Zona de Residencia		Urbana	Localidad/Comuna						
Teléfonos		3135180441							
Correo Electrónico									
EPS	Coomeva			ARL	Positiva			AFP	Colpensiones
Acompañante/Responsable		No Registra							



II. INFORMACIÓN LABORAL ACTUAL

Cargo a desempeñar	TUTORA VIRTUAL	Área de Trabajo	SENA
Descripción Cargo	TUTORA VIRTUAL		
Turno de Trabajo	Diurno	Rango Salarial	Menor a 2 SMMLV
Factores de Riesgo Auditivo para el cargo a desempeñar	Suministrados por el trabajador		
Exposición a Factores Riesgo Auditivo	No	Uso de Elementos de Protección Auditiva	No

III. ANTECEDENTES OCUPACIONALES DE RIESGO AUDITIVO

Empresa	Cargo	Tiempo	Expuesto a Riesgo Auditivo	Uso Elementos Protección Auditiva

IV. ANTECEDENTES AUDITIVOS FAMILIARES

Niega

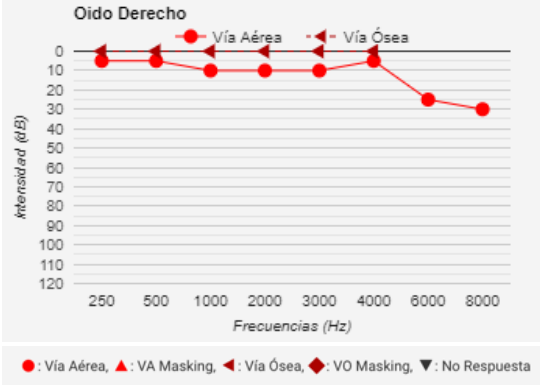
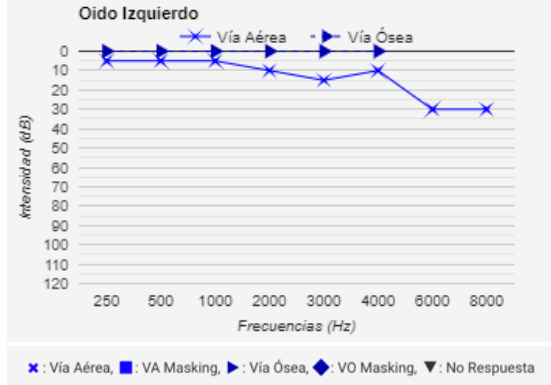
V. ANTECEDENTES PERSONALES

Generales	Hipertensión Arterial	Negativo	Diabetes	Negativo	Parálisis Facial	Negativo
	Rinitis	Negativo	Rubeola	Negativo	Sarampion	Negativo
	Paperas	Negativo	Trauma Craneo Encefálico	Negativo	Otro	Negativo
Otológicos	Otitis Repetitiva	Negativo	Hipoacusia	Negativo	Tinnitus	Negativo
	Cirugía Oído	Negativo	Prurito	Negativo	Ototóxicos	Negativo
	Problemas de Equilibrio	Negativo				
Ruido Extralaboral	Servicio Militar	Negativo	Auriculares	Negativo	Motociclismo	Negativo
	Tejo	Negativo	Uso armas de fuego	Negativo		
Observaciones	Niega					

VI. EXAMEN AUDIOMETRÍA

Fecha Última Audiometría	No-Recuerda	Resultado	Normal
Reposo auditivo para la prueba actual	Si	Tiempo del reposo auditivo	0 Horas
Equipo para la prueba actual	IAMelmedtronics	Tiempo de Exposición a Ruido	0 Horas
Otoscopia	Oído Derecho	Normal	Cerumen
	Oído Izquierdo	Normal	Cerumen

Audiogramas



Resumen de Frecuencias	Intensidad	Frecuencias (Hz)								Promedio Tonos Puros (5,1,2,3)
		250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	
	Oído Derecho - Vía Aérea	5	5	10	10	10	5	25	30	8.8dB
	Oído Derecho - Vía Ósea	0	0	0	0	0	0			
	Oído Izquierdo - Vía Aérea	5	5	5	10	15	10	30	30	8.8dB
	Oído Izquierdo - Vía Ósea	0	0	0	0	0	0			

M: Masking, NR: No Respuesta

Escalas Auditivas	SAL (PTA 5,1,2)	Oído Derecho	8.3dB	A: Normal
		Oído Izquierdo	6.7dB	A: Normal
	ELI (4000Hz)	Presbiacusia	8dB	
		Oído Derecho	-3dB	A: Normal Excelente
	LARSEN	Oído Izquierdo	2dB	A: Normal Excelente
		Oído Derecho	Grado II	
		Oído Izquierdo	Grado II	

VII. DIAGNÓSTICO AUDIOLÓGICO

Diagnóstico Principal CIE-10	Z011 - Examen de oídos y de la audición
Tipo	Impresión Diagnóstica

Oído Derecho	Según GATISO, Audición Normal para zona de lenguaje con descensos frecuenciales.
Oído Izquierdo	Según GATISO, Audición Normal para zona de lenguaje con descensos frecuenciales.

VIII. RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

Recomendaciones	Se recomienda Protección auditiva para laboral expuesto a niveles de presión sonora superiores a 80 dB., Capacitación sobre salud auditiva., Incluir en sistema de conservación auditiva, Control auditivo según programa de conservación auditiva, Uso de glicerina carbonatada
Observaciones	Ninguna

María Nancy Osorio

Firma Especialista

Dra. María Nancy Osorio Villada

Registro No.: 65143

Angela Patricia Muñoz Alvarado

Firma del Usuario

ANGELA PATRICIA MUÑOZ ALVARADO

CC.: 41933186

LABORATORIO CLÍNICO
MAGALI ÁLVAREZ
Universidad Metropolitana de Barranquilla



Nit 901102991-0
Resolución Secretaría de Salud Departamental No. 1804 Nov 3
de 2017

PACIENTE: ANGELA PATRICIA MUÑOZ ALVARADO

IDENTIFICACION: 41933186

FECHA EXAMEN: 5/02/2021

EDAD: (AÑOS) 45

ORDEN: 454151

FECHA NACIMIENTO: 2/07/1975

SEXO: FEMENINO

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	VALOR DE REFERENCIA
GLICEMIA PRE	77	mg/dl	70 - 110
COLESTEROL TOTAL	174	mg/dl	HASTA 200
		mg/dl	HOMBRE > 55
COLESTEROL DE HDL	50	mg/dl	MUJERES > 65
		mg/dl	HOMBRE < 30
COLESTEROL DE VLDL	18	mg/dl	MUJER < 20
COLESTEROL LDL	106	mg/dl	0.0 - 150
TRIGLICERIDOS	90	mg/dl	40 - 170
INDICE ARTERIAL MENOR DE 4.0	3.4	-	-

OBSERVACIONES

MAGALI ALVAREZ LOPEZ TP 19973

BACTERIOLOGA

Universidad Metropolitana de Barranquilla

SIGMA OCUPACIONAL S.A.S

La Mejor Alternativa En Salud Ocupacional de La Región!
Calle 25 N. 37-53 Barrio Alvernia Tuluá- Valle Colombia

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

Fecha Emisión	Realizado en	Tipo Evaluación - Énfasis	Orden Servicio No.
2021-02-05	TULUÁ (Valle del Cauca)	Pre-Ingreso, Cardiovascular, Osteomuscular	454151

IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombres y Apellidos			Identificación		Sexo
ANGELA PATRICIA MUÑOZ ALVARADO			CC 41933186		Femenino
Fecha Nacimiento	Edad	Tipo Sangre - Rh *	Peso	Talla	Índice Masa Corporal
1975-07-02	45 años	O+	72 kilogramos	162 centímetros	27.43
Dirección Residencia			Teléfonos		
CALLE 30 N 43-78 BARRIO SAN BENITO			3135180441		



(*) Valor registrado según documento de identidad suministrado por el usuario

INFORMACIÓN LABORAL ACTUAL

Cargo a desempeñar	Empresa Contratante	Empresa Usuaria
TUTORA VIRTUAL	PERSONA NATURAL-1	SENA

Certificado emitido de acuerdo a Evaluación Médica Ocupacional realizada el 2021-02-05. Para emitir el concepto médico ocupacional se analizaron los siguientes exámenes complementarios:

Exámenes Paraclínicos

Optometría Ocupacional (Manual) (2021-02-05), Audiometría Ocupacional (2021-02-05), ENCUESTA RIESGO CARDIOVASCULAR

Exámenes Laboratorio

Colesterol De Alta Densidad [Hdl] (2021-02-05), Colesterol De Baja Densidad [Ldl] Enzimático (2021-02-05), Colesterol Total (2021-02-05), Glucosa En Suero, Lcr U Otro Fluido Diferente A Orina (2021-02-05), Triglicéridos (2021-02-05)

Vacunación

Vacunas no realizadas

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Pre-Ingreso: Condiciones de salud acordes con los requerimientos del perfil del cargo.

Cardiovascular: Cumple con requisitos de salud para desempeñar la tarea

Osteomuscular: Sin patología osteomuscular aparente

Recomendaciones Específicas

APTA PARA LA LABOR, NO RESTRICCIONES, RIESGO CARDIOVASCULAR BAJO

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

Se recomienda incluir al trabajador en los siguientes **Sistemas de Vigilancia Epidemiológica:** Biomecánico

Recomendaciones Generales - Observaciones

PREVENTIVO: USO EPP, HIGIENE POSTURAL PAUSAS ACTIVAS, ADECUADO MANEJO DE CARGAS



Firma Especialista

Omar Andrés Aguirre Rivera

Registro No.: 76-4298/07

LSST.: 1216/12



Firma del Usuario

ANGELA PATRICIA MUÑOZ ALVARADO

CC.: 41933186



Valide este documento en:

<https://simeonips.com/validar/cmo/edz17xkm-omg1-fx2q-86uv-3a4opjry@wlg>

Fecha Impresión: 2021-02-05 15:24:08 325448

OPTOMETRIA ESPECIALIZADA

Reg 1093 CTNPO

Cra 34 # 26 - 57 Tuluá

Tel 2243514 - Cell 3164826481

EMPRESA: SENA

CIUDAD: Tuluá

FECHA: 05/02/2021

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE: Angela Patricia Muñoz Alvarado

FN: _____

No DE IDENTIFICACIÓN: 41933186 DE America

SEXO: F

EDAD: 45

CARGO A DESEMPEÑAR: Tutora Virtual

AREA: _____

Ingreso ☐ Periodico ☒ Egreso ☐ Uso de Lentes ☐ Uso Permanente ☒ Uso Ocasional ☐ No usa

ANTECEDENTES LABORALES

FACTOR DE RIESGO VISUAL

FRECUENCIA DE USO DE EPP

- ☐ Pantallas de visualización
- ☐ Iluminación inadecuada
- ☐ Material Particulado
- ☐ Líquidos Irritantes

- ☐ Alta exigencia visual
- ☐ Gases, Vapores, Humos.
- ☐ Radiaciones, (Calor)
- ☐ Otros

- ☐ Nunca
- ☐ Siempre
- ☐ Ocasional
- ☐ Según Exposición

ANTECEDENTES PERSONALES

- ☐ Trastorno refractivo
- ☐ Cataratas
- ☐ Pterigio
- ☐ Conjuntivitis
- ☐ Cirugía Ocular

- ☐ Hipertensión Arterial
- ☐ Trauma ocular
- ☐ Diabetes Mellitus
- ☐ Infección ocular
- ☐ Otros

- ☐ Cefalea
- ☐ Fotofobia
- ☐ Lagrimeo
- ☐ Ardor
- ☐ Disminución de AV

- ☐ Visión borrosa
- ☐ Enrojecimiento
- ☐ Prurito
- ☐ Otros

EVALUACIÓN VISUAL

RX EN USO	Visión Lejana	AV	ADD	AV	AVVL SC	AVVP SC
	OD:	<u>20/</u>		<u>075</u>	<u>20</u>	<u>05</u>
	OI:	<u>30</u>			<u>20</u>	

Estado Motor: ☒

Reflejos pupilares: ☒

Cover Test

V.L. ☒

V.P. ☒

PPC. 10 cm

OFTALMOSCOPIA

OD: /

OI: /

Visión Cromática	Visión Estereoscópica	Campos Visuales	Observaciones
<u>/</u>	<u>/</u>		

RX FINAL	OD:	ADD	OD:	AV C.C.	OD:
	OI:		OI:		OI:
					<u>20/05</u>
					<u>20</u>

DIAGNOSTICO

- ☐ Emmetrope
- ☒ Presbicia
- ☐ Miopía
- ☐ Pterigio
- ☒ Hipermetropía
- ☐ Inbalance Muscular
- ☐ Astigmatismo
- ☐ Ambliopía
- ☐ Alteraciones del campo visual
- ☐ Alteración visual de profundidad
- ☐ Alteración visual del color
- ☐ Hiperemia conjuntival
- ☐ Blefaritis
- ☐ Ojo seco
- ☐ Glaucoma
- ☐ Cataratas

CONDUCTA

- ☐ Apto visualmente sin lentes de corrección
- ☐ Lentes de corrección de uso ocasional
- ☐ Apto visualmente con lentes de corrección en uso
- ☒ Lentes de uso permanente
- ☐ Se da Rx de corrección por primera vez
- ☒ Cambio de lentes de corrección
- ☐ Valoración Oftalmológica
- ☐ Valoración Ortóptica
- ☐ Debe conducir con lentes

MARIO YESID REYES R.
OPTOMETRA
UNIVERSIDAD LA SALLE
REG. 4093CTNPO

Firma Optómetra


Firma y sello del paciente

INFORME PSICODIAGNOSTICO

NOMBRE DEL POSTULANTE: Angela Patricia Muñoz Alvarado.

C.C: 41.933.186

EDAD: 45 AÑOS

ESCOLARIDAD: Especialización.

EMPRESA REQUIRIENTE: SENA REGIONAL CALDAS.

PUESTO REQUERIDO: Tutora virtual.

FECHA: 05 de febrero del 2021

❖ TECNICAS ADMINISTRADAS

TMMS 24: Esta escala sirve para evaluar la inteligencia emocional percibida. El TMMS-24 (Spanish Modified Version of the Trait Meta-Mood Scale) es una escala rasgo de metaconocimiento emocional. En concreto, mide las destrezas con las que podemos ser conscientes de nuestras propias emociones, así como de nuestra capacidad para regularlas. Su validación puede encontrarse en Fernández.-Berrocal et al. (2004).

INTELIGENCIA EMOCIONAL	Debe mejorar	Adecuada	Excelente
Atención emocional		X	
Claridad emocional		X	
Reparación emocional		X	

ENTREVISTA POR COMPETENCIAS

Basado en técnicas de Martha Alles que permite establecer a través de una entrevista estructurada las tendencias de comportamiento de un individuo en el mundo laboral.

I COMPETENCIAS PARA EL CARGO	1	2	3	4	5
Planeación y organización					X
Solución de problemas				X	
Orientación al servicio				X	
Acatamiento de normas y compromiso					X

II PERCEPCIÓN DEL EXAMINADOR	1	2	3	4	5
Presentación personal					X
Fluidez verbal y expresión				X	
Capacitación para el cargo					X

CONCEPTO FINAL

Angela Patricia evidencia condiciones comportamentales que le permite desenvolverse en contextos organizacionales, se muestra como una persona prudente, concreta en sus apreciaciones, por momentos sus habilidades emocionales se centran en el campo afectivo de factor protector familiar; dicho campo refiere una estructura a lo intrapersonal, por momentos puede sentirse más cómoda en acciones técnicas que de contacto con el otro.



Psicología Mente
SALUD MENTAL INTEGRAL
EFRAÍN ARBOLEDA SAAVEDRA
MAESTRO EN NEUROPSICOLOGÍA Y EDUCACIÓN
Cél 316 405 50 42

Nota: Cabe resaltar que los aspectos anteriormente mencionados, fueron arrojados por las pruebas aplicadas (TMMS24 y entrevista por competencias con base a los instrumentos de aplicación)

[Email: efrain@psicologica-mente.com](mailto:efrain@psicologica-mente.com)

Contacto: 316 405 50 42



Hace constar:

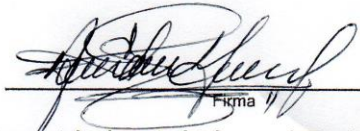
Que el Sr(a) ANGELA PATRICIA MUÑOZ ALVARADO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 41933186 realizó el día 22/02/2021 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo ANGELA PATRICIA MUÑOZ ALVARADO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 41933186 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.


Firma

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



POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora ANGELA PATRICIA MUÑOZ ALVARADO, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 41933186, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 12/02/2021 y fecha fin de contrato 12/12/2021 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): 202101012494256.

Esta certificación se expide a los 23 días del mes de Febrero de 2021.

Cordialmente

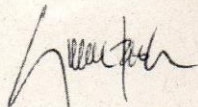
Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

CERTIFICADO

Mediante la presente **CERTIFICAMOS** que **ANGELA PATRICIA MUNOZ ALVARADO** identificado con C.C. número **41.933.186** es cuentahabiente del **BANCO DE OCCIDENTE** desde el día **28 de abril de 2020** con la Cuenta de Ahorros **031208226** la cual se encuentra activa y vigente.

Por lo anterior podemos afirmar que la mejor carta de presentación de: **ANGELA PATRICIA MUNOZ ALVARADO** es ser un "cliente activo de Banco de Occidente".

Expedimos esta certificación hoy **4 de febrero de 2021**



Andrés Fernando Chaves Jordan

GERENTE DE DIVISIÓN DE MERCADEO PERSONAS



@Bco_Occidente



Facebook.com/BcoOccidente

www.bancodeoccidente.com.co
Mod Ene. 2014



SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN TULUA			SUCURSAL AGENCIA TULUA			COD.SUC 52	NO.PÓLIZA 52-44-101009099	ANEXO 0
FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO 12 02 2021	VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO 12 02 2021			A LAS HORAS 00:00	VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO 11 04 2022	A LAS HORAS 23:59	TIPO MOVIMIENTO EMISION ORIGINAL	

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL MUÑOZ ALVARADO, ANGELA PATRICIA	IDENTIFICACIÓN CC: 41.933.186
DIRECCIÓN: CON EL CORTIJO BL 3 AP 203 CRA 28 N 40	CIUDAD: ARMENIA, QUINDIO TELÉFONO: 7409007

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA-REGIONAL CALDAS	IDENTIFICACIÓN NIT: 899.999.034-1
DIRECCIÓN: KM 10 VIA AL MAGDALENA	CIUDAD: MANIZALES, CALDAS TELÉFONO 8741546

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

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

SE GARANTIZA EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO COL.PCONTR.2245834, CUYO OBJETO ES: PRESTACION DE SERVICIOS TEMPORALES COMO INSTRUCTOR, POR PERIODO FIJO, PARA EJECUTAR ACCIONES DE FORMACION PROFESIONAL, PRESENCIALES O VIRTUALES, APOYAR EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE FORMACION, FORMULACION DE PROYECTOS Y DISEÑO DE ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE, EN EL(LAS) AREA(S), ESPECIALIDAD(ES) Y/O PROGRAMA(S) DEFINIDA(S) EN EL CONTRATO. AREA: FORMACION VIRTUAL-INGLES.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	12/02/2021	11/04/2022	\$3,900,000.00

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
\$ *****20,338.00	\$ *****8,000.00	\$ *****5,384.00	\$ *****33,723.00	\$ *****3,900,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
DIRECTA	4013	100.00			

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

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A. SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 28 NO. 26-63 - TELEFONO: 2247827 - TULUA

52-44-101009099

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Finanzas

LISTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

OFICINA PRINCIPAL: CRA. 11 NO. 90-20 BOGOTÁ D.C. TELEFONO: 2180077

ALEJANDRO PUPIALES 1



SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN TULUA			SUCURSAL AGENCIA TULUA			COD.SUC 52	NO.PÓLIZA 52-44-101009099	ANEXO 0
FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO		A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO		A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO	
12 02 2021	12 02 2021		00:00	11 04 2022		23:59	EMISION ORIGINAL	

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	MUÑOZ ALVARADO, ANGELA PATRICIA	IDENTIFICACIÓN	CC: 41.933.186
DIRECCIÓN: CON EL CORTIJO BL 3 AP 203 CRA 28 N 40	CIUDAD: ARMENIA, QUINDIO	TELÉFONO:	7409007

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA-REGIONAL CALDAS	IDENTIFICACIÓN NIT: 899.999.034-1
DIRECCIÓN: KM 10 VIA AL MAGDALENA	CIUDAD: MANIZALES, CALDAS	TELÉFONO 8741546

ADICIONAL:



CORRESPONSALES BANCARIOS



FEB 12 2021 11:15:09 REMDES 8.41

CORRESPONSAL
BANCOLOMBIA

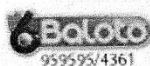
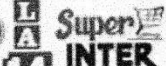
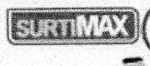
BARRIO EL JAZMIN TULUA
CL 30 42 15 EL JAZMIN

C. UNICO: 3007039430 TER: 44082508
RECIBO: 041095 RRN: 041801
APRO: 896724

RECAUDO
CONVENIO: 47189
SEGUROS DEL ESTADO S.
REF: 00000000011015700380217

VALOR \$ 33.723
Bancolombia es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros por su cuenta. Verifique que la información en este documento este correcta. Para reclamos comuníquese al 01.8000912345. Conserve esta tirilla como soporte.

*** CLIENTE ***



Pagos con convenio *No aplica para transferencias

de Bogotá Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

colombia Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

EDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
8.000.00	\$ *****5.384.00	\$ *****33.723.00	\$ *****3.900.000.00	CONTADO
INTERMEDIARIO		DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART. VALOR ASEGURADO
DIRECTA	4013	100.00		

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

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACION PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 28 NO. 26-63 - TELEFONO: 2247827 - TULUA

FORMA DE PAGO

BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL \$	



REFERENCIA
PAGO:
1101570038021-7

(415) 7709998021167 (8020) 11015700380217 (3900) 000000033723 (96) 20220212

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE



PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN
FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
NO. _____ SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015

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 SUJECCIÓN A LA DEFINICIÓN DE LAS CONDICIONES ADELANTE INDICADAS, LLEGARE A CAUSAR EL GARANTIZADO POR EL INCUMPLIMIENTO QUE, ATRIBUIBLE A SU ACCIÓN U OMISIÓN, PRODUJERE.

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

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

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

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

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

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

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

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

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



1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

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

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

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

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 DECLATORIA 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



EFFECTO 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, PREVALECEERÁN 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.

PARA CONSTANCIA DE LO EXPUESTO, Y EN SEÑAL DE ASENTIMIENTO Y COMPROMISO CON TODO LO AQUÍ PACTADO SE FIRMA EN _____ A LOS _____ () DÍAS DEL MES DE _____ DEL AÑO _____.

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Manizales, febrero de 2021

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (SENA)

Manizales

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

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

T.I.	1092461183	MARIA ALEJANDRA ARBOLEDA MUÑOZ	HIJO
NUIP	1094964907	MARIA PAULA ARBOLEDA MUÑOZ	HIJO

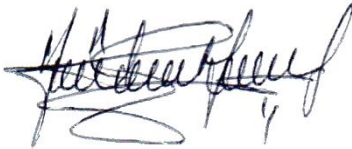
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

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

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

Cordialmente,



FIRMA

Nombre: Ángela Patricia Muñoz Alvarado
C.C. 41933186

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

H.F.M.
NUIP

1092461183

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial 50264317

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaria ☒ Número 04 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código N 4 Z

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

COLOMBIA / QUINDIO / ARMENIA

Datos del inscrito

Primer Apellido				Segundo Apellido			
ARBOLEDA				MUÑOZ			
Nombre(s)							
MARIA ALEJANDRA							
Fecha de nacimiento				Sexo (en letras)		Grupo sanguíneo	
Año	2	0	1	Mes	S	E	P
				Día	0	4	
				FEMENINO		O	
						POSITIVO	
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)							
COLOMBIA QUINDIO ARMENIA							

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	10086037-8

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos	
MUÑOZ ALVARADO ANGELA PATRICIA	
Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC. 41,933,186 DE ARMENIA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos	
ARBOLEDA OSORIO JULIO CESAR	
Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC. 6,498,578 DE TULUA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	
MUÑOZ ALVARADO ANGELA PATRICIA / B/ UNIVERSAL MZ 6 # 5 ARMENIA	
Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC. 41,933,186 DE ARMENIA	

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 2 0 1 0 Mes OCT Día 1 1	GILBERTO RAMIREZ ARCILA

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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



54744511

NUIP 1.094.964.907

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 54744511

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina							
Registraduría ☒	Notaría ☐	Número ☐	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código	N 2 Y
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía							
REGISTRADURIA DE ARMENIA - COLOMBIA - QUINDIO - ARMENIA							

Datos del inscrito			
Primer Apellido		Segundo Apellido	
ARBOLEDA		MUNOZ	
Nombre(s)			
MARIA PAULA			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo
Año 2015	Mes NOV	Día 03 FEMENINO	0 POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)			
COLOMBIA QUINDIO ARMENIA			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	5231795395

Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos	
MUNOZ ALVARADO ANGELA PATRICIA	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 41.933.186	COLOMBIA

Datos del padre	
Apellidos y nombres completos	
ARBOLEDA OSORIO JULIO CESAR	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 6.498.578	COLOMBIA

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
ARBOLEDA OSORIO JULIO CESAR	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 6.498.578	<i>Julio Cesar Arboleda O.</i>

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 015 Mes NOV Día 2	<i>Wilber Jesus Salas Tiron</i>
	Nombre y firma REGIST

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -