SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

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

REGIONAL ANTIOQUIA

CENTRO DE LA INNOVACIÓN, LA AGROINDUSTRIA Y EL TURISMO - ANTIOQUIA

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

Código Regional	**5**
Código Centro	**950310**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**98869-652176**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	NATALIA HURTADO CAÑOLA	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	43.619.700	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	nhurtado@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	10172608500
IP/Nº de contacto:	3004412463	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2024**	SI

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a $65.891.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a $164.336.700 (debe registrarse como responsable del IVA)	NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	7417813/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**10225**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: CTO.7417813 5_9503_187 PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO DE CARÁCTER TEMPORAL A LA GESTIÓN, EN LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, ASÍ COMO LA EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE APRENDIZAJE DEFINIDOS EN LOS DISEÑOS CURRICULARES PARA EL

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**11/02/2025 Al 28/02/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 45.688.476
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 45.688.476
Valor Bruto Pago:	**$ 2.759.706,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 42.928.770

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.759.706	Ninguno	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	**$ 2.759.706**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.739.206**	**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		----------	**Decreto 1273 de**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.423.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 178.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 227.800	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	III	$ 34.700	$ 0
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ -	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 36.062.775	$ 580.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.739.206,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.759.706,00	
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 - 8560 - RIONEGRO	22.078,00	0,800%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Jaime Isaza Cadavid	11.039,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$2.726.589,00**	

SON: DOS MILLONES SETECIENTOS VEINTISEIS MIL QUINIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ver anexo informe de actividades correspondiente en el mes de febrero que reposa en el expediente contratual

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

NATALIA HURTADO CAÑOLA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

GLORIA MARCELA GIRALDO FRANCO
INSTRUCTOR G18

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
ERIKA MARIA PINEDA HOYOS
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

27/02/25 08:43:08 USUARIO: SIC - C.C. 43619700

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **NATALIA HURTADO CAÑOLA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **43619700,** se encuentra afiliado/a desde **01/12/2010** 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 27 de enero de 2025.



Rosa Mercedes Nino 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

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **NATALIA HURTADO CAÑOLA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **43619700** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 43619700
NOMBRES Y APELLIDOS	NATALIA HURTADO CAÑOLA
TIPO DE AFILIADO	SEGUNDO COTIZANTE
PARENTESCO	COMPAÑERO (A) PERMANENTE
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/03/2014
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	555
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	52

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **27/01/2025**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14735736306

(415)7707212489984(8020) 000001473573630 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4 3 6 1 9 7 0 0	2	Impuestos de Medellín 1 1	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	4 3 6 1 9 7 0 0	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Antioquia 0 5	Medellín 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
HURTADO	CAÑOLA	NATALIA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Retiro 6 0 7

41. Dirección principal
CR 20 18 IN 69

42. Correo electrónico natyhurtado331@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
0 0 1 0	2 0 1 4 0 1 0 1	8 5 6 0	2 0 1 8 0 1 0 4			

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

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																									

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Usuarios 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

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre HURTADO CAÑOLA NATALIA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Salud Domiciliaria
Salud Integral Domiciliaria y Empresarial 24horas

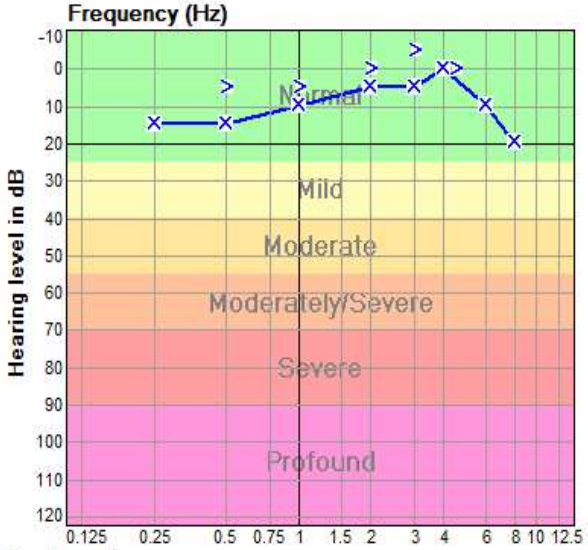
Calle 49 # 48-06 Centro Colonial Oficina 102 y 216
Tel: 531 21 47
Cel: 3104075643 y 3205504026
Pionegro Antioquia.
email: saluddomiciliaria24@hotmail.com

L		Tympanometry		R
		Pressure (daPa)		
		Volume (ml)		
		Compliance (ml)		

Clinic	Salud Domiciliaria y Empresarial		
Patient	HURTADO CAÑOLA NATALIA		
DOB	01/06/1978	Sex	female
Patient ID	1000487		
Date of Evaluation	03/18/2022		
Examiner	LEIDY TATIANA RAMOS		

Acoustic Reflexes

	500 Hz	1K	2K	4K	BBN	Decay
R ipsi						
R contra						
L ipsi						
L contra						



Phones

	Headphones
✓	Inserts

PTA

R	10
L	10

Reliability

	Good
	Fair
	Poor

Response

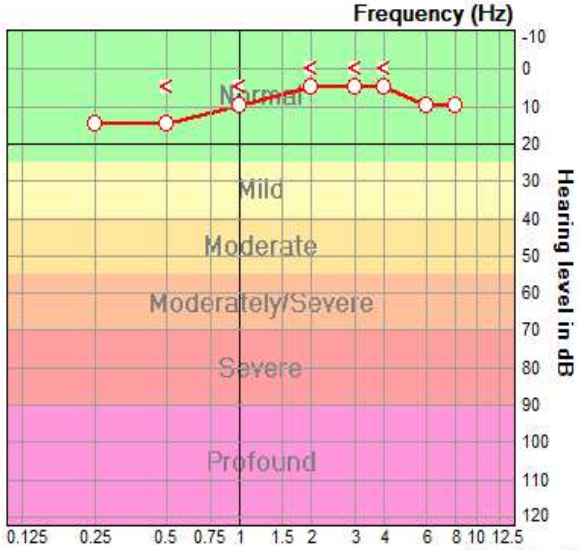
	Conventional
	Play
	VRA
	BOA

Speech Stenger

	+
	−

Tone Stenger

	+
	−



Masking Level

	125	250	500	750	1K	1.5K	2K	3K	4K	6K	8K	10K	12.5K
AC													
BC													

Masking Level

	125	250	500	750	1K	1.5K	2K	3K	4K	6K	8K	10K	12.5K
AC													
BC													

Speech Audiometry

SRT	SAT	Mask	%	Signal	Mask	Condition/Word List	Notes	MCL	UCL	SNR Loss*

*QuickSIN

Notes

Tone:
SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFÉRICA NORMAL BILATERAL.SAL:A-ELI derecho:A- ELI izquierdo: A- PROTECCIÓN AUDITIVA EN AMBIENTES RUIDOSOS. CONTROL EN 1 AÑO
Speech:

Key

	R	L
AC	○	×
Mask. AC	△	□
BC	<	>
Mask. BC	[	]
NR	○	×
MCL	M	
UCL	U	

Signature: _____ **Calibration date:** _____

Salud Domiciliaria 24 Horas SAS
RUT 900.391.666-6
Licencia en Salud Ocupacional: 018572
Centro Colonial of. 208 y 216
Cel. 3205504026 - 3104075643 Tel. 3018760
Calle 49 #48-06 Rionegro Ant.



N° 9,621

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL Ingreso, Pre-Ocupacional O Pre-Ingreso

INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	SENA	Sector Económico:	Educacion
Nombre del Trabajador	Hurtado Cañola Natalia	Edad:	44 AÑOS 2 MESES 10 DÍAS
Documento:	CC - 43619700	N° de Hijos:	2
Estado Civil:	CASADO(A)	Género:	FEMENINO
Ocupación:	Instructor De Media Tecnica	Teléfono:	3004412463
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	Municipio:	RIONEGRO (ANTIOQUIA, COLOMBIA)
Dirección:	CONDOMINIO CAMPESTRE MONTE SEREI	AFP:	NO REFIERE
EPS:	NO REFIERE	ARL:	NO REFIERE

AYUDAS DIAGNÓSTICAS

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	18/03/2022
AUDIOMETRÍA CLÍNICA - NORMAL	18/03/2022

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO

TIPOS DE RIESGO

Biológico ☐ Biomecánico ☐ Condiciones de Seguridad ☐ Fenómenos Naturales ☐ Físico ☐ Psicosocial ☑ Químico ☐

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

De acuerdo con el examen ocupacional Ingreso, Pre-Ocupacional O Pre-Ingreso realizado a Hurtado Cañola Natalia con documento de identificación No. 43619700 se considera Sin Restricciones para la ocupación Instructor De Media Tecnica del sector económico Educacion

RECOMENDACIONES PREVENTIVAS

1) REALIZAR SEGUIMIENTO DEFINIDO EN EL PROGRAMA DE CONSERVACIÓN DE LA VOZ.
2) LA SILLA QUE SE UTILICE SIEMPRE DEBE TENER ESPALDAR Y DEBE PERMITIR LA ADECUADA POSTURA.
3) IMPLEMENTAR EL PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A LOS PROGRAMAS DE LA EMPRESA
4) IMPLEMENTAR LAS SIGUIENTES MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE PATOLOGÍAS DE LA VOZ: AL INICIO DE LA JORNADA HACER EJERCICIOS DE CALENTAMIENTO DE LA VOZ Y RESPIRATORIOS; -TOMAR DE MANERA CONTINUA PEQUEÑOS SORBOS DE AGUA AL CLIMA MIENTRAS LABORA; -POR NINGÚN MOTIVO DEBE CARRASPEAR O FUMAR O PERMANECER EN AMBIENTES CON FUMADORES; -NO EXPONERSE A CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPERATURA; -NO CONSUMIR ALIMENTOS MUY CALIENTES O MUY FRIOS; -USAR EL NIVEL DE VOZ MÁS BAJO POSIBLE Y POR NINGÚN MOTIVO GRITAR.
5) SE RECOMIENDA MEJORAR SIEMPRE SU POSTURA, MANTENIENDO UNA POSICIÓN RECTA CON APOYO DE ESPALDA AL ESTAR SENTADO, CAMINAR MIRANDO AL FRENTE, SACAR PECHO, MANTENER LA CABEZA EN ALTO DURANTE LOS DESPLAZAMIENTOS. SE LE RECOMIENDA QUE SI LLEVA PESO SOBRE SUS HOMBROS DEBE SER LIVIANO Y TRATAR INTERCALAR AMBOS HOMBROS. REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR CON EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO DE COLUMNA Y EXTREMIDADES.
6) INGESTA ABUNDANTE DE LÍQUIDOS DURANTE TODA LA JORNADA LABORAL
7) REALIZAR EL SEGUIMIENTO DEFINIDO EN EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES.

RECOMENDACIONES MEDICAS

-ENFASIS CARDIOVASCULAR: CON EL EXAMEN MÉDICO CARDIOVASCULAR, REALIZADO EN REPOSO, NO SE LOGRÓ EVIDENCIAR ARRITMIAS, ALTERACIONES CARDIACAS NI ALTERACIONES QUE PUEDAN AUMENTAR EL RIESGO PARA SU SALUD . NO PRESENTA NINGUNA RESTRICCIÓN PARA SUS LABORES.
-EVALUACIÓN RIESGO PSICOSOCIAL: EN EL ANÁLISIS DE LOS PARÁMETROS : GESTIÓN ORGANIZACIONAL,

CARACTERÍSTICAS DE LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO, CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO SOCIAL DE TRABAJO, CONDICIONES DE LA TAREA Y JORNADA LABORAL, NO SE ENCUENTRAN EVIDENCIAS QUE PUEDAN INTERFERIR CON SUS LABORES.
*SE HACE CONSTAR QUE LA PERSONA EN MENCIÓN, NO RELATA SÍNTOMAS DE COVID-19, NI SINTOMATOLOGÍA RESPIRATORIA, FIEBRE O ALTERACIONES RESPIRATORIAS EVIDENTES. CABE RECORDAR QUE DENTRO DEL COMPORTAMIENTO DE LA INFECCIÓN SE PUEDEN PRESENTAR CASOS DE PERSONAS INFECTADAS SIN SÍNTOMAS O HALLAZGOS AL EXAMEN FÍSICO. DE ACUERDO A ESTO SE RECOMIENDA USO ESTRICTO DE PROTECCIÓN RESPIRATORIA, MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD ESTRICTAS Y LAVADO CONTINÚO DE MANOS, DESINFECCIÓN DE SUPERFICIES, HIDRATACIÓN ADECUADA Y DAR AVISO ANTE CUALQUIER CAMBIO EN EL ESTADO DE SALUD O CUALQUIER CONTACTO DE RIESGO. NIEGA QUE PRESENTA PATOLOGÍA DE BASE QUE AUMENTE SU VULNERABILIDAD EN CASO DE INFECCIÓN POR COVID – 19. VACUNACIÓN PARA COVID 19 DOS DOSIS

RECOMENDACIONES OSTEOMUSCULARES

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Previamente a este examen he sido informado por la empresa y el médico examinador de las exigencias de Ley para el examen Médico Laboral , por consiguiente, certifico que he autorizado para que se me efectué, incluyendo los exámenes de laboratorio y ayudas paraclínicas que estén establecidas para el cargo dentro del programa de Salud Ocupacional de la empresa, igualmente autorizo para que su contenido sirva para los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica que estén establecidos (Resolución 2346/07). El examinado autoriza para que a través del médico de la empresa, ésta conozca el certificado médico de ingreso ocupacional e igualmente la exposición anterior a riesgos ocupacionales *CONSIDERACIONES LEGALES A CERCA DE LOS EXÁMENES MÉDICOS Ingreso, Pre-Ocupacional O Pre-Ingreso: La Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y la resolución 2346 del 11 de julio de 2007 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan las evaluaciones médicas ocupacionales Ingreso, Pre-Ocupacional O Pre-Ingreso , con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con el perfil del cargo definido por el empleador . También establece que la Empresa Usuaria solo puede conocer el CERTIFICADO MEDICO LABORAL Ingreso, Pre-Ocupacional O Pre-Ingreso DEL TRABAJADOR. Los documentos completos de la Historia Clínica Laboral están sometidos a reserva profesional institucional de Salud Domiciliaria y Empresarial y quedan bajo nuestra guarda y custodia, según lo establecido en las normas vigentes. El trabajador puede obtener una copia de ellos y sus exámenes paraclínicos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su Historia Clínica.

CERTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

Bajo la gravedad de juramento afirmo que la información que suministré es correcta y no he ocultado nada sobre mi historia de salud y/o ocupacional y me comprometo a atender las orientaciones, instrucciones y prescripciones del Médico Laboral y del Trabajo, los representantes del empleador, las autoridades de salud y efectuar todas las acciones para lograr el mantenimiento y mejorar mi estado de salud

Remisión EPS: NO

Médico



Firma:

Nombre: ROLDAN VASQUEZ JESUS GIOVANNY

R. M.: 1683 **L.S.O.:** 70622013

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: HURTADO CAÑOLA NATALIA

CC: 43619700

Salud Domiciliaria 24 horas SAS
RUT 900.391.666-6
Licencia en Salud Ocupacional: 018572
Centro Colonial of. 208 y 216
Cel. 3205504026 - 3104075643 Tel. 3018760
Calle 49 #48-06 Rionegro Ant.



ANEXO DE EXAMEN FÍSICO DE VALORACIÓN OSTEOMUSCULAR

DATOS PERSONALES

Ciudad y Fecha: RIONEGRO (ANTIOQUIA, COLOMBIA) 18/03/2022 - 09:48 A. M.
Tipo Evaluacion Medica: EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO
Empresa: SENA **Cargo:** Instructor De Media Tecnica
Nombres y Apellidos: Hurtado Cañola Natalia **:CC** 43619700 **de** RIONEGRO **Fecha de Nacimiento:** 06/01/1978 12:00
Edad: 44 AÑOS 2 M **Lugar de Nacimiento:** MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) **Dir. Residencia:** CONDOMINIO CAMPESTRE MONTE SERENO
Estudios: UNIVERSITARIO **Estado Civil:** CASADO(A) **E.P.S:** NO REFIERE **A.F.P:** NO REFIERE **A.R.L:** NO REFIERE

ANTECEDENTES RIESGOS ERGONOMICOS

Empresa	Cargo	Manipulación	Postura Habitual	Movimiento	Tiempo

POSTURA ESTÁTICA

ABDOMEN	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
CABEZA	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
HOMBROS	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
MIEMBROS INFERIORES	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
MIEMBROS SUPERIORES	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
OTRA ¿CUÁL?	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
PELVIS	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
TRONCO	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL

ARCOS DE MOVILIDAD

CODO EXTENSIÓN 180°	NORMAL
CODO FLEXIÓN 145°	NORMAL
CODO PRONACIÓN 90°	NORMAL
CODO SUPINA 90°	NORMAL
CUELLO-REGION CERVICAL EXTENSIÓN 30°	NORMAL
CUELLO-REGION CERVICAL FLEXIÓN 30°	NORMAL
CUELLO-REGION CERVICAL INCLINACIÓN 30°	NORMAL
CUELLO-REGION CERVICAL ROTACIÓN 30°	NORMAL
DEDOS DE LA MANO ABDUCCIÓN 20°	NORMAL
DEDOS DE LA MANO ADUCCIÓN 20°	NORMAL
DEDOS DE LA MANO EXTENSIÓN 40°	NORMAL
DEDOS DE LA MANO FLEXIÓN 90°	NORMAL
HOMBRO ABDUCCIÓN 180°	NORMAL
HOMBRO ADUCCIÓN 30-45°	NORMAL
HOMBRO CIRCUNDUCCIÓN 360°	NORMAL
HOMBRO EXTENSIÓN 30°	NORMAL
HOMBRO FLEXIÓN 180°	NORMAL
HOMBRO ROTACIÓN EXTERNA 90°	NORMAL
HOMBRO ROTACIÓN INTERNA 90°	NORMAL
MUÑECA DESVIACIÓN EXTERNA 45°	NORMAL

MUÑECA DESVIACIÓN INTERNA 15°	NORMAL
MUÑECA FLEXIÓN DORSAL 80°	NORMAL
MUÑECA FLEXIÓN PALMAR 85°	NORMAL
OTRA ¿CUÁL?	

EXTREMIDADES SUPERIORES	
FINKELSTEIN DERECHO	NEGATIVO
FINKELSTEIN IZQUIERDO	NEGATIVO
OTRA ¿CUÁL?	
PHALEN DERECHO	NEGATIVO
PHALEN IZQUIERDO	NEGATIVO
TINEL DERECHO	NEGATIVO
TINEL IZQUIERDO	NEGATIVO

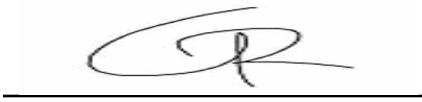
EXTREMIDADES INFERIORES	
LASSEGUE DERECHO	NEGATIVO
LASSEGUE IZQUIERDO	NEGATIVO

COLUMNA VERTEBRAL	
CIFOSIS DORSAL	NO
ESCOLIOSIS	NO
ESPALDA PLANA	NO
LORDOSIS CERVICAL	NO
LORDOSIS LUMBAR	NO
OTRA ¿CUÁL?	
PRUEBA DE SCHOBER	CMS
RECTIFICACIÓN (SEGMENTO?)	NO
ROTOESCOLIOSIS	NO
TEST DE WELLS	NORMAL

OBSERVACIONES

CON EL EXAMEN MÉDICO FUNCIONAL Y ANATÓMICO DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DE COLUMNA VERTEBRAL, REALIZADO EN REPOSO, NO SE LOGRÓ EVIDENCIAR ATROFIAS O LIMITACIONES DE LA MOVILIDAD, NI DOLOR, NI ALTERACIONES QUE PUEDAN AUMENTAR EL RIESGO PARA SU SALUD Y SEGURIDAD. SE DEBEN IMPLEMENTAR TODAS LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN PARA PREVENIR PATOLOGÍAS OSTEOMUSCULARES Y ACCIDENTES LABORALES

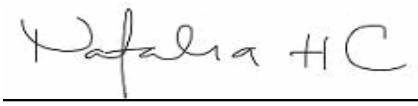
MÉDICO

Firma: 

Nombre: ROLDAN VASQUEZ JESUS GIOVANNY

R. M.: 1683 **L.S.O.:** 70622013

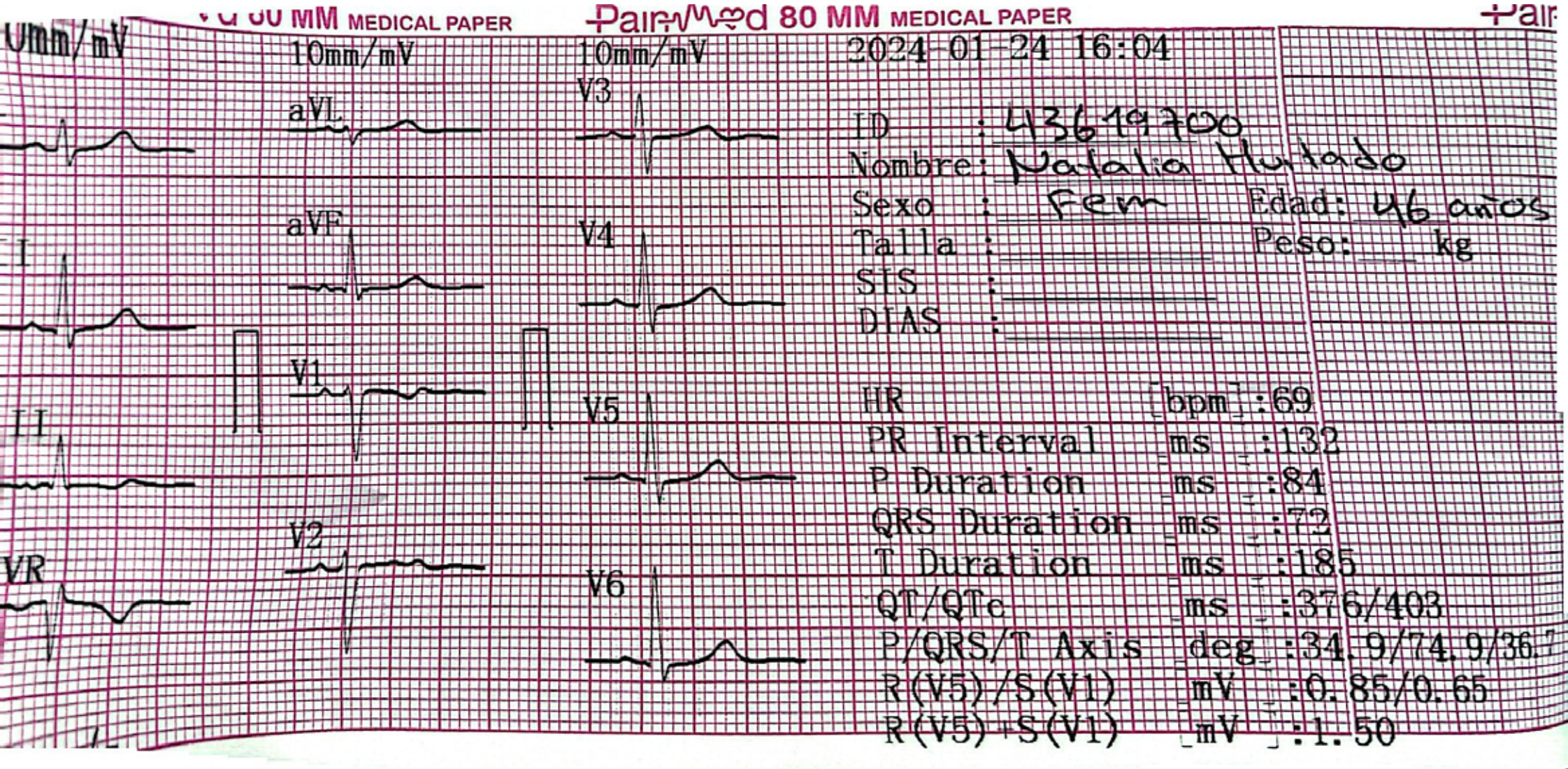
TRABAJADOR

Firma: 

Nombre: HURTADO CAÑOLA NATALIA

CC 43619700

Powered by CamScanner



Numeral	Pregunta	Respuesta	Complemento
	¿Tiene padres o hermanos sordos?	NO	
	¿Ha estado expuesto a explosiones?	NO	
	¿Ha tenido trauma directo al oído?	NO	
	¿Le han realizado cirugía de oído?	NO	
	¿De acuerdo con la orientación auditiva, cumple con los criterios definidos en la resolución?	SI	

El resultado aquí descrito se obtiene de la aplicación de métodos como entrevista, observación y aplicación de pruebas, así mismo el concepto final esta basado en los resultados obtenidos en el momento en que se aplica esta evaluación.

Concepto final: APTO

Restricciones: No tiene

Observaciones: EL CANDIDATO CUMPLE CON LOS CRITERIOS DE APROBACIÓN DEFINIDOS EN EL NUMERAL 2.1 DEL ANEXO 1 DE LA RESOLUCION 20223040030355 DEL 31 DE MAYO DE 2022 DEL M.T.

Firma y Huella del Fonoaudiólogo



Firma Huella

Fonoaudiólogo: LUISA MARIA VALENCIA QUINTERO

N° de tarjeta profesional: 1152212316

Evaluación de Capacidad Visual

Dispositivo: KEYSTONE VIEW 1161

No presentó evaluación con Corrección Óptica

Numeral	Parámetro	Criterio de aprobación	Resultado	Concepto
1.1 Agudeza Visual	Lejana Ojo Derecho	>= 20/30.0	20/25.0	CUMPLE
	Lejana Ojo Izquierdo	>= 20/30.0	20/20.0	CUMPLE
	Lejana Ambos Ojos	>= 20/30.0	20/20.0	CUMPLE
	Cercano Ojo Derecho	>= 20/50.0	20/25.0	CUMPLE
	Cercano Ojo Izquierdo	>= 20/50.0	20/25.0	CUMPLE
	Cercano Ambos Ojos	>= 20/50.0	20/25.0	CUMPLE
	Cirugías refractivas	No se admite Cirugía Refractiva	No presenta cirugía refractiva	CUMPLE
1.2 Campo Visual	Campimetro IZ Plano Horizontal	>= 60 º	85	CUMPLE
	Campimetro DE Plano Horizontal	>= 60 º	85	CUMPLE
	Perimetro IZ Plano Vertical	>= 35 º	70	CUMPLE
	Perimetro DE Plano Vertical	>= 35 º	70	CUMPLE
	Escotomas	No se admite presencia de escotomas	No existe presencia de escotomas	CUMPLE
1.3 Afaquias y Pseudofaquias	Monolateralidades y Bilateralidades	No se admiten monolateralidades ni bilateralidades	No presenta monolateralidades ni bilateralidades	CUMPLE
1.4 Sentido Luminoso	Visión Mesópica	No se admiten alteraciones en la visión mesópica	No presenta alteraciones en la visión mesópica	CUMPLE
	Visión Nocturna Binocular	>= 20/30.0	20/20.0	CUMPLE
	Sensibilidad al Contraste	<= 50 % - Normal	10	CUMPLE
	Encandilamiento o Estrés Luminoso	Recuperación <= 5 s	2	CUMPLE
	Recuperación al Encandilamiento	<= 3 Lineas AV	1	CUMPLE
1.5 Motilidad Palpebral	Ptosis y Lagoftalmias	No se admiten Ptosis ni lagoftalmias	No presenta Ptosis ni algoftalmias	CUMPLE
1.6 Motilidad del Globo Ocular	Phoria Horizontal Lejana	>=1.5 y <= 6.5	5.0	CUMPLE
	Phoria Vertical Lejana	>=3.5 y <= 5.5	4.5	CUMPLE
	Phoria Horizontal Cercana	>=1.5 y <= 6.5	4.0	CUMPLE
	Phoria Vertical Cercana	>= 3.5 y <= 5.5	4.0	CUMPLE
	Diplopías	No debe presentar diplopías	No presenta diplopías	CUMPLE
	Nistagmus	No debe presentar Nistagmus	No presenta Nistagmus	CUMPLE
	Estrabismos	No deben existir Estrabismos	No existe Estrabismos	CUMPLE

Numeral	Parámetro	Criterio de aprobación	Resultado	Concepto
	Visión de Profundidad Lejana	<= 75 Seg de Arco 60 %	32 Seg. de arco 85%	CUMPLE
	Visión de Profundidad Cercana	<= 75 Seg de Arco 60 %	74 Seg. de arco 60%	CUMPLE
	Otros Defectos	No deben existir otros defectos	No existen otros defectos	CUMPLE
1.7 Deterioro Progresivo de la Capacidad Visual	Enfermedades Progresivas	No debe presentar enfermedades progresivas	No presenta enfermedades progresivas	CUMPLE
	Disciminación de Colores Binocular	>= 4	6	CUMPLE

Anamnesis

Numeral	Pregunta	Respuesta	Complemento
1.1 Agudeza Visual	¿Presenta la evaluación con Corrección Óptica?	NO	
	¿El paciente presenta ausencia de un ojo?	NO	
	¿Le han realizado cirugías refractivas diferente a afaquias?	NO	
1.2 Campo Visual	¿El aspirante presenta Escotomas?	NO	
1.3 Afaquias y Pseudofaquias	¿El aspirante presenta Afaquias o Pseudoafaquias que afecten su visión?	NO	
1.4 Sentido Luminoso	¿El aspirante presenta alteraciones de la visión mesópica?	NO	
1.5 Motilidad Palpebral	¿El aspirante presenta lagoftalmías o ptosis que afecten su visión?	NO	
1.6 Motilidad del Globo Ocular	¿Anatomía del Globo Ocular Anormal?	NO	
	¿El aspirante presenta fatiga visual?	NO	
	¿El aspirante presenta diplopía?	NO	
	¿El aspirante presenta nistagmus que le impide alcanzar los niveles de capacidad visual?	NO	
	¿El aspirante presenta nistagmus que origine o pueda originar fatiga visual durante la conducción?	NO	
	¿El aspirante presenta otros defectos de la visión binocular?	NO	
	¿El aspirante presenta estrabismos?	NO	
1.7 Deterioro Progresivo de la Capacidad Visual	¿El aspirante presenta enfermedades o trastornos progresivos que no le permiten alcanzar los niveles fijados?	NO	
	¿El aspirante presenta policromacía Anormal?	NO	

El resultado aquí descrito se obtiene de la aplicación de métodos como entrevista, observación y aplicación de pruebas, así mismo el concepto final esta basado en los resultados obtenidos en el momento en que se aplica esta evaluación.

Concepto final: APTO

Restricciones: No tiene

Observaciones: El candidato cumple con los requisitos exigidos en el anexo I de la resolución 217 del 2014.

Firma y Huella del Optómetra



Firma Huella

Optómetra:
FABIO ANDRES MARTIN ESQUIVEL

N° de tarjeta profesional:
1036965321

sura

Calle 27 Nro. 45-109 Tel: 57 (4) 369 51 00
www.segurossura.com.co/ayudasdiagnosticas

Paciente: **HURTADO CAÃ?OLA NATALIA** Identificación: **43619700** Nro. Servicio: **57698301** No. Paciente: **67069**
Sexo/Edad: **FEMENINO / 46 Años** Teléfono: **5743799** Tipo servicio:
Médico: **NICOLAS VELEZ OROZCO** Fecha servicio: **31/10/2024** Fecha impresión: **18/12/2024 10:12 AM**
Empresa: **COMFAMA** Habitación:

COLESTEROL HDL

Validado: 31/10/2024 02:59 PM

Análisis	Resultado	Valores de Referencia		Unidad
COLESTEROL HDL	79			mg/dL
INTERVALOS BIOLÓGICOS DE REFERENCIA:				
SIN RIESGO		H: > 55	M: > 65	mg/dL
RIESGO MODERADO		H: 35 - 55	M. 45 - 65	mg/dL
ALTO RIESGO		H: < 35	M: < 45	mg/dL

MÉTODO: ENZIMÁTICO COLORIMÉTRICO.

Vanessa Montoya B

BACTERIOLOGA
VANESSA MONTOYA BEDOYA
REG. 5-1590

TRIGLICERIDOS

Validado: 31/10/2024 02:59 PM

Análisis	Resultado	Valores de Referencia	Unidad
TRIGLICÉRIDOS	57	< 200	mg/dL

Nota: El valor ideal para cada paciente varía, según factores de riesgo individuales.

MÉTODO: ENZIMÁTICO COLORIMÉTRICO.

Vanessa Montoya B.

BACTERIOLOGA
VANESSA MONTOYA BEDOYA
REG. 5-1590

COLESTEROL TOTAL

Validado: 31/10/2024 02:47 PM

Análisis	Resultado	Valores de Referencia	Unidad
COLESTEROL TOTAL	183	< 200	mg/dL

VALORES DE REFERENCIA ATPIII (2004)

OPTIMO		< 200	mg/dL
LIGERAMENTE ELEVADO		200 239	mg/dL
ELEVADO		>=240	mg/dL

J Am Coll Cardiol 2014 Jul 1;63(25 Pt B):2889-2934

El valor ideal para cada paciente varía según factores de riesgo individuales.

MÉTODO: ENZIMÁTICO COLORIMÉTRICO.

Scanned with CamScanner

sura

Calle 27 Nro. 45-109 Tel: 57 (4) 369 51 00
www.segurossura.com.co/ayudasdiagnosticas

Paciente: **HURTADO CAÃ?OLA NATALIA**
Sexo/Edad: **FEMENINO / 46 Años**
Médico: **NICOLAS VELEZ OROZCO**
Empresa: **COMFAMA**

Identificación: **43619700**
Teléfono: **5743799**
Fecha servicio: **31/10/2024**

Nro. Servicio: **57698301**
Tipo servicio:
Fecha impresión: **18/12/2024 10:12 AM**
Habitación:

No. Paciente: **67069**

RESPONSABLE
PROCESO TÉCNICO: LUCIA CRISTINA NAVAS
REG. 1440

GLUCOSA (suero, LCR, otros fluidos)

Validado: 31/10/2024 02:47 PM

Análisis	Resultado	Valores de Referencia		Unidad
Glucemia en Ayunas	91	74	106	mg/dL

Método: Enzimático Hexoquinasa
Notas : VALORES DE REFERENCIA ADA-OMS:
NORMAL EN AYUNAS (ADA): <=100 mg/dL
ANORMAL EN AYUNAS (ADA): 100-125 mg/dL
CRITERIO PARA DIAGNÓSTICO DE DIABETES *:
>=126
mg/dL
OCASIONAL VALOR NORMAL: <200 mg/dL
VALORES NORMALES R.N A TÉRMINO (1 DÍA):
30-90
mg/dL
GLUCOSA EN LCR: Niños: 60-80 mg/dL Adultos:
40-70 mg/dL
* Criterio según ADA y OMS para diagnóstico de Diabetes incluye niveles de HbA1C >ó igual a 6.5%. Diabetes Care, Vol 34 Enero 2011.

RESPONSABLE
PROCESO TÉCNICO: LUCIA CRISTINA NAVAS
REG. 1440

Scanned with CamScanner

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) NATALIA HURTADO CAÑOLA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 43619700 el día 24/02/2025 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) NATALIA HURTADO CAÑOLA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 43619700 realizó el día 24/02/2025 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:

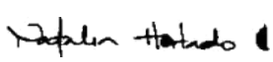
Yo NATALIA HURTADO CAÑOLA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 43619700 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.

2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.

3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.

4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.



Firma

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

Certificado
Bancario

Lunes, 27 de enero de 2025

Señores
Sena

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que NATALIA HURTADO CAÑOLA identificado(a) con CC 43619700, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	10172608500	2003/05/26	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: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 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.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

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

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **NATALIA HURTADO CAÑOLA** identificado con **CC** No. **43619700**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 07/02/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 07/02/2025 **Fecha fin de Contrato:** 31/12/2025 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 3

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 o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501012706799.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 19 días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

Somos la Decimocuarta Mejor Empresa para Trabajar en Colombia — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar — COLOMBIA 2024

Somos la Novena Mejor Empresa para Trabajar en América Latina — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar — AMÉRICA LATINA 2019

PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES - DECRETO 1082 DE 2015 - PATRICLSUSP09V4

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
5101759784

PÓLIZA No: 510 - 47 - 994000026144 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: **RIONEGRO** COD. AGENCIA: 510 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

FECHA DE EXPEDICIÓN	DIA	MES	AÑO
	06	02	2025

FECHA DE IMPRESIÓN	DIA	MES	AÑO
	06	02	2025

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE:: **NATALIA HURTADO CAÑOLA** IDENTIFICACIÓN: CC **43.619.700**

DIRECCIÓN: (SIN DIRECCION REGISTRADA) CIUDAD: BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL TELÉFONO: 6045743799

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA - REGIONAL ANTIOQUIA** IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**

BENEFICIARIO: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA - REGIONAL ANTIOQUIA** IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

DESCRIPCION AMPAROS CONTRATO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
CUMPLIMIENTO	06/02/2025	05/04/2026	4,568,847.60

BENEFICIARIOS
NIT 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA - REGIONAL ANTIOQUIA

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DE LA GARANTIA

EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DE CONTRATO N° CO1PCCNTR7417813 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES RELACIONADO CON PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO DE CARÁCTER TEMPORAL A LA GESTIÓN, EN LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, ASÍ COMO LA EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE APRENDIZAJE DEFINIDOS EN LOS DISEÑOS CURRICULARES PARA EL PROGRAMA DE ARTICULACIÓN CON LA EDUCACIÓN MEDIA, Y ASIGNADOS DESDE LA SUBDIRECCIÓN DE CENTRO Y LA COORDINACIÓN ACADÉMICA.

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ *****4,568,847.60	$ **********30,000	$****11,000.00	$ ********7,790	$ **********48,790

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART
AGENCIA DE SEGUROS ORIENTE LTDA	10562	100.00

NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN: DECLARO CONOCER Y ESTAR INFORMADO QUE LOS CANALES QUE A CONTINUACIÓN SE RELACIONAN, CUYOS DATOS VERACES Y FIDEDIGNOS HE SUMINISTRADO VOLUNTARIAMENTE EN EL PRESENTE DOCUMENTO, PUEDEN SER UTILIZADOS POR LA ASEGURADORA PARA REALIZAR GESTIONES DE COBRANZA, ASÍ COMO PARA EL ENVÍO DE MENSAJES PUBLICITARIOS A TRAVÉS DE MENSAJES CORTOS DE TEXTO (SMS), MENSAJERÍA POR APLICACIONES WEB, CORREOS ELECTRÓNICOS Y LLAMADAS TELEFÓNICAS DE CARÁCTER COMERCIAL O PUBLICITARIO, TODO DENTRO DEL MARCO LEGAL APLICABLE. DE ESTA MANERA, AUTORIZO EXPRESAMENTE PARA SER CONTACTADO POR LA ASEGURADORA Y/O SUS GESTORES COMERCIALES, DE COBRANZA E INTERMEDIARIOS, PARA LOS FINES MENCIONADOS EN LA PRESENTE DECLARACIÓN, MEDIANTE LOS CANALES DE: PRESENCIAL, LLAMADAS, CORREO ELECTRÓNICO Y EN ALGUNOS CASOS MENSAJES DE TEXTO Y WHATSAPP POR MEDIO DE GESTIÓN AUTOMÁTICA. EN CASO QUE DESEE CAMBIAR EL CANAL DE CONTACTO O TENER UN CANAL EXCLUSIVO PARA LA GESTIÓN DE COBRANZA, POR FAVOR INFORMAR AL CORREO ELECTRÓNICO: GESTIONDECARTERA@SOLIDARIA.COM.CO, PARA FINES COMERCIALES POR FAVOR INFORMAR AL CORREO GESTIONCOMERCIAL@SOLIDARIA.COM.CO Y PARA MODIFICAR O ACTUALIZAR SUS DATOS DE CONTACTO POR FAVOR INGRESAR A: https://www.solidaria.com.co/wa_digitalclient/#/login

MEDIANTE LA SOLICITUD Y CONTRATACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO, USTED EN CALIDAD DE TITULAR(ES) DE LA INFORMACIÓN; DE MANERA LIBRE, EXPRESA, VOLUNTARIA E INFORMADA, AUTORIZA A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA O A LA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A QUIÉN ESTE ENCARGUE, A RECOLECTAR,ALMACENAR, UTILIZAR, CIRCULAR, SUPRIMIR Y EN GENERAL, A REALIZAR CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO A LOS DATOS PERSONALES POR USTED SUMINISTRADOS, PARA TODOS AQUELLOS ASPECTOS INHERENTES A LAS ACTIVIDADES COMERCIALES Y PROMOCIONALES, Y CUALQUIER OTRO RELACIONADO CON EL DESARROLLO DEL OBJETO SOCIAL PRINCIPAL DEL REFERIDA SOCIEDAD, LO QUE IMPLICA EL USO DE LOS DATOS EN ACTIVIDADES DE MERCADEO, PROMOCIÓN Y DE SER EL CASO, CUANDO LA ACTIVIDAD COMERCIAL LO REQUIERA, LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN DE LOS MISMOS A UN TERCERO (INCLUYENDO TERCEROS PAÍSES), BAJO LOS PARÁMETROS DE LA LEY 1581 DE 2.012, DECRETO 1074 DE 2015 Y DEMÁS NORMATIVIDAD VIGENTE QUE REGULE LA MATERIA. EN TODO CASO, ASEGURADORA SOLIDARIA GARANTIZA LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD, PRIVACIDAD Y DEMÁS PRINCIPIOS QUE IMPLIQUEN EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ACORDE CON LA LEGISLACIÓN APLICABLE. ESTA AUTORIZACIÓN SE MANTENDRÁ POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DEL VÍNCULO O LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA SOCIEDAD RESPONSABLE, CONFORME LO ESTABLECIDO EN SUS MANUALES Y POLÍTICAS. IGUALMENTE DECLARO QUE HE CONOCIDO LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DISPONIBLE EN : HTTPS://ASEGURADORASOLIDARIA.COM.CO/ENLACES-DE-INTERES/POLITICA-DE-PRIVACIDAD.ASPX

LAS CONDICIONES GENERALES DE SU PÓLIZA SE PUEDEN DESCARGAR DE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.SOLIDARIA.COM.CO EN LA OPCIÓN SEGUROS – TU RESPALDO – SEGUROS PATRIMONIALES. ASEGURADORA SOLIDARIA PENSANDO EN SU TRANQUILIDAD, LO INVITA A VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA INGRESANDO A NUESTRA PÁGINA WEB WWW.SOLIDARIA.COM.CO EN LA OPCIÓN SERVICIOS – CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000510175978

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

CBD92079080AF57957

CLIENTE

Defensor del Consumidor Financiero – Principal: Manuel Guillermo Rueda Serrano *** Celular:** 312 342 6229 *** Correo electrónico:** defensoriasolidaria@gmail.com
Defensor del Consumidor Financiero – Suplente: Jorge Humberto Martínez Luna *** Celular:** 310 223 4304 *** Correo electrónico:** martinezlunaabogados@gmail.com
Dirección: Carrera 13A# 28-38 oficina 221, Bogotá *** Teléfono:** (601) 791 91 80 *** Fax:** (601) 791 91 80 *** Horario:** Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. y 2:00 p.m. a 6:00 p.m.
Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web: https://aseguradorasolidaria.com.co/resources/site1/General/2023/Servicios/FOLLETO-DEFENSOR-CONSUMIDOR-FINANCIERO-30-01-2023.pdf

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

Compañía de Seguros

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA