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 ATLÁNTICO

CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS- ATLÁNTICO

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

Código Regional	**8**
Código Centro	**930210**
Fecha Elaboración	**31 de Marzo de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**81848-994831**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ANA BEATRIZ CABALLERO FONTALVO	**Banco a consignar:**	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	44.205.570	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	acaballero@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	24037814168
IP/Nº de contacto:	52047	**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**	NO

¿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:	7606284/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**66125**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	9

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: SERVICIOS PERSONALES CARÁCTER TEMPORAL PARA LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN ARTICULACIÓN CON LA MEDIA PARA EL PROGRAMA FORMACIÓN ASISTENCIA ADMINISTRATIVA. SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO RADICADO 08-9-2025-006277...PZO 30/11/2025

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**10/03/2025 Al 31/03/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 30.010.937
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 30.010.937
Valor Bruto Pago:	**$ 2.414.673,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 27.596.264

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.414.673	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	**$ 2.414.673**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.501.373**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Marzo	Febrero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9482536635**
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 I		$ 7.500	$ 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%	$ 29.505.907	$ 500.000	
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	1.501.373,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.008.873,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299 - BARRANQUILLA	20.089,00	1,000%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	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	**$2.394.584,00**	

SON: DOS MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

impartir formación profesional integral en el area de salud ocupacional en diversos programas de formación titulada y/o complementaria que maneja el centro de comercio y servicio, regional atlantico en el marco del programa de articulación con la media mes de marzo: 2907393,2923389,2924317,2922973

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

ANA BEATRIZ CABALLERO FONTALVO
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,

GABIS DE JESUS AMAYA TORRES
INSTRUCTOR

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

EL ORDENADOR DEL PAGO
ELIZABETH TUBERQUIA VANEGAS
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

14/03/25 14:57:29 USUARIO: SIC - C.C. 44205570

Compromiso Presupuestal de Gasto – Comprobante.

Usuario Solicitante:	MHedonado	EVELYN DONADO LOPEZ
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	36-02-00-008-930210	CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO
Fecha y Hora Sistema:	6/03/2025 12:00:00 p. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP No: 4725 de fecha 2025-01-10. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Número:	66125	**Fecha Registro:**	2025-03-06	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**		36-02-00-008-930210 CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO			
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generado			**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00
Valor Inicial:	30.010.937,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00			**Valor Actual:**	30.010.937,00	**Saldo x Obligar:**	30.010.937,00

TERCERO ORIGINAL

Identificación: Cédula de Ciudadanía	44205570	**Razón Social:**	ANA BEATRIZ CABALLERO FONTALVO	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Número:	24037814168	**Banco:**	BANCO CAJA SOCIAL S.A.	**Tipo:**	Ahorro	**Estado:**	Activa

ORDENADOR DEL GASTO

Identificación:	39630800	**Nombre:**	ELIZABETH TUBERQUIA VANEGAS	**Cargo:**	SUBDIRECTOR CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS - ATLANTICO

CAJA MENOR				**VIÁTICOS**				**DOCUMENTO SOPORTE**					
Identificación:		**Fecha de Registro:**		**Genera Viáticos:**	No	**Num. Solicitud de Comisión:**		**Número:**	CO1.PCCNTR.7606284-2025	**Tipo:**	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	**Fecha:**	2025-03-06

ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACIÓN	VALOR INICIAL	VALOR OPERACIÓN	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
930211 INTEGRACION CON LA MEDIA-CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS ATLANTICO	C-3603-1300-20-20305C-3603025-02 ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE SABERES PREVIOS CON ÉNFASIS EN POBLACIONES CAMPESINAS Y POPULARES EN COLOMBIA NACIONAL	Nación	10	CSF		30.010.937,00	0,00		
					Total:	30.010.937,00	0,00	30.010.937,00	30.010.937,00

Objeto:	Instructor: Servicios Personales Carácter Temporal Para La Formación Profesional Integral, En ARTICULACIÓN CON LA MEDIA Para el Programa Formación ASISTENCIA ADMINISTRATIVA. SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO RADICADO 08-9-2025-006277...PZO 30/11/2025

PLAN DE PAGOS							
DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		POSICION DEL CATALOGO DE PAC		FECHA	VALOR A PAGAR	SALDO POR OBLIGAR	LINEA DE PAGO
36-02-00-008-930210	CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2025-03-30	2.414.673,00	2.414.673,00	NINGUNO
36-02-00-008-930210	CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2025-04-30	3.449.533,00	3.449.533,00	NINGUNO
36-02-00-008-930210	CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2025-05-30	3.449.533,00	3.449.533,00	NINGUNO
36-02-00-008-930210	CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2025-06-30	3.449.533,00	3.449.533,00	NINGUNO
36-02-00-008-930210	CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2025-07-30	3.449.533,00	3.449.533,00	NINGUNO
36-02-00-008-930210	CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2025-08-30	3.449.533,00	3.449.533,00	NINGUNO
36-02-00-008-930210	CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2025-09-30	3.449.533,00	3.449.533,00	NINGUNO
36-02-00-008-930210	CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2025-10-30	3.449.533,00	3.449.533,00	NINGUNO
36-02-00-008-930210	CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2025-11-30	3.449.533,00	3.449.533,00	NINGUNO

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 44205570		CABALLERO FONTALVO ANA BEATRIZ	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 15 # 7c-03	SANTO TOMAS-ATLANTICO	8790493	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1334226076	9482536635	I	2025/03/18	2025/03/13	BANCO DAVIVIENDA	0	$518,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,786,218	$285,800			$1,786,218	$223,300			$0	$0			$1,786,218	$9,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,786,218	$285,800			$1,786,218	$223,300			$0	$0			$1,786,218	$9,400		$0	$0
Ciudad: SANTO TOMAS Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					$1,786,218	$285,800			$1,786,218	$223,300			$0	$0			$1,786,218	$9,400		$0	$0
1	CC 44205570	CABALLERO ANA	230201	30	$1,786,218	$285,800	EPS010	30	$1,786,218	$223,300		0	$0	$0	14-23	30	$1,786,218	$9,400	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,786,218	$285,800			$1,786,218	$223,300			$0	$0			$1,786,218	$9,400		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 44205570		CABALLERO FONTALVO ANA BEATRIZ	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 15 # 7c-03	SANTO TOMAS-ATLANTICO	8790493	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1334226076	9482536635	I	2025/03/18	2025/03/13	BANCO DAVIVIENDA	0	$518,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$285,800	$0	$0	$285,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$285,800	$0	$0	$285,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,400	$0	$0	$9,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,400	$0	$0	$9,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$223,300	$0	$0	$223,300
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$223,300	$0	$0	$223,300
TOTAL				1	$518,500	$0	$0	$518,500

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14406810546

(415)7707212489984(8020) 000001440681054 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4 4 2 0 5 5 7 0	8	Impuestos de Barranquilla 2	

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 4 2 0 5 5 7 0	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Santo Tomás 6 8 5

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CABALLERO	FONTALVO	ANA	BEATRIZ

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0 1

41. Dirección principal: CL 70 C 24 25

42. Correo electrónico: anatrizcaballero@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	8 7 9 0 4 9 3	3 0 0 8 3 9 5 7 0 6

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 0 6 0 8 1 4	8 5 5 1	2 0 1 7 0 3 0 6		2 2 2 3	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

22- Obligado a cumplir deberes formales a

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

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 CABALLERO FONTALVO ANA BEATRIZ

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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 **ANA BEATRIZ CABALLERO FONTALVO** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **44205570** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 44205570
NOMBRES Y APELLIDOS	ANA BEATRIZ CABALLERO FONTALVO
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	05/09/2006
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	902
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	47

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **14/03/2025**

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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CABALLERO FONTALVO ANA BEATRIZ** identificado(a) con **CC** número **44.205.570** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de septiembre de 2006 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 14 de marzo de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

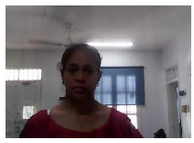
*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2025031415123

AUDIOMETRIA

INFORMACION GENERAL:

CIUDAD:	BARRANQUILLA	DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
EMPRESA:	PARTICULAR	ACT. ECONÓMICA:	
TIPO DE EXAMEN:	INGRESO	CARGO:	DOCENTE
FECHA:	05-01-2023	SECCIÓN:	OPERATIVA
EMPRESA EN MISIÓN:	NO APLICA		



DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE:

APELLIDOS:	CABALLERO FONTALVO	NOMBRES:	ANA BEATRIZ
CÉDULA:	44205570	EDAD:	38 AÑOS
SEXO:	FÉMENINO	ESCOLARIDAD:	POSTGRADO COMPLETO
PROFESIÓN:	FISIOTERAPEUTA	EPS:	EPS SURA

ANTECEDENTES DE EXPOSICIÓN A RUIDO EMPRESAS ANTERIORES:

EMPRESA **(EMP)** - ACTIVIDAD ECONOMICA **(A. EC)** - FECHA INGRESO **(F.I.)** - ANTIGUEDAD EN LA EMPRESA **(A. EMP)** - CARGO **(C)** - TIEMPO EN EL CARGO **(TC)** - SECCION **(S)** - TIPO DE RUIDO **(TR)** - TIEMPO DE EXPOSICION **(TE)** - ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL **(EPP)** - MEDICION AMBIENTAL **(MA)** - FECHA MEDICION **(FM)** - NIVEL DE EXPOSICION **(NE)**

NIEGA ANTECEDENTES DE EXPOSICION A RUIDO EN EMPRESAS ANTERIORES

ANTECEDENTES DE EXPOSICIÓN A RUIDO EMPRESA ACTUAL:

EMPRESA **(EMP)** - ACTIVIDAD ECONOMICA **(A. EC)** - FECHA INGRESO **(F.I.)** - ANTIGUEDAD EN LA EMPRESA **(A. EMP)** - CARGO **(C)** - TIEMPO EN EL CARGO **(TC)** - SECCION **(S)** - TIPO DE RUIDO **(TR)** - TIEMPO DE EXPOSICION **(TE)** - ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL **(EPP)** - MEDICION AMBIENTAL **(MA)** - FECHA MEDICION **(FM)** - NIVEL DE EXPOSICION **(NE)**

NIEGA ANTECEDENTES DE EXPOSICION A RUIDO EN EMPRESA ACTUAL

ANTECEDENTES PERSONALES AUDITIVOS: POSITIVO (P) - NEGATIVO (N)

ANTECEDENTE		ANTECEDENTE		ANTECEDENTE	
TRAUMA CRANEANO SEVERO	N	CIRUGÍA	N	VÉRTIGO	N
RUBÉOLA	N	OTALGÍA SEVERA	N	CONSUMO CIGARRILLO	N
SARAMPIÓN	N	OTORREA	**P**	INGESTA MED. OTOTÓXICOS	N
PARÁLISIS FACIAL	N	OTORRAGIA	N	PRESTO EL SERVICIO MILITAR	N
DIABETES	N	ACÚFENOS	**P**	USO DE MOTOCICLETA	N
HIPOTIROIDISMO	N			PRACTICA EL TIRO	N
EXPOSICIÓN A EXPLOSIONES	N			EXP. MUSICA ALTO VOL.	N
SORDERA DE PADRES O HERMANOS	N			DEPORTES MOTORIZADOS	N
MENINGITIS	N			TRABAJO CON MOTORES	N
TUMORES SNC	N			ESCUCHA MUSICA CON AUDIFONOS	**P**
SIFILIS	N			EXPOSICIÓN A QUIMICOS	N
PAROTIDITIS	N				
ENF AUTOINMUNE	N				
HTA	N				
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	N				
TBC	N				
OTRO	N				

DESCRIPCION DE ANTECEDENTES PERSONALES AUDITIVOS POSITIVOS

OTORREA AO DIC/2020

ACÚFENOS AO DIC/2020

ESCUCHA MUSICA CON AUDIFONOS OCASIONAL

CAPACITACION - CAPACIDAD AUDITIVA - OTOSCOPIA

¿HA RECIBIDO CAPACITACION SOBRE PROTECCION AUDITIVA?: NO - **FECHA ULTIMA CAPACITACION:** - **¿CREE OIR BIEN?:** SI - **¿CREE OIR MENOS POR UN OIDO?:**NO - **¿POR CUAL OIDO?:** - **¿DESDE CUANDO?:** - **¿LE HAN PRACTICADO AUDIOMETRIAS?:** SI - **FECHA RESULTADO:** +/-10 AÑOS NORMAL - **REPOSO AUDITIVO:** SI - **#. HORAS:** 12 - **TIEMPO EXP. A RUIDO HOY:** 0 - **USO DE PA HOY:** NO - **LUGAR DE REALIZACION:** SEDE PROTEGER (CABINA)

OTOSCOPIA OD: NORMAL :

OTOSCOPIA OI: NORMAL:

RESULTADOS DE EVALUACION

TIPO DE AUDIOMETRIA: AUDIOMETRIA TAMIZ(VIA AEREA)

AUDIOMETRIA

OIDO DERECHO

FRECUENCIA	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	MHZ
V. AREA.	25	20	20	25	20	15	20	10	
V. OSEA.									

OIDO IZQUIERDO

FRECUENCIA	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	MHZ
V. AREA.	25	20	20	25	20	20	20	15	
V. OSEA.									



SIMBOLOGIA	OD	OI
VIA AEREA	O	X
MSK	△	□
VIA OSEA	<	>
MSK	[	]
NO RESPONDE	↘	↙



PTA(500,1000,2000,3000)

OD: 21.25 OI: 21.25

Fecha de calibracion: 23-OCT-19

Audiometro: AMPLIVOX 240

IMPRESION DIAGNOSTICA:

CODIGO DX		DESCRIPCION	ANTIGUEDAD
Z011	AUDICIÓN NORMAL. TODAS LAS FRECUENCIAS MENORES O IGUALES A 25 DB.	TODAS LAS FRECUENCIAS MENORES O IGUALES A 25 DB AMBOS OIDOS.	NUEVO CONFIRMADO

RECOMENDACIONES - REMISIONES - RESTRICCIONES:

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

NINGUNA

RECOMENDACIONES LABORALES:

REALIZAR SEGUIMIENTO DEFINIDO EN EL SVE CONSERVACIÓN AUDITIVA.
CONTROL AUDIOMÉTRICO EN 12 MESES.

REMISIONES:

NINGUNA

RESTRICCIONES LABORALES:

NINGUNA

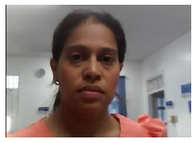
FIRMA DEL PROFESIONAL EVALUADOR
Maria Ines Fuentes Montoya

FIRMA DEL TRABAJADOR
Ana Beatriz Caballero Fontalvo
CC 44205570

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL O INFORME DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

INFORMACION GENERAL:

CÉDULA:	44205570		
APELLIDOS:	CABALLERO FONTALVO	NOMBRES:	ANA BEATRIZ
CIUDAD:	BARRANQUILLA	DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
EMPRESA:	PARTICULAR	ACT. ECONÓMICA:	
TIPO DE EXAMEN:	INGRESO	CARGO:	INSTRUCTOR
FECHA:	05-01-2023	SECCIÓN:	OPERATIVA
EMPRESA EN MISIÓN:	NO APLICA		



ESTE CONCEPTO CORRESPONDE A: CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

EL INFORME SE REALIZA CON EL ANÁLISIS DE LOS SIGUIENTES EXÁMENES:

VLR MD INGRESO -

INFORME DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

OPTOMETRIA (05-01-2023):	FUERA DE LOS LIMITES NORMALES
AUDIOMETRIA VIA AEREA (05-01-2023) :	LIMITES NORMALES
ELECTROCARDIOGRAMA (05-01-2023):	LIMITES NORMALES
COLESTEROL HDL (05-01-2023) :	LIMITES NORMALES
COLESTEROL LDL (05-01-2023) :	LIMITES NORMALES
TRIGLICÉRIDOS (05-01-2023):	LIMITES NORMALES
COLESTEROL TOTAL (05-01-2023) :	LIMITES NORMALES
PRUEBA PSICOLOGICA (05-01-2023) :	LIMITES NORMALES

RECOMENDACIONES:

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

PRACTICAR EJERCICIO EN FORMA HABITUAL (MÍNIMO TRES VECES A LA SEMANA) Y MANEJO DIETARIO PARA CONTROL DE PESO.
REALIZAR EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO Y FORTALECIMIENTO DE MUSCULATURA CERVICAL.
CONTROL OPTOMETRICO ANUAL.

RECOMENDACIONES LABORALES:

INCLUIR Y HACER SEGUIMIENTO EN LOS SISTEMAS DE VIGILANCIA IMPLEMENTADOS EN LA EMPRESA DE ACUERDO CON LA EXPOSICION LABORAL.
DEBE USAR LENTES PARA CORREGIR DEFECTO DE REFRACCIÓN LEJANA.
MEJORAR POSTURAS Y HÁBITOS POSTURALES TANTO EN POSICIÓN SENTADO COMO DE PIE.REALIZAR PAUSAS ACTIVAS EN EL TRABAJO.

CONCEPTO APTITUD LABORAL:

SIN RESTRICCIONES.

CONCEPTO APTITUD TAREAS ESPECÍFICAS:

ESTE CONCEPTO NO TIENE EL ALCANCE PARA TRABAJO EN ALTURAS.

FIRMA DEL PROFESIONAL EVALUADOR
Marilyn Consuegra Pertuz
Md. Esp. Médico Ocupacional
RM: 21608 L.S.O: 6102-2016

FIRMA DEL TRABAJADOR
Ana Beatriz Caballero Fontalvo
CC 44205570

RESULTADOS LABORATORIO CLINICO

1. INFORMACION GENERAL:

FECHA DÍA: 05 MES: 01 AÑO: 2023
APELLIDOS Y NOMBRES:CABALLERO FONTALVO ANA BEATRIZ
EMPRESA: PARTICULAR
TIPO DE EXAMEN: INGRESO

CIUDAD: BARRANQUILLA
IDENTIFICACIÓN: 44205570

3. REPORTE DE RESULTADO:

PARAMETRO 17686	RESULTADO	UNIDAD	VALORES DE REFERENCIA
99 TRIGLICÉRIDOS			
TRIGLICÉRIDOS	90	mg/dl	MENOR DE 170

BACTERIOLÓGO(A) PROCESO: YENNIS MARCELA CARRILLO ARCINIEGAS, CÉDULA: 22741344 TP:

45 COLESTEROL TOTAL			
COLESTEROL TOTAL	199	mg/dl	ALTO MAYOR DE 240 MODERADO 200 - 239 BAJO (DESEABLE) MENOR DE 200

BACTERIOLÓGO(A) PROCESO: YENNIS MARCELA CARRILLO ARCINIEGAS, CÉDULA: 22741344 TP:

42 COLESTEROL HDL			
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]	48	mg/dl	BAJO (NO DESEABLE ALTO RIESGO) MENOR DE 40 ALTO (DESEABLE BAJO RIESGO) MAYOR DE 60

BACTERIOLÓGO(A) PROCESO: YENNIS MARCELA CARRILLO ARCINIEGAS, CÉDULA: 22741344 TP:

43 COLESTEROL LDL			
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] ENZIMATICO	130	mg/dl	OPTIMO: MENOR DE 100 CERCA DE LO OPTIMO: 100-129 ALTO LIMITE: 130-159 MUY ALTO: MAYOR DE 190

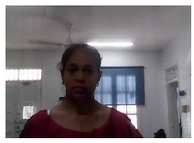
BACTERIOLÓGO(A) PROCESO: YENNIS MARCELA CARRILLO ARCINIEGAS, CÉDULA: 22741344 TP:

NOTA: La interpretación de los exámenes de laboratorio corresponde exclusivamente al médico. ESTE EXAMEN HA SIDO REVISADO Y FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE.

OPTOMETRIA

1. INFORMACION GENERAL:

CIUDAD:	BARRANQUILLA	DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
EMPRESA:	PARTICULAR	ACT. ECONÓMICA:	
TIPO DE EXAMEN:	INGRESO	CARGO:	DOCENTE
FECHA:	05-01-2023	SECCIÓN:	OPERATIVA
EMPRESA EN MISIÓN:	NO APLICA		



2. DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE:

APELLIDOS:	CABALLERO FONTALVO	NOMBRES:	ANA BEATRIZ
CÉDULA:	44205570	EDAD:	38 AÑOS
SEXO:	FÉMENINO	ESCOLARIDAD:	POSTGRADO COMPLETO
PROFESIÓN:	FISIOTERAPEUTA	EPS:	EPS SURA

3. ANTECEDENTES PERSONALES (S=SI - N=NO):

ANTECEDENTES PATOLOGICOS	RTA	SINTOMAS	RTA	ANTECEDENTE DE EXPOSICION	RTA
TOXOPLASMOSIS	N	LAGRIMEO	N	PANTALLA DE VISUALIZACIÓN	N
CIRUGÍA OCULAR	N	ARDOR OCULAR	N	ILUMINACIÓN INADECUADA	N
GLAUCOMA	N	CEFALEA	N	MATERIAL PARTICULADO	N
RETINOPATIAS	N	CANSANCIO VISUAL	N	GASES, VAPORES, HUMOS	N
CONJUNTIVITIS	N	CONGESTIÓN OCULAR	N	PROYECCIÓN DE PARTÍCULAS	N
PTERIGIO	N	VISIÓN BORROSA	N	RADIACIONES	N
TRAUMA CRANEANO	N	PRURITO	N	ALTA EXIGENCIA VISUAL	N
HIPERTENSION ARTERIAL	N	VISIÓN DOBLE	N	OTROS	N
DIABETES	N	FOTOFOBIA	N		
CATARATAS	N	SECRESIONES	N		
DESPRENDIMIENTO DE RETINA	N	SALTO DE RENGLONES	N		
OTROS	N	OTROS	N		

DESCRIPCION DE ANTECEDENTES PERSONALES POSITIVOS

NIEGA

4. PROBLEMAS DE REFRACCIÓN:

PROBLEMAS DE REFRACCIÓN:	SI	TIEMPO DE EVOLUCIÓN:	20 AÑO(S)
CORREGIDO ACTUALMENTE:	SI	TIPO DE CORRECCIÓN:	LENTES DE CONTACTO
LOS USA PARA:	VISIÓN LEJANA	FECHA ÚLTIMO EXAMEN:	ABRIL 2021
ORDENARON CAMBIO DE FÓRMULA:	NO	FECHA ÚLTIMO CAMBIO DE FÓRMULA:	ABRIL 2021
TRAJO LAS GAFAS O LENTES EN USO:	SI	USO DE EPP PROTECCIÓ VISUAL:	SI
TIPO DE EPP:	TAPABOCAS.		
OBSERVACIONES:			

5. EXAMEN:

	SIN CORRECION		CON CORRECCIÓN EN USO	
AGUDEZA VISUAL	VISION LEJANA	VISION CERCANA	VISION LEJANA	VISION CERCANA
OJO DERECHO	20-50-	050M	20-20	050M
OJO IZQUIERDO	20-70-	050M	20-25	050M
AMBOS OJOS	20-50-	050M	20-20	050M

	OJO DERECHO		OJO IZQUIERDO	
	N/AN	OBSERVACIONES	N/AN	OBSERVACIONES
ESTEREOPSIS	N		N	
VISIÓN CROMÁTICA	N		N	
CAMPO VISUAL	N		N	

BALANCE MUSCULAR 40 CMS:	ORTO
BALANCE MUSCULAR 6 MTS:	ORTO
PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA:	9 CM

	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
OFTALMOSCOPÍA	NORMAL	NORMAL

OPTOMETRIA

FÓRMULA EN USO	-1.75 SPH	**AV:**	20-20	-2.50 SPH	**AV:**	20-25
REFRACCIÓN	-1.50 SPH			-2.50 SPH		
RX FINAL	-1.75 SPH	**AV:**	20-20	-2.75 SPH	**AV:**	20-20
DIAGNÓSTICO	MIOPIA			MIOPIA		

DEBE USAR LENTES: SI DEBE CAMBIAR LOS LENTES QUE USA ACTUALEMENTE: CONTROL EN: 1 AÑO
LOS DEBE USAR PARA: VISIÓN LEJANA

OBSERVACIONES:

6. IMPRESION DIAGNOSTICA:

CODIGO	DX	DESCRIPCION	ANTIGUEDAD
H521	MIOPIA	MIOPIA AMBOS OJOS	ANTIGUO CONFIRMADO

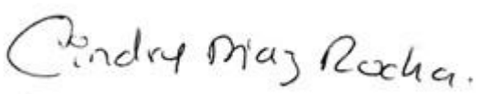
7. RECOMENDACIONES - REMISIONES - RESTRICCIONES:

RECOMENDACIONES ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
USAR SUS LENTES CORRECTIVOS DE ACUERDO CON INDICACION DE OPTOMETRA.

RECOMENDACIONES LABORALES:
REALIZAR SEGUIMIENTO DEFINIDO EN EL SVE CONSERVACIÓN VISUAL.

REMISIONES:

RESTRICCIONES LABORALES:



FIRMA DEL PROFESIONAL EVALUADOR
Cindry Maria Diaz Rocha
TP: 1043874321



FIRMA DEL TRABAJADOR
Ana Beatriz Caballero Fontalvo
CC 44205570

Función Pública

INTEGRIDAD PÚBLICA

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

Ana Caballero

C.C 44.205.570

Participó y completó el curso virtual:

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 14 de marzo 2025



Aura Isabel Mora

Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano

Código: 761166123000

Hace constar:

Que el Sr(a) ANA BEATRIZ CABALLERO FONTALVO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 44205570 realizó el día 10/03/2025 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 ANA BEATRIZ CABALLERO FONTALVO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 44205570 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 -

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) ANA BEATRIZ CABALLERO FONTALVO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 44205570 realizó el día 13/03/2025 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la

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

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) ANA BEATRIZ CABALLERO FONTALVO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 44205570 el día 10/03/2025 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) ANA BEATRIZ CABALLERO FONTALVO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 44205570 realizó el día 13/03/2025 la Capacitación Módulo 2 - Riesgos en el puesto de trabajo y medidas de prevención de la entidad y aprobó la

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

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) ANA BEATRIZ CABALLERO FONTALVO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 44205570 realizó el día 13/03/2025 la Capacitación de protocolos de bioseguridad.

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

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, **ANA BEATRIZ CABALLERO FONTALVO** identificado con **CC** No. **44205570**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 11/03/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 10/02/2025 **Fecha fin de Contrato:** 30/11/2025 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de 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 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): 202501013445817.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 14 días del mes de marzo 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

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

ANA BEATRIZ CABALLERO FONTALVO Identificado con CC 44205570

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina CALLE 72, con las siguientes características:

Cuenta de Ahorros

Número:	24037814168
Fecha de apertura:	7 de Junio de 2013
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Viernes, 14 de Marzo de 2025.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA | Banco Caja Social DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BARRANQUILLA	**BARRANQUILLA**	**85**	**85-44-101136711**	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
05	**03**	**2025**	**10**	**03**	**2025**	**00:00**	**30**	**03**	**2026**	**23:59**	**EMISION ORIGINAL**

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	CABALLERO FONTALVO, ANA BEATRIZ		**CC: 44.205.570**
DIRECCIÓN: KR 15 NRO. 7 C - 03	CIUDAD: SANTO TOMAS, ATLANTICO		TELÉFONO: 3008395706

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL ATLANTICO		**NIT: 899.999.034-1**
DIRECCIÓN: CR 43 NRO. 42 - 40	CIUDAD: BARRANQUILLA, ATLANTICO		TELÉFONO 3008287950
ADICIONAL:			

OBJETO DEL SEGURO

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

GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. C01.PCCNTR.7606284 CUYO OBJETO ES: Prestar Servicios Personales Carcter Temporal Para La Formacin Profesional Integral, En ARTICULACIN CON LA MEDIA Para el Programa Formacin ASISTENCIA ADMINISTRATIVA . SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	10/03/2025	30/03/2026	$3,001,093.70

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******20,000.00	$ *******8,000.00	$ *******5,320.00	$ **********33,320.00	$ ********3,001,093.70	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
ANTONIO BARROS & COMPANIA LIMITADA-	48763	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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

85-44-101136711

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

Ana Beatriz Caballero Fontalvo

FIRMA TOMADOR

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BARRANQUILLA	**BARRANQUILLA**	**85**	**85-44-101136711**	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
05	**03**	**2025**	**10**	**03**	**2025**	**00:00**	**30**	**03**	**2026**	**23:59**	**EMISION ORIGINAL**

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	CABALLERO FONTALVO, ANA BEATRIZ		**CC: 44.205.570**
DIRECCIÓN: KR 15 NRO. 7 C - 03	CIUDAD: SANTO TOMAS, ATLANTICO		TELÉFONO: 3008395706

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL ATLANTICO		**NIT: 899.999.034-1**
DIRECCIÓN: CR 43 NRO. 42 - 40	CIUDAD: BARRANQUILLA, ATLANTICO		TELÉFONO 3008287950

ADICIONAL:

PAGUESTADO PORTAL DE PAGOS

PAGINA WEB

CORRESPONSALES BANCARIOS

Pagos con convenio *No aplica para transferencias

Banco de Bogotá — Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia — Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******20,000.00	$ *******8,000.00	$ *******5,320.00	$ ***********33,320.00	$ ********3,001,093.70	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
ANTONIO BARROS & COMPANIA LIMITADA-	48763	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 CARRERA 58 NO. 70-136 - TELEFONO: 3681078 - BARRANQUILLA

FORMA DE PAGO		
BANCO	**CHEQUE No.**	**VALOR**

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)11013610151081(3900)000000033320(96)20260310

REFERENCIA PAGO:

1101361015108-1

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE