
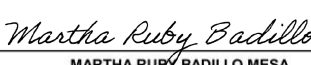


 <b>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</b>	<b>FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)</b>		<b>Código Regional</b>	<b>1</b>																																																																																																											
	<b>DIRECCIÓN GENERAL</b> <b>OFICINA DE SISTEMAS - MODERNIZACIÓN DE AMBIENTES</b>		<b>Código Centro</b>	<b>101001</b>																																																																																																											
	<b>Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1</b>		<b>Fecha Elaboración</b>	<b>Marzo de 2025</b>																																																																																																											
			<b>Versión</b>	<b>ENERO - 2.25</b>																																																																																																											
			<b>ID de Proceso</b>	<b>47444-237571</b>																																																																																																											
<b>DATOS DEL CONTRATISTA</b>																																																																																																															
<b>Nombres y apellidos:</b> OMAR ALBEIRO TREJO NARVAEZ <b>Cédula de Ciudadanía:</b> 87.100.132 <b>Correo electrónico:</b> oatrejo@sena.edu.co <b>IP/N° de contacto:</b> <b>Inducción SST:</b> SI <b>Régimen del IVA:</b> NO RESPONSABLE	<b>Banco a consignar:</b> BANCOLOMBIA <b>Tipo de cuenta:</b> AHORROS <b>Número de Cuenta:</b> 86850604781 <b>Presta Servicios Excluidos de IVA:</b> NO <b>Pertenece al régimen simple de tributación:</b> NO <b>Es declarante de renta por el año gravable 2024</b> NO																																																																																																														
<b>¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?</b> NO <b>Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000</b> NO <b>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)</b> NO <b>¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?</b> NO <b>Concepto del pago corresponde a:</b> Ninguno <b>TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.</b> 0,00%																																																																																																															
<b>DATOS DEL CONTRATO</b>																																																																																																															
<b>N° del contrato:</b> 7485292/2025	<b>N° Compromiso SIIF</b> 154125	<b>Número de pagos durante la vigencia del contrato</b> 11																																																																																																													
<b>OBJETO CONTRACTUAL:</b> (Descripción del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONALES, RAD 01-9-2025-009865, PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR Y AGILIZAR LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA PLANIFICACIÓN, DISEÑO, IMPLEMENTACIÓN, GESTIÓN, INTEGRACIÓN, OPERACIÓN, MONITOREO Y MEJORA CONTINUA DE LOS SERVICIO																																																																																																														
<b>DATOS PERIODO DEL PAGO</b>																																																																																																															
<b>Mes:</b> Febrero <b>Número de pago</b> 1 <b>Valor Bruto Pago:</b> \$ 2.918.333,00	<b>Saldo Anterior del Contrato:</b> \$ 54.418.333 <b>Valor Total del Contrato:</b> \$ 54.418.333 <b>Nuevo Saldo del Contrato:</b> \$ 51.500.000																																																																																																														
<b>RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO</b>																																																																																																															
Ingresos por honorarios \$ 2.918.333 Ingresos por comisiones \$ 0 Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0 <b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b> \$ 2.918.333 <b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b> \$ 1.660.200	Ninguno 0,00% Retención en la Fuente del Periodo \$ 0 Menos, Retefuente Otros Ingresos \$ 0 <b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b> \$ 0																																																																																																														
<b>LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR</b>																																																																																																															
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Febrero</th> <th>Enero</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS</b></td> <td>-----</td> <td>9479627320</td> </tr> <tr> <td><b>Ingreso Base de Cotización - IBC</b></td> <td>\$ 1.423.500</td> <td>\$ 0</td> </tr> <tr> <td><b>Aporte obligatorio a seguridad social salud</b></td> <td>\$ 178.000</td> <td>\$ 0</td> </tr> <tr> <td><b>Aporte obligatorio a seguridad social Pensión</b></td> <td>\$ 227.800</td> <td>\$ 0</td> </tr> <tr> <td><b>Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional</b></td> <td>\$ -</td> <td>\$ 0</td> </tr> <tr> <td><b>ARL</b></td> <td>\$ 7.500</td> <td>\$ 0</td> </tr> <tr> <td><b>Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes</b></td> <td>\$ -</td> <td>\$ -</td> </tr> <tr> <td><b>Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes</b></td> <td>\$ -</td> <td>\$ -</td> </tr> <tr> <td><b>Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes</b></td> <td>\$ -</td> <td>\$ -</td> </tr> <tr> <td><b>Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias</b></td> <td>\$ -</td> <td>\$ -</td> </tr> <tr> <td><b>Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC</b></td> <td>\$ -</td> <td>\$ -</td> </tr> <tr> <td><b>Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias</b></td> <td>\$ -</td> <td>\$ -</td> </tr> <tr> <td><b>Intereses Prestamo de Vivienda</b></td> <td>\$ -</td> <td>\$ -</td> </tr> <tr> <td><b>Dependientes hasta</b></td> <td>\$ 291.833</td> <td>\$ -</td> </tr> <tr> <td><b>Salud hasta</b></td> <td>\$ 796.784</td> <td>\$ -</td> </tr> <tr> <td><b>Renta Exenta 25%</b></td> <td>\$ 36.062.775</td> <td>\$ 553.000</td> </tr> <tr> <td><b>Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.</b></td> <td>\$ 0</td> <td>\$ -</td> </tr> <tr> <td><b>Retención en la Fuente Contingente</b></td> <td>\$ -</td> <td>\$ -</td> </tr> </tbody> </table>		Febrero	Enero	<b>N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS</b>	-----	9479627320	<b>Ingreso Base de Cotización - IBC</b>	\$ 1.423.500	\$ 0	<b>Aporte obligatorio a seguridad social salud</b>	\$ 178.000	\$ 0	<b>Aporte obligatorio a seguridad social Pensión</b>	\$ 227.800	\$ 0	<b>Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional</b>	\$ -	\$ 0	<b>ARL</b>	\$ 7.500	\$ 0	<b>Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes</b>	\$ -	\$ -	<b>Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes</b>	\$ -	\$ -	<b>Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes</b>	\$ -	\$ -	<b>Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias</b>	\$ -	\$ -	<b>Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC</b>	\$ -	\$ -	<b>Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias</b>	\$ -	\$ -	<b>Intereses Prestamo de Vivienda</b>	\$ -	\$ -	<b>Dependientes hasta</b>	\$ 291.833	\$ -	<b>Salud hasta</b>	\$ 796.784	\$ -	<b>Renta Exenta 25%</b>	\$ 36.062.775	\$ 553.000	<b>Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.</b>	\$ 0	\$ -	<b>Retención en la Fuente Contingente</b>	\$ -	\$ -	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>Base retención en la fuente a título de RENTA</td> <td>1.660.200,00</td> <td>TARIFA</td> </tr> <tr> <td>Base retención en la fuente a título de ICA</td> <td>2.918.333,00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Valor base IVA</td> <td>0,00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>IVA (Si es RESPONSABLE)</td> <td>0,00</td> <td>19%</td> </tr> <tr> <td>Menos Retención en la Fuente</td> <td>0,00</td> <td>0,00%</td> </tr> <tr> <td>Menos Retención IVA</td> <td>0,00</td> <td>15%</td> </tr> <tr> <td>Reteica - 6201 - POPAYAN CON PR</td> <td>5.837,00</td> <td>0,200%</td> </tr> <tr> <td></td> <td>0,00</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td></td> <td>0,00</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td></td> <td>0,00</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>Pro-Universidad Nacional</td> <td>14.592,00</td> <td>0,000%</td> </tr> <tr> <td>Otras Retenciones</td> <td>0,00</td> <td>0,000%</td> </tr> <tr> <td>Otras Retenciones</td> <td>0,00</td> <td>0,000%</td> </tr> <tr> <td>Otras Retenciones</td> <td>0,00</td> <td>0,000%</td> </tr> <tr> <td>Otras Retenciones</td> <td>0,00</td> <td>0,000%</td> </tr> <tr> <td>Descuentos de embargo (Si tiene)</td> <td>0,00</td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>VALOR A PAGAR</b></td> <td><b>\$2.897.904,00</b></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Base retención en la fuente a título de RENTA	1.660.200,00	TARIFA	Base retención en la fuente a título de ICA	2.918.333,00		Valor base IVA	0,00		IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%	Menos Retención IVA	0,00	15%	Reteica - 6201 - POPAYAN CON PR	5.837,00	0,200%		0,00	0%		0,00	0%		0,00	0%	Pro-Universidad Nacional	14.592,00	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%	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00		<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$2.897.904,00</b>			
	Febrero	Enero																																																																																																													
<b>N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS</b>	-----	9479627320																																																																																																													
<b>Ingreso Base de Cotización - IBC</b>	\$ 1.423.500	\$ 0																																																																																																													
<b>Aporte obligatorio a seguridad social salud</b>	\$ 178.000	\$ 0																																																																																																													
<b>Aporte obligatorio a seguridad social Pensión</b>	\$ 227.800	\$ 0																																																																																																													
<b>Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional</b>	\$ -	\$ 0																																																																																																													
<b>ARL</b>	\$ 7.500	\$ 0																																																																																																													
<b>Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes</b>	\$ -	\$ -																																																																																																													
<b>Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes</b>	\$ -	\$ -																																																																																																													
<b>Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes</b>	\$ -	\$ -																																																																																																													
<b>Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias</b>	\$ -	\$ -																																																																																																													
<b>Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC</b>	\$ -	\$ -																																																																																																													
<b>Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias</b>	\$ -	\$ -																																																																																																													
<b>Intereses Prestamo de Vivienda</b>	\$ -	\$ -																																																																																																													
<b>Dependientes hasta</b>	\$ 291.833	\$ -																																																																																																													
<b>Salud hasta</b>	\$ 796.784	\$ -																																																																																																													
<b>Renta Exenta 25%</b>	\$ 36.062.775	\$ 553.000																																																																																																													
<b>Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.</b>	\$ 0	\$ -																																																																																																													
<b>Retención en la Fuente Contingente</b>	\$ -	\$ -																																																																																																													
Base retención en la fuente a título de RENTA	1.660.200,00	TARIFA																																																																																																													
Base retención en la fuente a título de ICA	2.918.333,00																																																																																																														
Valor base IVA	0,00																																																																																																														
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%																																																																																																													
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%																																																																																																													
Menos Retención IVA	0,00	15%																																																																																																													
Reteica - 6201 - POPAYAN CON PR	5.837,00	0,200%																																																																																																													
	0,00	0%																																																																																																													
	0,00	0%																																																																																																													
	0,00	0%																																																																																																													
Pro-Universidad Nacional	14.592,00	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%																																																																																																													
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00																																																																																																														
<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$2.897.904,00</b>																																																																																																														
<b>SON: DOS MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS CUATRO PESOS M/CTE</b>																																																																																																															
<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO</b>																																																																																																															
Se realizó reunión con el equipo de líderes TIC de las sedes de la Regional con el fin de abordar temas críticos																																																																																																															
Junto con el especialista en redes, se realizó inspección de los equipos de red de la Regional ID65, con el fin de validar estado actual																																																																																																															
Se consulta con los líderes TIC los avances de la instalación de los equipos de red con el fin de garantizar la conectividad																																																																																																															
Se validan las configuraciones de los APs con el fin de verificar posibles inconvenientes incluyendo cobertura																																																																																																															
Se definieron estrategias para el trabajo en equipo, así como la distribución de los turnos de atención de TSS en la nueva sede																																																																																																															
Se asisten a reuniones del equipo de contratación, donde además se tratan temas varios de las funciones de los dinamizadores reg.																																																																																																															
<b>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</b> 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 suministrada es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí					 Firmado digitalmente por Omar Trejo Fecha: 2025.03.26 11:23:32 -05'00'																																																																																																										
<b>CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>																																																																																																															
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 periodo 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,   <b>MARTHA RUBY BADILLO MESA</b> <b>PROFESIONAL G02</b>																																																																																																													
Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago: <b>EL ORDENADOR DEL PAGO</b> <b>JUAN CARLOS CORTES GOMEZ</b> <b>JEFE OFICINA DE SISTEMAS (E)</b>																																																																																																															

**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS**

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**,

**CERTIFICA**

Que Omar Albeiro Trejo Narvaez, identificado(a) con CC número 87100132, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 87100132
NOMBRES Y APELLIDOS	Omar Albeiro Trejo Narvaez
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	03/08/1978
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/12/2017
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	126 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	33 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	18/07/2023
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 87100132 OMAR ALBEIRO TREJO  
NARVAEZ Desde 18/04/2024 - Vigente N.I.T. 817004535  
INSTITUTO TECNOLOGICO DE COMFACAUCA Desde  
08/02/2025 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA 87100132  
Trabajador Independiente Desde 23/04/2024 Hasta 23/04/2024

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **OMAR ALBEIRO TREJO NARVAEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **87100132**, se encuentra afiliado/a desde **02/06/2009** 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 04 de febrero 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.



## 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, **OMAR ALBEIRO TREJO NARVÁEZ** identificado con **CC No. 87100132**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	<b>Fecha de inicio de cobertura:</b> 15/02/2025 <b>Estado Afiliación:</b> ACTIVO <b>Fecha de inicio de Contrato:</b> 14/02/2025 <b>Fecha fin de Contrato:</b> 31/12/2025 <b>Tipo Vinculación:</b> TRABAJADOR INDEPENDIENTE <b>Clase de Riesgo:</b> 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 prórroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal [www.positivaenlinea.gov.co](http://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): 202501012815992.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 23 días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Cludad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	No
CC 87100132		TREJO NARVAEZ OMAR ALBEIRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 44 A 30 77 PI 2	POPAYAN-CAUCA	8209800		No

**DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION**

Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	
2025-01	2025-01	1287312474	9479627320	I	2025/02/10	2025/02/24	BANCOLOMBIA	
							Dias Mora	Valor
							14	\$417.300

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte		
<b>Sucursales: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>																							
				\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000					\$0	\$0			\$1,423,500	\$7,500		\$0	\$0	
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>				\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000					\$0	\$0			\$1,423,500	\$7,500		\$0	\$0	
<b>Ciudad: POPAYAN Depto: CAUCA ( 1 Afiliados)</b>				\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000					\$0	\$0			\$1,423,500	\$7,500		\$0	\$0	
1	CC	87100132	TREJO OMAR	25-14	30	\$1,423,500	\$227,800	EP5005	30	\$1,423,500	\$178,000	0		\$0	\$0	14-23	30	\$1,423,500	\$7,500	0	\$0	\$0	
<b>Total Afiliados( 1)</b>				\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000					\$0	\$0			\$1,423,500	\$7,500		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 87100132		TREJO NARVAEZ OMAR ALBEIRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 44 A 30 77 PI 2	POPAYAN-CAUCA	8209800	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1287332474	9479627320	1	2025/02/10	2025/02/24	BANCOLOMBIA	14	\$417,300

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$2,200	\$0	\$230,000	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$227,800	\$2,200	\$0	\$230,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$7,500	\$100	\$0	\$7,600	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$7,500	\$100	\$0	\$7,600	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$1,700	\$0	\$179,700	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$178,000	\$1,700	\$0	\$179,700	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$413,300</b>	<b>\$4,000</b>	<b>\$0</b>	<b>\$417,300</b>	



**¡Hola, Omar Albeiro Trejo Narvaez!**

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

Estado de la Transacción: **Aprobada**   
CUS: 1287332474  
Empresa: **APORTES EN LINEA**  
Descripción: Pago de la Planilla de **aportes** con clave: 9479627320  
Valor de la Transacción: \$ 417.300  
Fecha de Transacción: 23/02/2025

Ten en cuenta estos tips de seguridad

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



 **ACH Colombia Oficial**

 **@ACHColombia\_**

 **ACHColombiaOficial**

 **ACH Colombia Oficial**



### Hace constar:

Que el Sr(a) OMAR ALBEIRO TREJO NARVAEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 87100132 realizó el día 23/02/2025 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, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

---

### Compromiso SST:

Yo OMAR ALBEIRO TREJO NARVAEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 87100132 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.

 Firmado digitalmente por Omar Trejo  
Fecha: 2025.02.26 14:35:43 -05'00'

Firma

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



### **Hace constar:**

Que el Sr(a) OMAR ALBEIRO TREJO NARVAEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 87100132 el día 23/02/2025 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

**PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL**  
**DECRETO 1082 DE 2015**

CIUDAD DE EXPEDICIÓN: BOGOTÁ, D.C.			SUCURSAL: INTEGRA			COD. SUC: 37		NO. PÓLIZA: 37-46-101006815		ANEXO: 0	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	A LAS HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	A LAS HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
14	02	2025	13	02	2025	00:00	30	04	2026	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	TREJO NARVAEZ OMAR ALBEIRO	IDENTIFICACIÓN:	C.C. :87,100,132
DIRECCIÓN:	CL 33 N 4 70	CIUDAD:	POPAYAN - CAUCA
		TELÉFONO:	3182229051

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

ASEGURADO/BENEFICIARIO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	IDENTIFICACIÓN:	NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN:	CALLE 57 NO. 8-69	CIUDAD:	BOGOTÁ, D.C. - DISTRITO CAPITAL
		TELÉFONO:	6015461500
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:

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.7485292 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR Y AGILIZAR LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA PLANIFICACIÓN, DISEÑO, IMPLEMENTACIÓN, GESTIÓN, INTEGRACIÓN, OPERACIÓN, MONITOREO Y MEJORA CONTINUA DE LOS SERVICIOS TECNOLÓGICOS EN LA DIRECCIÓN GENERAL, LAS DIRECCIONES REGIONALES Y/O LOS CENTROS DE FORMACIÓN.

**AMPAROS**

RIESGO:	PRESTACION DE SERVICIOS		
AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	13/02/2025	30/04/2026	\$ 5,441,833.30
ACLARACIONES:			

VALOR PRIMA NETA:	GASTOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL:	PLAN DE PAGO:
\$ 23,012.25	\$ 8,000.00	\$ 5,892.33	\$ 36,904.58	\$ 5,441,833.30	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
CONSUELO ZAMBRANO PEREZ	174081	100,00			

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

PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 96 NO. 45A - 31 - TELÉFONO: 7421444 - BOGOTÁ, D.C.




Firmado digitalmente por Omar Trejo  
Fecha: 2025.02.16  
23:53:38 -05'00'

37-46-101006815

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

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

Hacemos constar, que la póliza No. 37-46-101006815, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

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

Dado en BOGOTÁ, D.C., a los 14 días del mes de Febrero de 2025



FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

Oficina Principal: Autopista Norte # 103 - 60, Piso 5 Bogotá D.C. Teléfono: 601-2186977, 601-6019330  
ASISTENCIA CELULAR #388 - FUERA DE BOGOTÁ 018000123010  
[www.segurosdelestado.com](http://www.segurosdelestado.com)



**PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES  
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.37-46-101006815**

**1. AMPAROS.**

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ SEGUROESTADO 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 PARÁGRAFO 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 TRANCURSO 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 CONSTARÁN EN LA CARÁTULA DE LA MISMA O EN SUS ANEXOS.

**5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.**

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

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

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

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

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

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

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

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

**6. COMPENSACIÓN.**

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

**7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.**

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

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

**8. PLAZO PARA EL PAGO.**

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

**9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.**

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

EL ÚLTIMO 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 COASEGUROSORES, EN PROPORCIÓN A LAS CUANTÍAS DE SU RESPECTIVA PARTICIPACIÓN.



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.**

7709998021167005925688

Nit: 860009578-6

SEGUROS DEL ESTADO GENERALES

RECIBO DE PAGO N°: 30000100685468

CERTIFICAMOS QUE:

FECHA				
RECIBIMOS DE:	TREJO NARVAEZ OMAR ALBEIRO	CC. 87.100.132		
LA SUMA DE:	Treinta y seis mil novecientos cuatro pesos *****			
POR CONCEPTO DE:	PAGO BOLETA RECAUDO REF. NRO.: 30000100685468			
SUC - RAMO - POLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTO	IVA	VALOR
INTEGRA-46-101006815-0-1	\$0.00		\$36,904.00	\$36,904.00
FORMA DE PAGO				
Efectivo - \$ 36,904.00		EFECTIVO: CHEQUE: TARJETA: BD: 36,904.00 OTROS: \$0.00		
TRANSACCION: 0005925688	TOTAL: \$36,904.00			CAJERO: PAGUESTADO

2/14/2025 9:20:43AM

172.16.10.23



## Sucursal Virtual

Pago PSE

14 febrero 2025 09:20:26



**Pago exitoso**

CUS 1265813058

Comercio  
**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**

Referencia 1  
**37-46-101006815**

Fecha  
**14 febrero 2025 09:20:26**

Referencia 2  
**8600095786**

Número de factura  
**30000100685468**

Referencia 3  
**87100132**

Descripción del pago  
**Seguros generales**

Valor del Pago  
**\$36,904**



Número de comprobante  
**TR0919293058**

Costo de la transacción  
**\$ 0**

Producto origen  
**Cuenta de ahorros**  
**\*\*\*\* 4781**

2. Concepto  Actualización

4. Número de formulario **141159895161**

(415)7707212489984(8020) 000014115989516 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) **8 7 1 0 0 1 3 2** 6. DV **1** 12. Dirección seccional **Impuestos y Aduanas de Popayán** 14. Buzón electrónico **1 7**

**IDENTIFICACIÓN**

24. Tipo de contribuyente **Persona natural o sucesión ilíquida** 2 25. Tipo de documento **Cédula de Ciudadanía** 1 3 26. Número de Identificación **8 7 1 0 0 1 3 2**

Lugar de expedición **COLOMBIA** 28. País **1 6 9** 29. Departamento **Nariño** 5 2 30. Ciudad/Municipio **Ipiales** 3 5 6

31. Primer apellido **TREJO** 32. Segundo apellido **NARVAEZ** 33. Primer nombre **OMAR** 34. Otros nombres **ALBEIRO**

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

**UBICACIÓN**

38. País **COLOMBIA** 1 6 9 39. Departamento **Cauca** 1 9 40. Ciudad/Municipio **Popayán** 0 0 1

41. Dirección principal **CL 33 N 4 70**

42. Correo electrónico **omartn@gmail.com**

43. Código postal 44. Teléfono 1 **3 1 8 2 2 2 9 0 5 1** 45. Teléfono 2

**CLASIFICACIÓN**

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

**Responsabilidades, Calidades y Atributos**

53. Código **5 4 9**

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario  
49 - No responsable de IVA



Usuarios aduaneros										Exportadores					
54. Código										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:

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 **TREJO NARVAEZ OMAR ALBEIRO**  
985. Cargo **CONTRIBUYENTE**



# Certificado Bancario

Miércoles, 26 de febrero de 2025

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que OMAR ALBEIRO TREJO NARVAEZ identificado(a) con CC 871100132, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	86850604781	2009/06/04	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.

VERIFICAR www.bancolombia.com BANCOLOMBIA S.A. Institución Bancaria



Catalina Cortés Uribe.  
Gerente Servicios Contact Center & BPO.



Verificados los resultados del participante en el curso virtual  
**Función Pública certifica que:**

**Omar Albeiro Trejo Narvález**


C.C 87.100.132

Participó y completó el curso virtual:

**Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.**

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 18 de julio 2023



Francisco Camargo Salas  
**Director de Empleo Público**

Código: 761753641000



## CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO CIRCULAR 3-2025-000017

Certifico que el señor (a) contratista **Omar Albeiro Trejo Narváz** Identificado con cédula de ciudadanía **No 87.100.132**.

Cumple con los documentos del siguiente perfil:

CIU	AREA DEL CONTRATISTA	LABOR	EXAMENES PREEMPLEO	ENFASIS DEL EXAMEN MEDICO LABORAL	VACUNACIÓN OBLIGATORIA HEPATITIS B
1855101	Administrativo – Conexas	Administrativa	Visiometría Glicemia	Psicosocial - Musculoesquelético	No

Documentos solicitados por el contratante acatando: “Exámenes Preocupacionales para Contratos de prestación de servicios personales emitido por la secretaria general”. Este soporte debe ser entregado con la facturación inicial en cumplimiento del artículo 2.2.4.2.2.18.3 del Decreto 1072 de 2015.

Se firma en Bogotá el **24 de febrero del 2025** con vigencia hasta el **16 de mayo del 2026**.

Cordial saludo,

Firmado  
digitalmente por  
Javier Eduardo  
Torres Carranza

**JAVIER EDUARDO TORRES CARRANZA MD (HOM)**

Medico Laboral- Especialista en Salud ocupacional  
Contratista Dirección General  
Bogotá

Dirección General – Secretaria General  
Calle 57 # 8 - 69, Ciudad Bogotá DC. - PBX 57 601 5461500



@SENAComunica

[www.sena.edu.co](http://www.sena.edu.co)

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ  
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT  
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:02/03/2025

CONTRIBUYENTE

C.C. 87100132

OMAR ALBEIRO TREJO NARVAEZ

## INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 33 N 4 70 Teléfonos: 3182229051  
 Dirección electrónica: omartrn@gmail.com Ciudad: POPAYAN Municipio: CAUCA  
 Fecha de Inscripción: 02/03/2025 Soporte Inscripción: -

## PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: COMUN Fecha desde: 13/02/2025  
 Matrícula Mercantil:NO Fecha inicio de Actividades: 13/02/2025 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 6201 - Actividades de desarrollo de sistemas informáticos (planificación, análisis, diseño, programación, pruebas)

Actividad 2: 8551 - Formación para el trabajo

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

## ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

## REPRESENTANTES ACTIVOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la  
Secretaría de Hacienda Distrital.

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogota D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD



## FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, febrero del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)  
BOGOTÁ

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

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

C.C.	1871599	Guillermo Alonso Trejo Bolaños	Padre
------	---------	--------------------------------	-------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, ya sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por Medicina Legal.

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

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

Cordialmente,

Firmado digitalmente  
por Omar Trejo  
Fecha: 2025.03.10  
17:19:57 -05'00'

OMAR ALBEIRO TREJO NARVAEZ  
C.C. 87100132



REPUBLICA DE COLOMBIA  
 IDENTIFICACION PERSONAL  
 CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.871.599

TREJO BOLANOS  
 APELLIDOS

GUILLERMO ALONSO  
 NOMBRES

*Guillermo Alonso Trejo Bolanos*  
 FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-SEP-1937


PUPIALES  
 (NARINO)

LUGAR DE NACIMIENTO:

1.56 O+ M  
 ESTATURA G.S. RH SEXO

03-FEB-1959 PUPIALES  
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Alfonso*  
 REGISTRADORA NACIONAL  
 ALMAREZAR BENGIO LOPEZ



A-2306700-53 144272-M 0001871599-20060324 0271606003A 02 195715693

NOTARIO SEGUNDO DEL CIRCUITO  
 IPIALES, HAGO CONSTAR QUE EL PRESENTE  
 REGISTRO CIVIL, ES FIEL Y AUTENTICA COPIA  
 DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS  
 DE ESTA NOTARIA Y QUE HE TENIDO A LA VISTA,  
 TOMO 6 FOLIO 3346916  
 IPIALES, 05 ABR 2013



DR. ALFONSO JAVIER BENITEZ GUERRERO

ORDINALES O CODIGOS DE LOS MESES	ENERO.....01 MAYO.....05 SEPT.....09	FEBRERO.....02 JUNIO.....06 OCTUBRE.....10	MARZO.....03 JULIO.....07 NOV.....11	ABRIL.....04 AGOSTO.....08 DIC.....12
--	--	--	--	---

REPUBLICA DE COLOMBIA  
 REGISTRO CIVIL  
 Superintendencia de Notariado y Registro

REGISTRO DE NACIMIENTO

IDENTIFICACION N°  
 1 Parte básica: 780803  
 2 Parte compl.: 09782

3 Clase (Notaría, Alcaldía, Corregiduría, etc.): **Notaria Numero Segundo.**  
 4 Municipio y Departamento, Intendencia o Comisaría: **Ipiales-Nariño.**  
 5 Código: **4462**

SECCION GENERICA

6 Primer apellido: **TREJO.**  
 7 Segundo apellido: **NARVAZ.**  
 8 Nombres: **OMAR ALBEIRO'**

9 Masculino o Femenino: **masculino-**  
 10  Masculino  Femenino

FECHA DE NACIMIENTO  
 11 Día: **3**  
 12 Mes: **Agosto**  
 13 Año: **1978**

14 País: **Colombia-**  
 15 Departamento, Int. o Com.: **Nariño.**  
 16 Municipio: **Ipiales.**

SECCION ESPECIFICA

17 Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc., donde ocurrió el nacimiento: **Vereda Tusandala.**  
 18 Hora: **3P.M.**

19 Documento presentado - Antecedente (cert. médico, Acta parroq. etc.): **certificado médico,**  
 20 Nombre del profesional que certificó el nacimiento: **Dr LuisRodriguez.**  
 21 N° licencia: \_\_\_\_\_

22 Apellidos (de soltera): **NARVAZ.**  
 23 Nombres: **TULIA EMMA.**  
 24 Edad (años): **40.-**

25 Identificación (clase y número): **C.C.No-27.240.148 Ipiales.**  
 26 Nacionalidad: **Colombiano**  
 27 Profesión u oficio: **hogar,**

28 Apellidos: **TREJO BOLANOS'**  
 29 Nombres: **Guillermo Alonso.**  
 30 Edad (años): **40.-**

31 Identificación (clase y número): **C.C.No-1.871.599 Ipiales-**  
 32 Nacionalidad: **Colombiano**  
 33 Profesión u oficio: **Agricultor, -**

34 Identificación (clase y número): **C.C.No-1.871.599 Ipiales, -**  
 35 Firma (autógrafa): *Guillermo Alonso Trejo B.*  
 36 Dirección postal: **Vereda Tusandala.**  
 37 Nombre: **Guillermo Alonso Trejo B.**  
 38 Identificación (clase y número): \_\_\_\_\_  
 39 Firma (autógrafa): \_\_\_\_\_

40 Domicilio (Municipio): \_\_\_\_\_  
 41 Nombre: \_\_\_\_\_  
 42 Identificación (clase y número): \_\_\_\_\_  
 43 Firma (autógrafa): \_\_\_\_\_

44 Domicilio (Municipio): \_\_\_\_\_  
 45 Nombre: \_\_\_\_\_

FECHA EN QUE SE SIENTA ESTE REGISTRO  
 46 Día: **4**  
 47 Mes: **Agosto**  
 Año: **1978**

48 Firma (autógrafa) y sello del funcionario ante quien se hace el registro  
 FORMA IP10-0 II-78

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL

*HERICA JOHANA ALVAREZ SOLIS*  
Contadora Pública Titulada T.P. 150008-T  
Dirección: Calle 35N # 4-70  
Cel. 3103830783 Popayán - Cauca

**HERICA JOHANA ALVAREZ SOLIS**  
**C.C. 34.318.197**

CONTADORA TITULADA

A solicitud del interesado.

**CERTIFICA:**

Que el señor **GUILLERMO ALONSO TREJO BOLAÑOS**, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.871.599 de Pupiales (Nariño), depende económicamente de su hijo **OMAR ALBEIRO TREJO NARVAEZ** identificado con cédula de ciudadanía No. 87.100.132.

Para constancia se firma en Popayán, a los cinco (5) días del mes de marzo de 2025.

Atentamente,



---

**HERICA JOHANA ALVAREZ SOLIS**  
C.C. 34.318.197 de Popayán (Cauca)  
TP 150008-T