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 CUNDINAMARCA

CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL Y EMPRESARIAL-CUNDINMARCA

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

Código Regional	**25**
Código Centro	**950910**
Fecha Elaboración	**Noviembre de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**79744-629115**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	YOCELYN PAOLA DE LA ESPRIELLA CASTILLO	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.143.399.302	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	ypdel20@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	78400002621
IP/Nº de contacto:		**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	SI
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:	8461456/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**614025**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	3

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: REGULAR: MONITOREO AMBIENTAL - PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES, TECNÓLOGO Y/O TÉCNICO PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN DEL NIVEL TÉCNICO Y/O TECNOLÓGICO DEL PROGRAMA REGULAR, ATENDIENDO LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALE

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/11/2025 Al 30/11/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 8.585.753
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 8.585.753
Valor Bruto Pago:	**$ 4.599.511,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 3.986.242

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.599.511	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	**$ 4.599.511**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.049.411**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Noviembre	Octubre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9493342228**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.839.804	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 230.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 294.400	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.700	$ 0
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ -	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 9.835.302	$ 1.016.000	
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	3.049.411,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.075.111,00	
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 - VILLETA	32.601,00	0,800%
-	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	**$4.566.910,00**	

SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS DIEZ PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Realice la revisión de los juicios evaluativos en Sofía Plus.

Genere una comunicación oportuna desituaciones de retiro voluntario.

Implementaciónde estrategias de enseñanza – aprendizaje. Implementaciónde estrategiasde seguimientoy evaluación.

Participar de la reunión General 28 de noviembre convocada por subdirector de centro de formación.

Atención a la formación de aprendices según la competencia a impartir: Coordinación de estrategias de promotoría ambiental. Ficha: 323

Se ejecuta formación técnica con la Ficha: 3234048

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

Yocelyn De La Espriella

YOCELYN PAOLA DE LA ESPRIELLA CASTILLO
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,

OSCAR ALEJANDRO SIERRA RINCON
INSTRUCTOR G12

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
DAVID ERNESTO AVILA CUBILLOS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

CERTIFICADO DE NO UTILIZACION DE COSTOS Y DEDUCCIONES ASOCIADOS A RENTAS DE TRABAJO

(Inciso 1 del Parágrafo 2 del Artículo 383 del E.T., modificado por el artículo 8 de la Ley 2277 de 2022 - Numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016 modificados por los artículos 9 y 11 del Decreto 2231 de 2023)

Yo, Yocelyn Paola De La Espriella Castillo con documento de identificación No. 1.143.399.302

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO
QUE:

Estoy vinculado al Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, hasta el 5 de Diciembre de 2025 mediante contrato por prestación de servicios y para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente de que trata el artículo 383 del Estatuto tributario a las renta de trabajo, informo que no hare uso de costos y deducciones asociadas a los pagos o abonos en cuenta por concepto de HONORARIOS; o por compensaciones por SERVICIOS PERSONALES originados en el contrato suscrito con la entidad (Parágrafo 4 del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016).

Por lo anterior, solicito que al momento de la depuración de la base de la retención en la fuente sea tenida en cuenta la exención prevista en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario. Toda vez que cumplo con las previsiones del numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto 1625 de 2016 modificado por el artículo 9 del Decreto 2231 de 2023.

CIUDAD Y FECHA: Villeta, Cundinamarca, 12 de Noviembre del 2025.

FIRMA: Yocelyn De La Espriella

ORGANISMO:

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario 141206627835

(415)7707212489984(8020) 000014120662783 5

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

IDENTIFICACIÓN

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

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bolívar 1 3	Cartagena 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
DE LA ESPRIELLA	CASTILLO	YOCELYN	PAOLA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bolívar 1 3	Cartagena 0 0 1

41. Dirección principal: URB EL COUNTRY MZ F LT 27

42. Correo electrónico: yocelynpaola26@hotmail.com

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

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 2 9 9	2 0 1 6 1 2 0 1							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

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

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

yocelyn De la Espriella

984. Nombre DE LA ESPRIELLA CASTILLO YOCELYN PAOLA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 12-09-2025 11:27:10AM

Certificación Bancaria

Jueves, 20 de noviembre de 2025

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que YOCELYN PAOLA DE LA ESPRIELLA CASTILLO identificado(a) con CC 1143399302, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros	78400002621	2022-02-18	ACTIVO	*****

***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 a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.

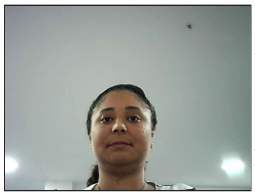
Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

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

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

Concepto Medico Ocupacional
Pre Ingreso



Fecha: 30/Ene/2025, **Hora:** 07:19:22 a.m.
Apellido: DE LA ESPRIELLA CASTILLO **Nombre:** YOCELYN PAOLA
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1143399302
Empresa: PARTICULARES
Cargo: NO APLICA
Direccion: URB EL COUNTRY MZ F LT 17
Telefono: 3109609067 **Celular:** 1 **Email:** YOCELYNPAOLA26@HOTMAIL.COM **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: .:: NO APLICA ::.
Responsable: - Parentesco: - Telefono:

HC: # 144450
Edad: 27 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 26/Mar/1997
Rh: A+

Examenes Realizados

- [x] Audiometria Tamiz
- [x] Optometria
- [x] Perfil Lipidico
- [x] Certificado Aptitud Laboral
- [x] Examen de Médico Ostemuscular
- [x] Anexo Osteomuscular

Recomendaciones Laborales	Recomendaciones Preventivas	Valoración Complementaria de Salud	Habitos y Estilos de Vida	Sistema de Vigilancia Epidemiologica
No Aplica.	**Mantener adecuados hábitos posturales durante la realización de las tareas Uso correcto de elementos de protección personal propios a su cargo. Emplear Pausas activas diarias durante la actividad laboral. Seguir normas de higiene y seguridad en el trabajo.**	**No Aplica.**	**Mantener hábitos de vida y laborales saludables. Control nutricional y de peso. Alimentación saludable y balanceada. Inicio de actividad física aeróbica regular.**	**No Aplica.**

Recomendaciones Auditivas

Protección auditiva en ambientes con exposición a ruido mayor o igual a 85dB. Control anual de Audiometría.

Recomendaciones Visuales

Control anual por optometría. Adoptar medidas de protección ocular contra radiaciones UV, polvos y otras partículas.

Restricción para el Cargo

Ninguna
Vigencia: días, semanas, meses

Concepto Medico Ocupacional

, Examen médico ocupacional de ingreso satisfactorio, en relación con los exámenes realizados.

Requisito de Salud:

	Cumple	No Cumple	No Aplica
Trabajo en Alturas	☐	☐	☑
Espacios Confinados	☐	☐	☑

Sustancias Quimicas	☐	☐	☑
Manipulación de alimentos	☐	☐	☑
Habilidades Psicomotrices	☐	☐	☑
Brigadistas	☐	☐	☑
Otros:	☐	☐	☑

Control por Medicina del Trabajo

Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐
Bimestral ☐ Mensual ☐ Confirmatoria ☐

Recomendaciones para la Empresa

Descargar remisión emitida: Si ☐ No ☑

Observación

Ninguna

Consentimiento Informado

Mediante el presente documento autorizo al profesional abajo mencionado a que se me realice de manera voluntaria el examen médico ocupacional y/o exámenes médicos complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento, comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgo del examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que ELCOMEDILAB IPS S.A.S de a la misma autoriza que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológicas de las empresa y la realización de estudios de investigación con fines científicos (Ley 1381 de 2012) suministra la información necesaria a las personas o entidades contempladas a la legislación para el desarrollo del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).

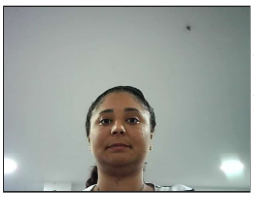
Hibeth Palomino Gomez
Especialista en salud ocupacional
Lic. 1264

HIBETH ROSARIO PALOMINO GOMEZ
Lic. de S.O #: MEDICO 2776

YOCELYN PAOLA DE LA ESPRIELLA CASTILLO
CC 1143399302

Huella Digital

Audiometria Tamiz



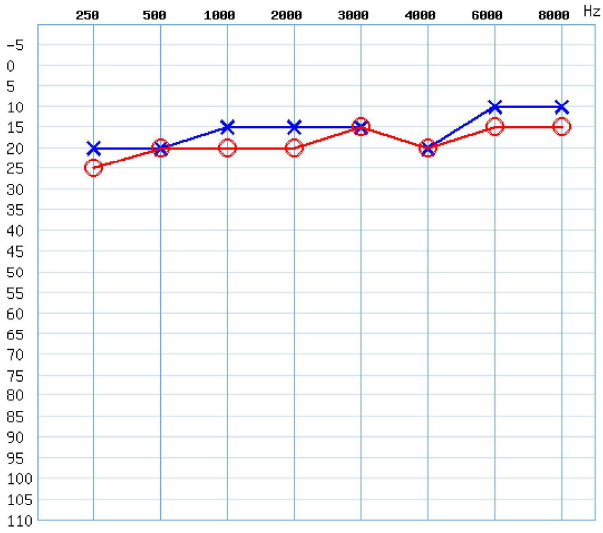
Fecha: 30/Ene/2025, **Hora:** 07:19:22 a.m.
HC: # 144450
Apellido: DE LA ESPRIELLA CASTILLO
Nombre: YOCELYN PAOLA
Edad: 27 años
Tipo Doc: CC
Nro Identidad: 1143399302
Sexo: Femenino ♀
Direccion: URB EL COUNTRY MZ F LT 17
Telefono: 3109609067 **Celular:** 1 **Email:** YOCELYNPAOLA26@HOTMAIL.COM **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: .:: NO APLICA ::.
Responsable: - Parentesco: - Telefono:

Antecedentes						
Personales	**Si/No**	**OI/OD**	**Personales**	**Si/No**	**Tiempo**	**Uso EPP**
Cirugia	No	Ninguno	Practica de tiro	No		No
Otalgia	No	Ninguno	Presto el servicio militar	No		No
Otorrea	No	Ninguno	Musica a alto volumen	Si		No
Plurito	No	Ninguno	Usa mp3	Si		No
Ascufeno	No	Ninguno	Uso de motocicleta	No		No
Vertigo	No	Ninguno	Actividades Acuaticas	No		No
Consumo medicinas Ototoxicas	No	Ninguno	Frecuencia sitios ruidosos	No		No
Consumo del cigarrillo	No	Ninguno				

Antecedentes Laborales					
Empresa	**Puesto de Trabajo**	**Duracion en la Empresa**	**Exposicion a Ruido**	**Jornada Laboral**	**Medidas de Control**

OTOSCOPIA

Oido Derecho Normal **Oido Izquierdo** Normal



PTA Oido Izquierdo 16.25 18.75 **PTA Oido Derecho**

	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
Oido Izquierdo:	20	20	15	15	15	20	10	10
Oido Derecho:	25	20	20	20	15	20	15	15

Diagnostico Audiologico:

VIAS AEREAS DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD, SEGUN LA CURVA AUDIOMETRICA.

Recomendaciones:

CONTROL AUDITIVO ANUAL. ADECUADA HIGIENE AUDITIVA. REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL. SE RECOMIENDA EPP AUDITIVOS EN AMBIENTES CON EXPOSICIÓN A RUIDO MAYOR O IGUAL A 85 DB.

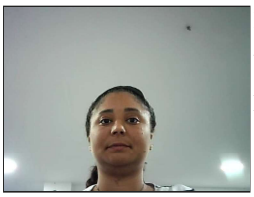
Karen Pájaro Diaz
Fonoaudióloga
C.C. 1.044.924.946

KAREN PAOLA PAJARO DIAZ
FONOAUDIOLOGA
Registro #: 03031

YOCELYN PAOLA DE LA ESPRIELLA CASTILLO
CC 1143399302

Huella Digital

Optometria



Fecha: 30/Ene/2025, **Hora:** 07:19:22 a.m.
HC: # 144450
Apellido: DE LA ESPRIELLA CASTILLO **Nombre:** YOCELYN PAOLA **Edad:** 27 años
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1143399302 **Sexo:** Femenino ♀
Direccion: URB EL COUNTRY MZ F LT 17
Telefono: 3109609067 **Celular:** 1 **Email:** YOCELYNPAOLA26@HOTMAIL.COM **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: .:: NO APLICA ::.
Responsable: - Parentesco: - Telefono:

Antiguedad en la Empresa

Antiguedad en el Cargo

Antecedentes					
Personales		**Familiares**		**Laborales**	
Hipertension Arterial	No	Hipertension Arterial	No	No	
Diabetes	No	Diabetes	No	No	
Hipercolesterolemia	No	Glaucoma	No	No	
Glaucoma	No	Cataratas	No	No	
Migraña	No	Miopía	No	No	
Cataratas	No	Astigmatismo	No	No	
Cirugías Oculares	No	Hipermetropía	No	No	
Traumas Oculares	No	Cancer	No	No	
Cuerpos Extraños	No				
Hipermetropía	No				
Astigmatismo	No				
Miopía	No				
Presbicia	No				
Otro? cual:	ASMA				

Correccion	
Usa Lentes	No
Cerca	No
De Contacto	No
Lejos	No
Bifocales / Progresivos	No

Presenta corrección óptica durante el examen No

Evaluacion			
Agudeza Visual	**Visión próxima Sin corrección**	**Visión lejana Sin corrección**	**RX en Uso** **A.V Con Correccion**
O.D.	20/20	20/20 PH:	
O.I.	20/20	20/20 PH:	
A.O.	20/20	20/20	

Oftalmoscopia

NORMAL AO

Queratometría

OD: N/A

OI: N/A

Balance Muscular O.D. NORMAL O.I. NORMAL

Refraccion	**AV**	**Rx Final**	**AV**
O.D. N		O.D.	
O.I. N		O.I.	
ADD		ADD	

Vision Cromatica Normal , Estereopsis Normal , " />

Examen Externo			
Percepcion del Color		**Convergencia**	
Percepcion Anormal	No	Lejos	No
		Cerca	No

OD	**OI**
NORMAL	NORMAL

Examen Motor

Hirschberg:

Conducta y Recomendaciones CONTROL ANUAL

Diagnostico EMETROPE AO

Jesus Eduardo Morelo
OPTOMETRA
Universidad del sinu
TP 1143391984
Jesus Eduardo M.

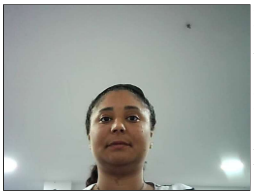
Yocelyn de la Espriella

JEISA GUARDO MOVILLA
OPTOMETRA

YOCELYN PAOLA DE LA ESPRIELLA CASTILLO
CC 1143399302

Huella Digital

Resultados
Laboratorios



Fecha: 30/Ene/2025, **Hora:** 07:19:22 a.m.
Apellido: DE LA ESPRIELLA CASTILLO **Nombre:** YOCELYN PAOLA
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1143399302
Empresa: PARTICULARES
Cargo: NO APLICA
Direccion: URB EL COUNTRY MZ F LT 17
Telefono: 3109609067 **Celular:** 1 **Email:** YOCELYNPAOLA26@HOTMAIL.COM **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: .:: NO APLICA ::.
Responsable: - Parentesco: - Telefono:

HC: # 144450
Edad: 27 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 26/Mar/1997
Rh: A+

EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
Examen Solicitado	**Resultado**	**Valores de Referencia**
Colesterol Total	**207** mg/dl	****VALORES DE REFERENCIA SEGUN LA NCEP ATP III - 2001** **Optimo : menor de 200mg/dl** intermedio alto: entre200 - 239mg/dl alto: mayor o igual a 240mg/dl
Colesterol H.D.L.	**45.1** mg/dl	** VALORES DE REFERENCIA SEGUN LA NCEP ATP III - 2001 Bajo : Menor de 40mg/dl Alto: Mayor o igual a 60mg/dl
Colesterol L.D.L.	**141.0** mg/dl	** VALORES DE REFERENCIA SEGUN LA NCEP ATP III - 2001 Optimo: Menor de 100mg/dl Casi optima: Entre 100 - 129mg/dl Intermedio Alto : Entre 130 - 159 mg/dl Alto : Entre 160 - 189mg/dl Muy Alto : Mayor o igual a 190 mg/dl

		** VALORES DE REFERENCIA SEGUN LA NCEP ATP III - 2001
Trigliceridos Serico	**105** mg/dl	Normal : Menor de 150 mg/dl Intermedio Alto : Entre 150 - 199mg/dl Alto : Entre 200 - 499mg/dl Muy Alto : Mayor o igual a 500 mg/dl

OBSERVACIONES

KAREN MARGARITA AMADOR GUERRERO
Bacteriologa
Lic. de S.O #: 2373809

YOCELYN PAOLA DE LA ESPRIELLA CASTILLO
CC 1143399302

Huella Digital

Previlabor
Salud Ocupacional

CALLE 48C # 65 - 23
SECTOR SURAMERICANA
TELÉFONOS: 604 230 1810 - 300 912 5411
MEDELLÍN - COLOMBIA
E-mail: solicitudservicios@previlabor.co

DÍA	MES	AÑO
5	2	2025

Hora Registro: 10:18 AM

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL - PREEMPLEO

NOMBRE:	YOCELYN PAOLA DE LA ESPRIELLA CASTILLO	**CEDULA:**	1143399302	**EMPRESA CONTRATANTE:**	PARTICULAR
CIUDAD	Medellín	**CARGO:**	INSTRUCTORA DE SISTEMAS	**EMPRESA EN MISIÓN**	PARTICULAR
EPS	SALUD TOTAL				

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES

EXAMEN	FECHA

CONCEPTO VALORACION MEDICA

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

CUMPLE CON EL PERFIL OCUPACIONAL DEL CARGO.NO PRESENTA NINGUNA RESTRICCION LABORAL AL MOMENTO

Se realizó examen médico con evaluación osteomuscular

CONDUCTA:

Para el Trabajador

- BAJAR DE PESO
- ACATAR NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
- REALIZAR EJERCICIO FISICO TRES VECES POR SEMANA.

Para Empresa

- INGRESAR AL SISTEMA DE VIGILANCIA PSICOLABORAL
- INGRESAR AL SISTEMA DE VIGILANCIA VISUAL

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

INGRESAR AL PROGRAMA O SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA OSTEOMUSCULAR, SI SU CARGO ESTA INCLUIDO DENTRO DE LA MATRIZ DE RIESGOS DE LA EMPRESA COMO POBLACION OBJETO.

REALIZAR EVALUACION VISUAL PERIODICA PARA VERIFICAR EL ESTADO DE LA SALUD VISUAL, EL CUAL DEBE ESTAR ACORDE A LAS EXIGENCIAS LABORALES.

EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL QUE INCLUYE EVALUACIÓN PSICOLOGICA BASICA , SIN EVIDENCIA DE ALTERACIÓN DE SALUD.

Certifico que no he omitido información acerca de mi estado de salud, todo es verídico y puede ser confirmado

CONSENTIMIENTO INFORMADO
Certifico que he comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos de la Historia Clínica Ocupacional. También certifico que he discutido con la persona que me ha brindado la asesoría, el procedimiento mediante el cual recibiré mis resultados y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la realización de ésta(as) prueba(s) es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea realizado el examen.
Certifico que no he omitido información acerca de mi estado de salud, todo es verídico y puede ser confirmado, además que fui informado de las medidas que se tomarán para proteger la confiabilidad de mis resultados.

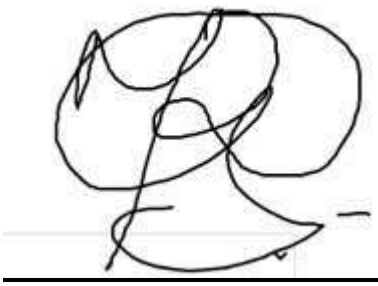
IVAN DARIO GALEANO VELEZ
Licencia No. L.S.O: 60089498/2017 RM: 2122
NOMBRE Y LICENCIA DEL ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. No.1143399302

CALLE 48C # 65 - 23
SECTOR SURAMERICANA
TELÉFONOS: 604 230 1810 - 300 912 5411
MEDELLÍN - COLOMBIA
E-mail: solicitudservicios@previlabor.co

Paciente	1143399302 - YOCELYN PAOLA DE LA ESPRIELLA CASTILLO	**Fecha de Impresión**	2025-02-05 14:36
Empresa/Sede	PARTICULAR	**Fecha de Registro**	2025-2-5
Sexo/Edad	Femenino / 28 Años	**Hora de Registro**	10:07 AM
Teléfono	3104609067	**Registro Nro**	254961
		Orden Nro.	**445550**

Análisis	Resultado	Vlr Refer Inicial	Vlr Refer Final	Unidad
GLICEMIA				
RESULTADO.	90	70	110	Mg/dl
Para alguien sin diagnóstico de diabetes, un valor de glucosa entre 110 y 125 mg /dl. es consistente con una prediabetes y debe confirmarse con una valoración por su medico y con otras pruebas de seguimiento.				
ASPECTO DEL SUERO	NORMAL			



Dr.MAOLY CECILIA ROJAS FLOREZ

023973

CERTIFICADO DE APTITUD PSICOLOGICA

Cedisalud

INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	30/09/2025 MEDELLIN - ANTIOQUIA	**Tipo de Examen:**	PREINGRESO
Paciente:	YOCELYN PAOLA DELAESPRIELLA CASTILLO	**Identificación:**	1143399302
Género	FEMENINO **Edad:** 28	**Teléfono**	3104609067 **Móvil:** 3104609067
Fecha Nacimiento:	26/03/1997	**Cargo:**	DOCENTE
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Dirección	CALASANZ	**Escolaridad:**	ESPECIALIZACION
Empresa	PARTICULAR -		

CONCEPTO DE APTITUD

TEST DE APTITUD MENTAL SIN ALTERACION PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

DIAGNOSTICO Y RECOMENDACIONES

OBSERVACIONES

SIN TRASTORNOS NEUROPSICOLOGICOS Y/ EMOCIONALES QUE INTERFIERAN CON SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO. SE EVIDENCIA BUENA LÓGICA ABSTRACTA Y DE SEMEJANZAS, BUENA CAPACIDAD COMUNICATIVA EN CUANTO AL VÍNCULO SOCIAL, PERSONA CON BUENAS APTITUDES PSICOLÓGICAS, BUENA OPERACIÓN DE SUS FUNCIONES EJECUTIVAS.

Juliana Rpo
JULIANA RESTREPO PALACIO
PSICOLOGA
TP 265775-12-05-2023

PSICOLOGO (A)
JULIANA RESTREPO PALACIO
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 1001140206
265775-12-5-23 TP - 265775-12-5-23 TP

Yocelyn Paola Delaespriella

Firma y cédula del Paciente
YOCELYN PAOLA DELAESPRIELLA CASTILLO
1143399302

Scanned with CamScanner

CERTIFICADO DE APTITUD PSICOLOGICA

Cedisalud

INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	30/09/2025 MEDELLIN - ANTIOQUIA	**Tipo de Examen:**	PREINGRESO
Paciente:	YOCELYN PAOLA DELAESPRIELLA CASTILLO	**Identificación:**	1143399302
Género	FEMENINO **Edad:** 28	**Teléfono**	3104609067 **Móvil:** 3104609067
Fecha Nacimiento:	26/03/1997	**Cargo:**	DOCENTE
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Dirección	CALASANZ	**Escolaridad:**	ESPECIALIZACION
Empresa	PARTICULAR -		

CONCEPTO DE APTITUD

TEST DE APTITUD MENTAL SIN ALTERACION PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

DIAGNOSTICO Y RECOMENDACIONES

OBSERVACIONES

SIN TRASTORNOS NEUROPSICOLOGICOS Y/ EMOCIONALES QUE INTERFIERAN CON SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO. SE EVIDENCIA BUENA LÓGICA ABSTRACTA Y DE SEMEJANZAS, BUENA CAPACIDAD COMUNICATIVA EN CUANTO AL VÍNCULO SOCIAL, PERSONA CON BUENAS APTITUDES PSICOLÓGICAS, BUENA OPERACIÓN DE SUS FUNCIONES EJECUTIVAS.

Juliana Rpo

JULIANA RESTREPO PALACIO
PSICOLOGA
TP 265775-12-05-2023

PSICOLOGO (A)
JULIANA RESTREPO PALACIO
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 1001140206
265775-12-5-23 TP - 265775-12-5-23 TP

Yocelyn Paola Delaespriella

Firma y cédula del Paciente
YOCELYN PAOLA DELAESPRIELLA CASTILLO
1143399302

Scanned with CamScanner

CERTIFICADO DE VISIOMETRÍA

Cedisalud

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	30/09/2025 MEDELLIN - ANTIOQUIA	**Tipo de Examen:**	PREINGRESO
Paciente:	YOCELYN PAOLA DELAESPRIELLA CASTILLO	**Identificación:**	1143399302
Género	FEMENINO **Edad:** 28	**Teléfono**	3104609067 **Móvil:** 3104609067
Fecha Nacimiento:	26/03/1997	**Cargo:**	DOCENTE
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Dirección	CALASANZ	**Escolaridad:**	ESPECIALIZACION
Empresa	PARTICULAR -		

EVALUACIÓN

Recomendaciones SIN ALTERACION VISUAL ACTUAL QUE INTERFIERA CON SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO. CONTROL ANUAL

Impresión Diagnóstica SIN ALTERACION VISUAL ACTUAL QUE INTERFIERA CON SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO. CONTROL ANUAL

Remisiones -

ANA CAROLINA POLO JACOME
OPTOMETRA
REG 1047040364-20122024

ANA CAROLINA POLO JACOME 1047040364-20122
Profesional

Yocelyn Paola Delaespriella

YOCELYN PAOLA DELAESPRIELLA CASTILLO 1143399302
Firma y cédula del Paciente

Impreso por Software SIMEDI - Salud Laboral - www.sigaltda.com.co

Scanned with CamScanner

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) YOCELYN PAOLA DE LA ESPRIELLA CASTILLO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1143399302 el día 12/11/2025 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su

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

Hace constar:

Que el Sr(a) YOCELYN PAOLA DE LA ESPRIELLA CASTILLO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1143399302 realizó el día 12/11/2025 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 YOCELYN PAOLA DE LA ESPRIELLA CASTILLO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1143399302 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.

Yocelyn De La Espriella

Firma

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

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

YOCELYN PAOLA DE LA ESPRIELLA CASTILO CC 1143399302 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

Datos del contratante			
Nombres y apellidos o Razón Social	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA		
Tipo de documento de identificación	NI	**Número de documento de identificación**	899999034
Datos del trabajador			
Fecha de inicio cobertura	2025-10-15	**Estado de afiliación**	**Activo**
Clase de riesgo	1	**Código Actividad Económica**	1855101
Fecha de Inicio del Contrato	2025-10-15	**Fecha Fin del Contrato**	2025-12-17
Tipo de vinculación	Independiente	**Fecha de retiro**	

Esta certificación se expide a los 12 días del mes de noviembre del 2025.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin del 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.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades

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

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN:	SUCURSAL:	COD. SUC:	NO. PÓLIZA:	ANEXO:
MEDELLIN	MEDELLIN	65	65-46-101062913	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
31	10	2025	31	10	2025	00:00	25	04	2026	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	DELAESPRIELLA CASTILLO YOCELYN PAOLA			IDENTIFICACIÓN:	C.C. :1,143,399,302
DIRECCIÓN:	URBANIZACION EL COUNTRY MANZANA F , VIA DEL BOSQUE	CIUDAD:	CARTAGENA - BOLIVAR	TELÉFONO:	3104609067

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL CUNDINAMARCA			IDENTIFICACIÓN:	NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN:	CALLE 2 NO. 13 - 03 BARRIO SAN RAFAEL	CIUDAD:	VILLETA - CUNDINAMARCA	TELÉFONO:	6015461500
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:

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.8461456 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: REGULAR MONITOREO AMBIENTAL - PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES, TECNÓLOGO Y/OTÉCNICO PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN DEL NIVEL TÉCNICO Y/O TECNOLÓGICO DEL PROGRAMA REGULAR, ATENDIENDO LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	31/10/2025	25/04/2026	$ 858,575.30

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	$ 858,575.30	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
FEDERICO GUILLERMO CARTAGENA	184152	100,00			

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

PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 53 NO 45-45 OFICINA 1006 - TELÉFONO: 3695060 - MEDELLIN

65-46-101062913
FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

Yocelyn De la Espriella
FIRMA TOMADOR

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

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

Hacemos constar, que la póliza No. 65-46-101062913, 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 MEDELLIN, a los 31 días del mes de Octubre 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 BOGOTA 018000123010
www.segurosdelestado.com

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: RECIBO DE PAGO N°: 65461010629130

FECHA	
CONTADO	

RECIBIMOS DE: DELAESPRIELLA CASTILLO YOCELYN PAOLA C.C. C.C. :1,143,399,302

LA SUMA DE: TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 65-46-101062913

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
MEDELLIN - CU. ESTATAL - 101062913 - 0 - 0	$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00

FORMA DE PAGO

		EFECTIVO:	$ 33,320.00
		CHEQUE:	$ 0.00
		TARJETA:	$ 0.00
		BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO:	FEDERICO GUILLERMO CARTAGENA - 184152	OTROS:	$ 0.00
		TOTAL:	$ 33,320.00
		CAJERO: RAPIESTADO	

ORIGINAL

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: RECIBO DE PAGO N°: 65461010629130

FECHA	
CONTADO	

RECIBIMOS DE: DELAESPRIELLA CASTILLO YOCELYN PAOLA C.C. C.C. :1,143,399,302

LA SUMA DE: TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 65-46-101062913

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
MEDELLIN - CU. ESTATAL - 101062913 - 0 - 0	$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00

FORMA DE PAGO

		EFECTIVO:	$ 33,320.00
		CHEQUE:	$ 0.00
		TARJETA:	$ 0.00
		BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO:	FEDERICO GUILLERMO CARTAGENA - 184152	OTROS:	$ 0.00
		TOTAL:	$ 33,320.00
		CAJERO: RAPIESTADO	

COPIA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

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

PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.65-46-101062913

1. AMPAROS.

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

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

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

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

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

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

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

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

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

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

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

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

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

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

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

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

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

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

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

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

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

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

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

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

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

2. EXCLUSIONES.

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

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

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

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

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

3. SUMA ASEGURADA.

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

4. VIGENCIA.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. COMPENSACIÓN.

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

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

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

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

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

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

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

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

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

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

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

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

13. COASEGURO

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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 1143399302		DELAESPRIELLA CASTILLO YOCELYN PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	SANTA LUCIA	CARTAGENA-BOLIVAR	6613783	No

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)						$1,839,804	$294,400			$1,839,804	$230,000			$0	$0			$1,839,804	$9,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,839,804	$294,400			$1,839,804	$230,000			$0	$0			$1,839,804	$9,700		$0	$0
Ciudad: CARTAGENA Depto: BOLIVAR (1 Afiliados)						$1,839,804	$294,400			$1,839,804	$230,000			$0	$0			$1,839,804	$9,700		$0	$0
1	CC	1143399302	DE LA ESPRIELLA YOCELYN	230201	30	$1,839,804	$294,400	EPS002	30	$1,839,804	$230,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,839,804	$9,700	0	$0	$0
Total Afiliados(1)						$1,839,804	$294,400			$1,839,804	$230,000			$0	$0			$1,839,804	$9,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1923726872	9493342228	I	2025/11/05	2025/11/12	BANCOLOMBIA	7	$536,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$294,400	$1,300	$0	$295,700
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$294,400	$1,300	$0	$295,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,700	$100	$0	$9,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,700	$100	$0	$9,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$230,000	$1,100	$0	$231,100
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$230,000	$1,100	$0	$231,100
TOTAL				**1**	**$534,100**	**$2,500**	**$0**	**$536,600**

Bogotá, Noviembre / 20 de 2025

Señor (a): YOCELYN PAOLA DE LA ESPRIELLA CASTILLO
CC. 1143399302
URB CONTRY MZ F LT 27
CARTAGENA

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Julio / 1 de 2022, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.
Elaboró: *Oficina Virtual*

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **DE LA ESPRIELLA CASTILLO YOCELYN PAOLA** identificado(a) con **CC** número **1.143.399.302** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 31 de mayo de 2017 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 20 de noviembre 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:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**