



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 PUTUMAYO  
CENTRO AGORFORESTAL Y A-PUTUMAYO

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

Código Regional	86
Código Centro	951810
Fecha Elaboración	Diciembre de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	40366-430784

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	NATALIA ALEJANDRA BONILLA RIVERA	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.123.319.336	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	mailto:nbonilla@sena.edu.co	Número de Cuenta:	45100028917
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	SI
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?			NO
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000			SI
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:	522/2025	Nº Compromiso SIIF	588925	Número de pagos durante la vigencia del contrato	2
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA DESARROLLAR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA, EN EL PROCESO DE GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN LA ESPECIALIDAD RELACIONADA				

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	26/11/2025	Al	30/11/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 3.911.471
Número de pago	1			Valor Total del Contrato:	\$ 3.911.471
Valor Bruto Pago:			\$ 888.971,00	Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 3.022.500

**RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

Ingresos por honorarios	\$ 888.971	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 888.971</b>	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 362.171</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>

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

	Noviembre	Octubre	Base retención en la fuente a título de RENTA	362.171,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	AFILIACION	Base retención en la fuente a título de ICA	483.171,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.423.500	\$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 178.000	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 227.800	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00	15%
ARL	\$ -	\$ 0	Reteica - 8299 - MOCOIA	4.832,00	1,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -			0,00	0%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -			0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -			0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -			0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 796.784	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 6.556.868	\$ 121.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 0		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$884.139,00</b>	

**SON: OCHOCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL CIENTO TREINTA Y NUEVE PESOS M/CTE**

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

PUERTO ASIS - PUTUMAYO DEL 26 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2025, INSTRUCTOR DE FORMACION REGULAR - AMBIENTE DE FORMACION PRESENCIAL.
1. Acta soporte autorización horas por inducción y alistamiento en formación profesional integral - HORAS: 32
TOTAL HORAS : 32

**PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:**  
1. Cumpli a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí

**NATALIA ALEJANDRA BONILLA RIVERA**  
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 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,  
  
**JESUS LEONARDO CABRERA GUZMAN**  
INSTRUCTOR G10

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**  
**FREIDER ALEJANDRO NARVAEZ HERRERA**  
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)



CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) NATALIA ALEJANDRA BONILLA RIVERA identificado(a) con CC 1123319336 se encuentra afiliado a la EPS.

**Fecha de Activación de Servicios:** 20/10/2023

**Estado de la Afiliación:** Vigente

**IPS:** CLINICA AMAZONIA

**Categoría:** A

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 20 días del mes 11 del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

**Observaciones:**

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



**Gerencia de Afiliaciones**

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS  
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del  
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

**CERTIFICA QUE:**

**NATALIA ALEJANDRA BONILLA RIVERA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.123.319.336**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 de Noviembre del 2025.

Cordialmente,



---

Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:**

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

# LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

## CERTIFICA QUE:

NATALIA ALEJANDRA BONILLA RIVERA identificado con CC. 1123319336 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
<b>Nombres y/o Razón</b>	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
<b>Tipo y Numero de Documento</b>	NI - 899999034

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
<b>Fecha de inicio de cobertura</b>	2025/11/26	<b>Fecha inicio contrato</b>	2025/11/26
<b>Tipo de vinculación</b>	Independiente con Contrato	<b>Fecha de fin contrato</b>	2025/12/28
<b>Riesgo</b>	5	<b>Código actividad económica</b>	5421001 - CONSTRUCCION DE CARRETERAS Y VIAS DE FERROCARRIL, INCLUYE LA CONSTRUCCION, CONSERVACION Y
<b>Estado afiliación</b>	Activo	<b>Estado del contrato</b>	Activo
<b>Fecha retiro</b>			

Esta certificación se expide a los 2 días del mes de diciembre del 2025.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en [www.positivaenlinea.gov.co](http://www.positivaenlinea.gov.co) para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC02122025N1123319336B600495**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

**POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS**

**Positiva Compañía de Seguros S.A.:**

Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

**Defensor del Consumidor Financiero:** Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia(Suplente) | [defensordelcliente@positiva.gov.co](mailto:defensordelcliente@positiva.gov.co) | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>  
Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de

LA ASEGURADORA  
DE TODOS LOS  
COLOMBIANOS



# Certificación Bancaria

Jueves, 20 de noviembre de 2025

A quien le interese

Bancolombia S.A. se permite informar que NATALIA ALEJANDRA BONILLA RIVERA identificado(a) con CC 1123319336, 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 de ahorros	45100028917	2019-02-28	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.

 **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 [correosospchoso@bancolombia.com.co](mailto:correosospchoso@bancolombia.com.co)



# UNIMEDICAL DEL SUR SAS

Nit. 900556205 - 4

Dirección: CRA 25 30B-48

Tel: 3143264577

## INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

INGRESO

**Tipo certificación:** Ingreso  Periódico  Retiro  Post incapacidad  Caso ocupacional   
 Control  Reubicación  Ingreso al SVE  Trabajo en alturas

### DATOS DEL PACIENTE

Fecha **21/11/2025 09:26:00**

Empresa **PARTICULAR**

Doc. Identidad **CC 1123319336**

Nombre **NATALIA ALEJANDRA BONILLA RIVERA**

Cargo **INSTRUCTORA**



### SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

GLUCOSA (EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO), PERFIL LIPIDICO, CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA, AUDIOMETRIA VALORACION, LABORATORIO DE VOZ, CONSULTA MEDICO OCUPACIONAL, ESPIROMETRIA SIMPLE, EXAMEN OPTOMETRICO - VISIOMETRIA, ENFASIS EN EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

### CONCEPTO

EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO SIN RESTRICCIONES PARA LAS ACTIVIDADES DEL CARGO  
SIN RESTRICCIONES PARA TRABAJO EN ALTURAS

### RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

Examen de ingreso con énfasis osteomuscular y psicosocial sin alteraciones musculoesqueléticas, sin patologías en la esfera mental que restrinjan la labor, capacidad visual y auditiva adecuadas para la labor, higiene visual, medidas de protección frete a video terminales, hábitos posturales adecuados, pausas activas, medidas de bioseguridad, autocuidado de la voz, adecuada hidratación.  
Seguimiento de cifras tensionales por EPS; uso de correccion visual permanente

### RESTRICCIONES LABORALES

Sin restricciones

### PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual  Auditivo  Respiratorio  Cardiovascular  Psicosocial  Ergonómico  Otros

**REMISIÓN** SI  NO  **ARL** SI  NO  **EPS** SI  NO

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

  
**Leonela del R. Peñaranda S.**  
 MEDICO Y CIPULANCO  
 ESP. EN SALUD OCUPACIONAL  
 LIC. 1998

---

LEONELA DEL ROCIO PEÑARANDA SANCHEZ  
 Especialidad: SALUD OCUPACIONAL  
 CC: 37322394 RM: 0844

  
 Trabajador: **NATALIA ALEJANDRA BONILLA**  
 CC: 1123319336

---

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica



## UNIMEDICAL DEL SUR SAS

Nit. 900556205 - 4  
 Dirección: CRA 25 30B-48  
 Tel: 3143264577

## OPTOMETRIA

Fecha examen: 21/11/2025

Doc. Identidad	CC 1123319336	Nombre	NATALIA ALEJANDRA BONILLA RIVERA	Fecha Nacimiento.	06/01/2000
Entidad	PARTICULAR	Edad	25 años	Ocupación	
H.C No 1123319336	Ingreso <input checked="" type="checkbox"/>	Periódico <input type="checkbox"/>	Retiro <input type="checkbox"/>	Caso Ocupacional <input type="checkbox"/>	Reubicación <input type="checkbox"/>
	Post incapacidad <input type="checkbox"/>	Trabajo en alturas <input type="checkbox"/>	Control <input type="checkbox"/>	Ingreso al SVE <input type="checkbox"/>	
Empresa	PARTICULAR	Cargo		Antigüedad del cargo	
Fondo de Pensión	PORVENIR	EPS	MEDIMAS EPS SAS	ARL	ARL POSITIVA

## ANAMNESIS

Último Examen Visual Usa anteojos: SI  NO  VL  VP  PC  Bifocal

Progresivo  Filtros  LC RGP  LC BLANDO  Frecuencia de uso: Permanente  Ocasional

Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara? SI  NO  Cirugías: SI  NO  Cual ?

Accidentes oculares SI  NO  Cual ?

Signos y síntomas: Asintomático  Disminución visual de cerca  Disminución visual de lejos  Cefaleas  Resequedad ocular

Ardor Ocular  Lagrimeo  Cansancio Ocular  Irritación  Fotofobia  Prurito Ocular  Salto de renglón

Antecedentes personales y/o familiares

## AGUDEZA VISUAL

CC	VL	VP	SC	VL	VP
OD	20/20	050M			
OI	20/20-	050M			
AO	20/20				

## LENSOMETRIA

	ESF	CIL	EJE	ADD
OD			•	
OI			•	

## EXAMEN EXTERNO

		OD	OI
Segmento Anterior:	Hiperemia conjuntival <input type="checkbox"/>	Pterigio N <input type="checkbox"/>	Segmento Anterior: Hiperemia conjuntival <input type="checkbox"/>
Pterigio T <input type="checkbox"/>	Pinguécula <input type="checkbox"/>	Nevus <input type="checkbox"/>	Blefaritis <input type="checkbox"/>
Blefaritis seborreica <input type="checkbox"/>	Secreción <input type="checkbox"/>	Leucoma Corneal <input type="checkbox"/>	Blefaritis seborreica <input type="checkbox"/>
Ptosis palpebral <input type="checkbox"/>	Otros: <b>PRESENCIA LC BLANDOS</b>		Ptosis palpebral <input type="checkbox"/>
			Otros: <b>PRESENCIA LC BLANDOS</b>

## MOTILIDAD OCULAR

VL: VP: HISHBERG:

Ducciones: Versiones: PPC:

## INTERPRETACIÓN

	OD	OI
No requiere corrección óptica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defecto refractivo adecuadamente corregido	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defecto refractivo no corregido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gafas no formuladas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## TEST OCUPACIONALES

	Visión cromática	Vis. profun.	Vis. confron.
OD	Normal <input checked="" type="checkbox"/> Discromatopsia <input type="checkbox"/> Ceguera al color <input type="checkbox"/>		
OI	Normal <input checked="" type="checkbox"/> Discromatopsia <input type="checkbox"/> Ceguera al color <input type="checkbox"/>		

## IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

	OD	OI
Emetropía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ametropía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disminución visual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros:		

## RECOMENDACIONES

Valoración por optometría clínica  Valoración por oftalmología

Control Visiometría

## RETINOSCOPIA

Refracción:			Subjetivo:				
	Esfera	Cilindro	Eje	AV	ADD	DP:	
OD							
OI							

## DIAGNÓSTICOS (Código - Enfermedad)

H522 ASTIGMATISMO  
 H521 MIOPIA

## CONCEPTO

Apto  No Apto  Aplazado

## RECOMENDACIONES

PACIENTE YA USA CORRECCION OPTICA

## OBSERVACIONES

PACIENTE YA USA CORRECCION OPTICA

*Dra. Lina Niño*  
 OPTOMETRIA  
 ESPECIALIDAD OPTOMETRIA  
 C.C. 35196698 RM



Trabaja en seguridad y salud en el trabajo

### UNIMEDICAL DEL SUR SAS

Nit. 900556205 - 4  
Dirección: CRA 25 30B-48  
Tel: 3143264577

### AUDIOMETRÍA

**Tipo certificación:** Control  Ingreso  Retiro  Post incapacidad  Reubicación   
 Periódico  Trabajo en alturas  Caso ocupacional  Ingreso al SVE

Nombre **NATALIA ALEJANDRA BONILLA RIVERA** Doc. Identidad **1123319336**  
 Teléfono **3206409527** F. de nacimiento **06/01/2000** Edad **25 años** Ocupación \_\_\_\_\_  
 Empresa **PARTICULAR** Cargo Actual **INSTRUCTOR**  
 Antigüedad **1 AÑOS** Fecha **21/11/2025** Reposo Auditivo **SI** Tiempo **12 H**  
 Fondo de Pensión **PORVENIR** EPS **MEDIMAS EPS SAS** ARL **ARL POSITIVA**

**ANTECEDENTES OCUPACIONALES**

**Exposición al ruido actual**  
 SI Tiempo \_\_\_\_\_  
 NO EPP \_\_\_\_\_

**Exposición al ruido en trabajos anteriores**  
 Empresa: UNI SURCOLOMBIANA  

Cargo	Años	EPP
<input checked="" type="radio"/> SI INSTRUCTOR	1 AÑOS	SI
<input type="radio"/> NO		

**ANTECEDENTES OTOLÓGICOS**

Ninguno  Otitis  Acúfeno  Vértigo  Trauma  Perforación Timpánica  Otagia  Otorrea  Hipoacusia  
 Prurito  Cirugía  Detonación - Explosión  Ototóxicos  Otros: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES SOCIOACÚSTICOS**

Ninguno  Polígono  Servicio Militar  Buceo  Moto  Instrumento Musical  Discoteca y/o bares  
 Otros: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PERSONALES**

Ninguno  Afección Renal  Parotiditis  TBC  Diabetes  
 Hipotiroidismo  Meningitis  Paludismo  Reumatismo  HTA  
 Otros: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

Ninguno  Congénito  
 Adquirido  
 Parentesco: \_\_\_\_\_

**OTOSCOPIA**

Normal  Anormal

OD CAE <u>NORMAL</u>	OI CAE <u>NORMAL</u>
MT <u>NORMAL</u>	MT <u>NORMAL</u>

**CONCEPTO AUDIOMETRÍA**

Apto  No apto  Aplazado  
 Observaciones: NORMALIDAD



**UNIMEDICAL DEL SUR SAS**

Nit. 900556205 - 4  
Dirección: CRA 25 30B-48  
Tel: 3143264577

Control   
Ingreso   
Retiro

**AUDIOMETRÍA**

Nombre **NATALIA ALEJANDRA BONILLA RIVERA** Doc. Identidad **1123319336**  
Teléfono **3206409527** Edad **25** Cargo \_\_\_\_\_  
Empresa **PARTICULAR** Fecha  **/ /** : : Reposo Auditivo \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES OCUPACIONALES**

<b>Exposición al ruido actual</b>	<b>Exposición al ruido en trabajos anteriores</b>
<input type="radio"/> SI Tiempo _____	<input type="radio"/> SI Cargo _____ Años _____ EPP _____
<input type="radio"/> NO EPP _____	<input type="radio"/> NO

**ANTECEDENTES OTOLÓGICOS**

Ninguno  Otitis  Acúfeno  Vértigo  Trauma  Perforación Timpánica  Otagia  Otorrea  Hipoacusia

Prurito  Cirugía  Detonación - Explosión  Ototoxicos  Otros: \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES SOCIOACÚSTICOS**

Ninguno  Polígono  Servicio Militar  Buceo  Moto  Instrumento Musical  Discoteca y/o bares

Otros: \_\_\_\_\_ Obs. \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PERSONALES**

Ninguno  Afección Renal  Parotiditis  TBC  Diabetes

Hipotiroidismo  Meningitis  Paludismo  Reumatismo  HTA

Otros: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

Ninguno Parentesco \_\_\_\_\_

Congénito  Adquirido

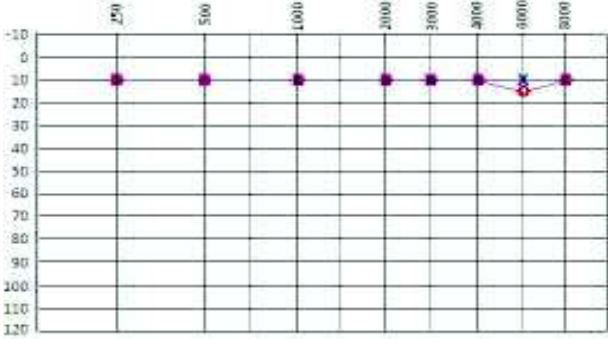
**DIAGNÓSTICO CIE-10**

Z011 - EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION

**OTOSCOPIA**

OD CAE \_\_\_\_\_  Normal  Anormal  
MT \_\_\_\_\_

OI CAE \_\_\_\_\_  
MT \_\_\_\_\_



**Diagnóstico Hipoacusia:**

	125	250	500	750	1000	1500	2000	3000	4000	6000	8000
VA OI		10	10		10		10	10	10	10	10
OD		10	10		10		10	10	10	15	10
VO OI											
OD											

**NBN                      WN                      SN**

Observaciones  
**"SU CAPACIDAD AUDITIVA ES ADECUADA PARA LA OCUPACION USO DE EPA EN ZONA DE RUIDO "**

OSCAR EDUARDO AGUAS AGUAS  
Especialidad: FONOAUDIÓLOGO  
CC: 92033732 RM:

**UNIMEDICAL DEL SUR SAS**

Nit. 900556205 - 4  
Dirección: CRA 25 30B-48  
Tel: 3143264577

**ESPIROMETRÍA**Fecha examen: **21/11/2025****DATOS DEL PACIENTE**

Nombre **NATALIA ALEJANDRA BONILLA RIVERA** Edad **25 años**  
Fecha Nacimiento **06/01/2000 00:00:00** Sexo  M  F  Ocupación: Teléfono: 3206409527

**ANTECEDENTES****PERSONALES**

Asma  Rinitis  Disnea  Bronquitis  TBC  TOS  EPOC  
 Expectoración  Otros NO REFIERE  
Practica deporte  Si  No Otros GIMNASIO Frecuencia DIARIO  
Fumador  Si  No Cigarrillos al día Tiempo que dejó de fumar

**FAMILIARES**

Asma  Rinitis  TOS  Bronquitis  TBC  EPOC  
 Cancer pulmonar Parentesco NO REFIERE

**LABORALES**

Polvo  Gas  Vapores  Solvente  Neblina  Tóxicos  
Otros NINGUNO Tiempo de exposición  
Últ. Empresa donde laboró ALCALDIA Cargo SUPERVISORA  EPP

**INTERPRETACIÓN**

Normal  Restrictiva  Mixta  Obstructiva  Control

**OBSERVACIONES**

Dejar de fumar  Remitir a EPS  
 Bajar de peso  Ingreso al PVF  
 Realizar actividad física  Espirometría actual  
 Uso de protección respiratoria  CAP. en conservación respiratoria

**VALORES OBTENIDOS**

CVF	86.84	VEMS	82.52	VEMS/CVF	97.69	PEF	FEF75	57.62
FEF50		FEF25	55.64	FEFMAX		ELA	FEV3	

**CONCEPTO ESPIROMETRÍA**

Apto  No apto

**OBSERVACIONES**

ESPIROMETRIA NORMAL

VALORACION DE VOZ

PERFILVOCAL DE WILSON

Fecha 21-11-21

Nombre: Natalin Bonilla

Edad 21

Género: F

Ocupación: Indicador

Encierre una opción

CALIFICACION DE LA VOZ ① 2 3 4 5 6 7

CAVIDAD LARINGEA

Tono

Alto  
+  
3  
+  
2  
abierto -4 -3 -2 ① + + +4 cerrado  
2 3  
-2  
-3  
Bajo

CAVIDAD DE RESONANCIA

Nasalidad

Hipernasal  
+  
4  
+  
3  
+  
2  
Posterior -2 ① +2  
Frontal  
-  
2  
Hiponasal

INTENSIDAD

Suave -2 ① +2 Fuerte

RANGO VOCAL

Monótono -2 ① +2 Tono variable

Indique presencia o ausencia de las siguientes características acústicas con X

	SI	NO
DIPLIFONIA INTERMITENTE	_____	____/____
DIPLOFONIA	_____	____/____
INSPIRACIONES AUDIBLES	_____	____/____
QUIEBRES DE TONO	_____	____/____
FRASEO DESORDENADO	_____	____/____
RESONANCIA INMADURA	_____	____/____

Wilson, F. Voice Disorders. Austin: Learning Concepts 1977. Traducción C., Cuervo 1977.

Concepto Fonoaudiológico:

Cualidades Vocales normales, en tono, timbre e intensidad.

Sus órganos fonoarticuladores presentan buena configuración anatómica y funcional, lo cual permite una adecuada articulación de los fonemas orales y nasales.

*Dr. Oscar Aguas*  
FONO AUDIÓLOGO  
ESP. EN AUDIOLÓGIA  
R.U.N. 11-02749

Firma del Profesional



# UNIMEDICAL DEL SUR SAS

UNIDAD MEDICA ESPECIALIZADA Y ANALISIS DE LABORATORIO  
NIT 900556205-4

Barrio el Carmen - Cr. 25 N° 30B-48 Barrio Recreo. Tel: ( 8 ) 4220843 3138931521 - 3213136392 - 3134127481-  
Laboratorioputumayocp@hotmail.com- www.unimedicaldelsur.com

Impreso	21 nov. 2025 08:50:05 am	RESULTADOS	Software Baxlab v20210608	
Sede	<b>PRINCIPAL</b>	Fecha Nacimiento	06/01/2000	Página 1 de 3
Paciente	<b>BONILLA RIVERA NATALIA ALEJANDRA</b>	Sexo F	Edad 25A 10M 15D	<b>Nro. De Recepción 81964</b>
Identif.	CC 1123319336      Teléfono 3206409527	Fecha De Recepción	21 nov. 2025 07:18:46 am	
Entidad	PARTICULAR	SubEntidad	PARTICULAR SENA	
Sala	<b>CONSULTA EXTERNA</b>	Cama	Médico	ASIGNADO NO .

Resultados	Unidades	Valores Referencia
------------	----------	--------------------

## HEMATOLOGIA

### 1. HEMOGRAMA TIPO I

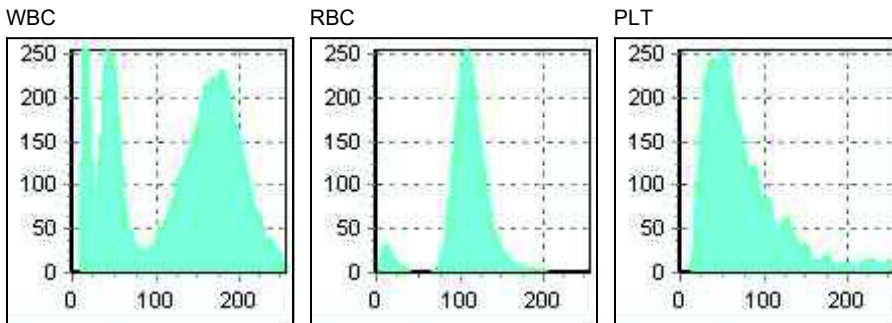
#### A - ERITROGRAMA-

Hemoglobina	14,1	gr/dl	11 a 14
Hematocrito	40,02	%	34 a 42
Recuento de Eritrocitos(RBC)	4,48	/mm <sup>3</sup>	3900 a 5100
Promedio de volumen corpuscular (PVC)	89	um <sup>3</sup>	80 a 97
Promedio de Hemoglobina Corpuscular (PHC)	31,5	pg	26,50 a 33,50
Promedio de Concentración de la Hemoglobina (PCHC)	35,3	gr/dl	31 a 38

#### B - LEUCOGRAMA -

Recuento de Leucocitos(WBC)	6,35	/mm <sup>3</sup>	5000 a 10000
Granulocitos	69,1	%	43 a 85
Linfocitos(%)	27,3	%	30 a 40
Monocitos(%)	3,6	%	3 a 6
Recuento de Plaquetas(PLT)	226	/mm <sup>3</sup>	150000 a 450000

Fecha Reporte      21 nov. 2025 08:37 am



## QUIMICA

2. Colesterol total sérico      156      mg/dl

Colorimetria

Valores de Refencia:



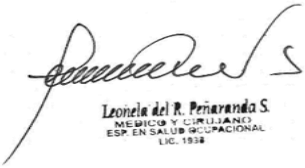




## VALIDACIÓN CONCEPTO MÉDICO LABORAL SENA

Fecha	22/11/2025
-------	------------

<b>Nombre y apellidos</b>	NATALIA ALEJANDRA BONILLA RIVERA
<b>Identificación</b>	1123319336
<b>Cargo</b>	INSTRUCTORA
<b>Concepto médico laboral SENA</b>	<p>Validacion de Concepto de aptitud presentado por el contratista en mencion, emitido por la IPS UNIMEDICAL DEL SUR con fecha del 21/11/2025, el contratista, cumple con los documentos del perfil solicitados en la circular 3-2025-000017 de Exámenes Pre Ocupacionales para contratos de prestación de servicios personales como contratista, en el rol de INSTRUCTOR. En calidad de Dinamizadora del eje de medicina Preventiva y del trabajo del SENA Regional Putumayo, valido este concepto de aptitud para esta vigencia 2025. De acuerdo a las recomendaciones del medico evaluador, se conceptua apta para el cargo, autocuidado visual. Uso de correccion visual permanente, seguimiento de cifras de tension arterial por EPS</p>



Leonela del R. Peñaranda S.  
MÉDICO Y CIRUJANO  
ESP. EN SALUD OCUPACIONAL  
LIC. 1938

---

**Leonela Del Rocio Peñaranda Sanchez**  
Médico laboral  
Lic S.O 1938



NIT. 860.009.578-6

# POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

## DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN <b>BOGOTA, D.C.</b>			SUCURSAL <b>BOGOTA</b>			COD.SUC <b>11</b>		NO.PÓLIZA <b>11-44-101271081</b>		ANEXO <b>0</b>	
FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO		VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO		A LAS HORAS		VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO		A LAS HORAS		TIPO MOVIMIENTO	
27 11 2025		26 11 2025		00:00		17 04 2026		23:59		EMISION ORIGINAL	

### DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL <b>BONILLA RIVERA, NATALIA ALEJANDRA</b>		IDENTIFICACIÓN <b>CC: 1123.319.336</b>	
DIRECCIÓN: <b>CR 31 NRO. 9 - 168 BRR ALVERNIA</b>		CIUDAD: <b>PUERTO ASIS, PUTUMAYO</b>	
		TELÉFONO: <b>3206409527</b>	

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO: <b>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - REGIONAL PUTUMAYO</b>		IDENTIFICACIÓN <b>NIT: 899.999.034-1</b>	
DIRECCIÓN: <b>KR 23 NRO. 16 A - 6</b>		CIUDAD: <b>MOCOA, PUTUMAYO</b>	
		TELÉFONO <b>4227376</b>	

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 SEGUN CONTRATO No. 0522-2025, CUYO OBJETO ES: PRESTACION DE SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA DESARROLLAR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA, EN EL PROCESO DE GESTION DE FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL, EN LA ESPECIALIDAD RELACIONADA CON EL PERFIL DEL INSTRUCTOR Y DE ACUERDO A PROGRAMACION DEL CENTRO AGROFORESTAL Y ACUICOLA ARAPAIMA ESPECIFICAMENTE EN LA OFERTA DEL PROGRAMA FIC (FONDO PARA LA INDUSTRIA Y LA CONSTRUCCION) Y FULL POPULAR, ASI COMO REALIZAR SEGUIMIENTO A ETAPA PRODUCTIVA DE REQUERIRSE, EN EL CENTRO AGROFORESTAL Y ACUICOLA ARAPAIMA DEL SENA REGIONAL PUTUMAYO, EN LOS DIFERENTES MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO.

### AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	26/11/2025	17/04/2026	\$391,147.10

### 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	\$ *****391,147.10	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
ASINPETROL LIMITADA ASESORES DE SEG	83052	100.00			

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

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 13 NO 96-60/74 - TELEFONO: 2180903 - BOGOTA, D.C.

11-44-101271081

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas



FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



NIT. 860.009.578-6

**POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL**

**DECRETO 1082 DE 2015**

CIUDAD DE EXPEDICIÓN <b>BOGOTA, D.C.</b>			SUCURSAL <b>BOGOTA</b>			COD.SUC <b>11</b>		NO.PÓLIZA <b>11-44-101271081</b>		ANEXO <b>0</b>	
FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO		VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO		A LAS HORAS		VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO		A LAS HORAS		TIPO MOVIMIENTO	
27 11 2025		26 11 2025		00:00		17 04 2026		23:59		EMISION ORIGINAL	

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

NOMBRE O RAZON SOCIAL <b>BONILLA RIVERA, NATALIA ALEJANDRA</b>								IDENTIFICACIÓN <b>CC: 1123.319.336</b>			
DIRECCIÓN: <b>CR 31 NRO. 9 - 168 BRR ALVERNIA</b>						CIUDAD: <b>PUERTO ASIS, PUTUMAYO</b>				TELÉFONO: <b>3206409527</b>	

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

ASEGURADO / BENEFICIARIO: <b>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - REGIONAL PUTUMAYO</b>								IDENTIFICACIÓN NIT: <b>899.999.034-1</b>			
DIRECCIÓN: <b>KR 23 NRO. 16 A - 6</b>						CIUDAD: <b>MOCOYA, PUTUMAYO</b>				TELÉFONO <b>4227376</b>	

ADICIONAL:

Recuerda que puedes actualizar tus datos de contacto conforme a la Ley 2300, a través de nuestras páginas:

[www.segurosdelestado.com](http://www.segurosdelestado.com)  
o [www.segurosdevidadelestado.com](http://www.segurosdevidadelestado.com)

Ve a la opción PQR y selecciona el tipo de solicitud:  
**Acceso a la información**

**CONOCE LOS MEDIOS DE PAGO**

**PÁGINA WEB** | | | | **VISA**

**CORRESPONSALES BANCARIOS**

| | | **MOVIRED**

| |

**PAGOS CON CONVENIO \*No aplica para transferencias**

**Bancolombia** Seguros del Estado  
Cuenta Convenio 47189

**Banco de Bogotá** Seguros del Estado  
Cambiando contigo Cuenta Convenio 008465445

VALOR PRIMA NETA \$ *****20,000.00	GASTOS EXPEDICIÓN \$ *****8,000.00	IVA \$ *****5,320.00	TOTAL A PAGAR \$ *****33,320.00	VALOR ASEGURADO TOTAL \$ *****391,147.10	PLAN DE PAGO CONTADO
INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
ASINPETROL LIMITADA ASESORES DE SEG	83052	100.00			

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

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 13 NO 96-60/74 - TELEFONO: 2180903 - BOGOTA, D.C.

**FORMA DE PAGO**

BANCO	CHEQUE No.	VALOR
<b>EFFECTIVO</b>		
<b>CHEQUE</b>		
<b>TOTAL \$</b>		



REFERENCIA PAGO:  
**1100063101106-3**

(415) 7709998021167 (8020) 11000631011063 (3900) 000000033320 (96) 20261126

**COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA





PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN  
FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES  
NO. 11-44-101271081 SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015

1. AMPAROS.

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

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

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

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

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

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

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

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

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

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



### 1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

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

### 1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

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

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

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

EL AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES DE NATURALEZA LABORAL, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS QUE SE LE OCACIONEN, 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 OCACIONEN 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 OCACIONADOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA, SUFRIDOS POR LA DEFICIENTE CALIDAD E INCORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES QUE RECIBE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO GARANTIZADO.

#### 2. EXCLUSIONES.

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

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

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

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

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

#### 3. SUMA ASEGURADA.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1079 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO NO ESTARÁ OBLIGADO A RESPONDER SI NO HASTA

CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA EN CASO DE SINIESTRO, DETERMINADA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA PARA CADA AMPARO.

#### 4. VIGENCIA.

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, SE HARÁ BAJO LOS LINEAMIENTOS DEL DECRETO 1082 DE 2015 Y 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, DEBERAN ESTAR EJECUTORIADOS Y DEBIDAMENTE NOTIFICADOS, DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 87 DE LA LEY 1437 DE 2011.

#### 6. COMPENSACIÓN.

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

#### 7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

#### 8. PLAZO PARA EL PAGO.

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

#### 9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

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



EFFECTO SE HACE INDISPENSABLE ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD DE MODIFICACIÓN A SEGURESTADO EL DOCUMENTO (OTROSÍ, CLÁUSULA ADICIONAL, ETC.) QUE CONTENGA LAS MODIFICACIONES AL CONTRATO GARANTIZADO.

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

#### 10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

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

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

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

#### 12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

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

PARA CONSTANCIA DE LO EXPUESTO, Y EN SEÑAL DE ASENTIMIENTO Y COMPROMISO CON TODO LO AQUÍ PACTADO SE FIRMA EN PUERTO ASÍS A LOS VEINTISIETE (27) DÍAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL AÑO 2025.



### Hace constar:

Que el Sr(a) NATALIA ALEJANDRA BONILLA RIVERA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1123319336 realizó el día 28/11/2025 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, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

---

### Compromiso SST:

Yo NATALIA ALEJANDRA BONILLA RIVERA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1123319336 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.

Firma

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



**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA**

**MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA**

Agencia Pública  
**DE EMPLEO**

### **Hace constar:**

Que el Sr(a) NATALIA ALEJANDRA BONILLA RIVERA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1123319336 el día 28/11/2025 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

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

**Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA**

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