



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 | Noviembre de 2025 |
| Versión           | ENERO - 2.25      |
| ID de Proceso     | 31469-720976      |

**DATOS DEL CONTRATISTA**

|  |                                    |   |             |
|--|------------------------------------|---|-------------|
| Nombres y apellidos:   | MARIA DEL CARMEN GUERRERO PULISTAR | Banco a consignar:                              | BANCOLOMBIA |
| Cédula de Ciudadanía   | 69.006.112                         | Tipo de cuenta:                                 | AHORROS     |
| Correo electrónico:  | mguerrerop@sena.edu.co             | Número de Cuenta:                               | 45376863798 |
| IP/Nº de contacto:   |                                    | Presta Servicios Excluidos de IVA:              | NO          |
| Inducción SST:   | SI                                 | Pertenece al régimen simple de tributación:     | NO          |
| Régimen del IVA:   | NO RESPONSABLE                     | Es declarante de renta por el año gravable 2024 | NO          |
| ¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?                                    |                                    |   | SI          |
| 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:   | 519/2025  | Nº Compromiso SIIF | 588525 | Número de pagos durante la vigencia del contrato | 2 |
| OBJETO CONTRACTUAL:<br>(Descripción del servicio prestado) | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA DESARROLLAR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA PRESENCIAL EN LOS DIFERENTES PROGRAMAS DE FORMACIÓN, ASÍ COMO REALIZAR SEGUIMIENTO A ETAPA PRODUCTIVA |                    |        |  |   |

**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       |                                    |       |
| TOTAL INGRESOS DEL PERIODO                 | \$ 888.971 | Menos, Retefuente Otros Ingresos   | \$ 0  |
| BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE           | \$ 565.974 | TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO     | \$ 0  |

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


|  | Noviembre    | Octubre    | Base retención en la fuente a título de RENTA | 565.974,00   | TARIFA |
|--|--------------|------------|---|--------------|--------|
| Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS                                    | -----        | 7992724271 | Base retención en la fuente a título de ICA   | 847.371,00   |        |
| Ingreso Base de Cotización - IBC   | \$ 332.150   | \$ 0       | Valor base IVA                                | 0,00         |        |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud                                    | \$ 41.600    | \$ 0       | IVA (Si es RESPONSABLE)                       | 0,00         | 19%    |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión                                  | \$ 0         | \$ 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  | \$ 3.500     | \$ 0       | Reteica - 8299 - MOCOA                        | 8.474,00     | 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   | \$ 88.897    | -          | Otras Retenciones                             | 0,00         | 0,000% |
| Salud hasta  | \$ 796.784   | \$ -       | Otras Retenciones                             | 0,00         | 0,000% |
| Renta Exenta 25%   | \$ 6.556.868 | \$ 189.000 |   | 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   | \$           |            | VALOR A PAGAR                                 | \$880.497,00 |        |

SON: OCHOCIENTOS OCHENTA MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE

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


|   |
|---|
| Municipio de Mocoa, instructor de formacion complementaria, especialidad agricola |
| Actividades desarrolladas del 26 al 30 de noviembre                               |
| Apoyo en el alistamiento de formacion complementarios: 5 horas                    |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |

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

  
MARIA DEL CARMEN GUERRERO PULISTAR  
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.  
  
EDGAR ERNESTO RAMIREZ VILLOTA  
INSTRUCTOR G16

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)

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

|   |                                    |                           |                                |
|---|------------------------------------|---------------------------|--------------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:  | CÉDULA DE CIUDADANÍA               | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 69006112                       |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:  | MARIA DEL CARMEN GUERRERO PULISTAR |                           |                                |
| CIUDAD/MUNICIPIO:   | MOCOYA DEPARTAMENTO:               | PUTUMAYO                  |                                |
| DIRECCIÓN:  | BARRIO CENTRO                      | TELÉFONO:                 | 4204701                        |
| TIPO APORTANTE:   | 02-INDEPENDIENTE                   | CLASE APORTANTE:          | I-INDEPENDIENTE                |
| TIPO EMPRESA:   | PRIVADA                            | ACTIVIDAD ECONOMICA:      | Otras actividades de servicios |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:  | ÚNICO                              |                           |                                |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | NO                                 |                           |                                |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

|                          |                   |                      |                  |
|--------------------------|-------------------|----------------------|------------------|
| NÚMERO PLANILLA:         | <b>7992724271</b> | TIPO DE PLANILLA:    | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN       | MES: octubre      | PERIODO COTIZACIÓN   | MES: octubre     |
| OTROS SUBSISTEMAS:       | AÑO: 2025         | SALUD:               | AÑO: 2025        |
| DÍAS DE MORA:            | 0                 |                      |                  |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2025/10/29        | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 1886035917       |

**NOVEDADES**

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| X   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

**LIQUIDACIÓN GENERAL**

|                              |        |   |  |  | TOTALES    |                   |
|------------------------------|--------|---|--|--|------------|-------------------|
|                              |        |   |  |  | COTIZANTES | TOTAL PAGADO      |
| <b>SALUD</b>                 |        |   |  |  |            |                   |
| ADMINISTRADORA               |        |   |  |  |            |                   |
| NIT                          | CÓDIGO | NOMBRE                                  |  |  |            |                   |
| 9001562642                   | EPS041 | NUEVA EPS CM                            |  |  | 1          | \$ 178.000        |
| <b>SUBTOTAL:</b>             |        |   |  |  | 1          | <b>\$ 178.000</b> |
| <b>RIESGOS PROFESIONALES</b> |        |   |  |  |            |                   |
| ADMINISTRADORA               |        |   |  |  |            |                   |
| NIT                          | CÓDIGO | NOMBRE                                  |  |  |            |                   |
| 8600111536                   | 14-23  | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. |  |  | 1          | \$ 14.900         |
| <b>SUBTOTAL:</b>             |        |   |  |  | 1          | <b>\$ 14.900</b>  |

Pago planilla Soi  
 Usuario:69006112  
 Contraseña: Mocoa2025\*\*\*

|                        |                   |
|------------------------|-------------------|
| <b>VALOR SIN MORA:</b> | <b>\$ 192.900</b> |
| <b>VALOR MORA:</b>     | <b>\$ 0</b>       |
| <b>TOTAL PAGADO:</b>   | <b>\$ 192.900</b> |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE   |                                    |   |
|---|------------------------------------|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:  | CÉDULA DE CIUDADANÍA               | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 69006112                  |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:  | MARIA DEL CARMEN GUERRERO PULISTAR |   |
| CIUDAD/MUNICIPIO:   | MOCOA DEPARTAMENTO:                | PUTUMAYO  |
| DIRECCIÓN:  | BARRIO CENTRO                      | TELÉFONO: 4204701                                   |
| TIPO APORTANTE:   | 02-INDEPENDIENTE                   | CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE                    |
| TIPO EMPRESA:   | PRIVADA                            | ACTIVIDAD ECONOMICA: Otras actividades de servicios |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:  | ÚNICO                              |   |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | NO                                 |   |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA  |                   |   |
|---------------------------------|-------------------|---|
| NÚMERO PLANILLA:                | <b>7996550014</b> | TIPO DE PLANILLA: N-CORRECCIONES                  |
| PERIODO COTIZACIÓN              | MES: octubre      | PERIODO COTIZACIÓN MES: octubre                   |
| OTROS SUBSISTEMAS:              | AÑO: 2025         | SALUD: AÑO: 2025                                  |
| DÍAS DE MORA:                   | 21                |   |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):        | 2025/11/27        | NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1959417242                   |
| NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA: | 7992724271        | FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA: 2025/10/29 |

| LIQUIDACIÓN GENERAL   |        |   |            |                  |
|-----------------------|--------|---|------------|------------------|
|                       |        |   | TOTALES    |                  |
|                       |        |   | COTIZANTES | TOTAL PAGADO     |
| SALUD                 |        |   |            |                  |
| ADMINISTRADORA        |        |   |            |                  |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                  |            |                  |
| 9001562642            | EPS041 | NUEVA EPS CM                            | 1          | \$ 89.900        |
| <b>SUBTOTAL:</b>      |        |   | <b>1</b>   | <b>\$ 89.900</b> |
| RIESGOS PROFESIONALES |        |   |            |                  |
| ADMINISTRADORA        |        |   |            |                  |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                  |            |                  |
| 8600111536            | 14-23  | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1          | \$ 7.500         |
| <b>SUBTOTAL:</b>      |        |   | <b>1</b>   | <b>\$ 7.500</b>  |

Operador SOI  
 Usuario:69006112  
 Contraseña:Mocoa2025\*\*\*

|                        |                  |
|------------------------|------------------|
| <b>VALOR SIN MORA:</b> | <b>\$ 96.100</b> |
| <b>VALOR MORA:</b>     | <b>\$ 1.300</b>  |
| <b>TOTAL PAGADO:</b>   | <b>\$ 97.400</b> |



# NUEVA EPS S.A

## Certifica...

63 - 0

Que las personas relacionadas a continuación en cumplimiento de lo establecido en las normas legales vigentes han cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

### Datos Cotizante Cabeza de Familia...

CC 69006112 MARIA DEL CARMEN GUERRERO PULISTAR

Semanas Cotizadas NUEVA EPS S.A 0

Fecha Afiliación 15/03/2022 Estado Cotizante ACTIVO

Fecha Ultimo Periodo Cotizado. 01/01/2025 Causal

Fecha Cancelación. 00/00/0000

### Beneficiarios

La presente certificación se expide el día 25 de Septiembre de 2025 a solicitud del interesado.

### Observaciones

NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

DEIVINSON GUILLERMO MORALES MONTERO  
ASESOR COMERCIAL

MOCOA, 22 de Noviembre de 2024

2024\_24813462-42528534

Señor (a):  
MARIA DEL CARMEN GUERRERO PULISTAR  
CALLE 14 N 18-143  
MOCOA - PUTUMAYO

Referencia: Radicado No. 2024\_24813462 del 22 de Noviembre de 2024  
Ciudadano: MARIA DEL CARMEN GUERRERO PULISTAR  
Identificación: C.C. 69006112  
Tipo de Trámite: AFILIACIONES - Vinculación Inicial

Respetado(a) señor(a):

Reciba un cordial saludo de la Administradora Colombiana de Pensiones – COLPENSIONES.

Nos permitimos informarle que su solicitud radicada como se indica en la referencia ha sido rechazada.

---

Causal: Personas excluidas del Sistema General de Pensiones, en razón a la edad.

---

Por otra parte, es importante indicar que Colpensiones en calidad de administradora del Régimen de Prima Media con Prestación Definida se encuentra en la obligación de acatar las normas de carácter general, por tanto, se debe dar aplicación al artículo 2º del Decreto 758 de 1990, que manifiesta lo siguiente:

*"Artículo 2º. Personas excluidas del seguro de invalidez, vejez y muerte. Quedan excluidos del Seguro Social Obligatorio de Invalidez, Vejez y Muerte:*

*a) Los trabajadores dependientes que al inscribirse por primera vez en el Régimen de los Seguros Sociales, tengan 60 o más años de edad;*

*b) Los trabajadores independientes que se afilien por primera vez con 50 años de edad o más, si se es mujer, o 55 años de edad o más, si se es varón;*

*(...)"*

En caso de requerir información adicional, por favor acercarse a nuestros Puntos de Atención Colpensiones (PAC); comunicarse con la línea de servicio al ciudadano en Bogotá al 4890909, en Medellín al 2836090, o con la línea gratuita nacional al 018000 41 0909, en donde estaremos dispuestos a brindarle el mejor servicio.

---

Página | 1

**Colpensiones**

Sede Principal: Carrera 7 No. 74 – 21, Bogotá D.C., Colombia

Dirección correspondencia: Carrera 9 No. 59 – 43 Lc 4 Ed. Urban Essence, Bogotá D.C., Colombia

Conmutador: (+57) 601 489 0909

Conmutador BEPS: (+57) 601 487 0300

Línea Gratuita: 01 8000 410909

Línea Gratuita BEPS: 01 8000 410777

[www.colpensiones.gov.co](http://www.colpensiones.gov.co)

Cordialmente,



**LUZ ADRIANA LOIZA SANDOVAL**

Profesional Máster 320-08 con asignación de funciones de Director de Atención y Servicio

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

---

Página | 2

**Colpensiones**

Sede Principal: Carrera 7 No. 74 - 21, Bogotá D.C., Colombia

Dirección correspondencia: Carrera 9 No. 59 - 43 Lc 4 Ed. Urban Essence, Bogotá D.C., Colombia

Conmutador: (+57) 601 489 0909

Conmutador BEPS: (+57) 601 487 0300

Línea Gratuita: 01 8000 410909

Línea Gratuita BEPS: 01 8000 410777

[www.colpensiones.gov.co](http://www.colpensiones.gov.co)

**LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES  
CERTIFICA QUE:**

**MARIA DEL CARMEN GUERRERO PULISTAR** identificado con **Cédula Ciudadanía 69006112** registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

| INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE          |                                       |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| Nombre y/o Razón Social              | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA |
| Tipo y Número de Documento           | NIT 899999034                         |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA          |                                       |
| Fecha de Inicio de Cobertura         | 2025/11/26                            |
| Estado de Afiliación                 | Activo                                |
| Tipo de Vinculación                  | Independiente                         |
| Fecha de Inicio del Contrato         | 2025/11/26                            |
| Fecha Fin del Contrato               | 2025/12/17                            |
| Código Actividad Económica Principal | 2015001                               |
| Clase de Riesgo                      | 2                                     |
| Fecha de Retiro                      | 2025/12/17                            |

Esta certificación se expide a los 2025/11/27.

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 prórroga deberá realizar la correspondiente novedad.

Cordialmente,

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

Positiva Compañía de Seguros S.A.  
Nit. 860.011.153-8 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiera: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | 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 autorregulación.

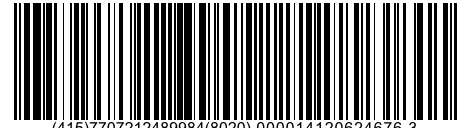
LA ASEGURADORA  
DE TODOS LOS  
COLOMBIANOS



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

141206246763



(415)7707212489984(8020) 000014120624676 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Puerto Asís

14. Buzón electrónico

4 6

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza

63. Formas asociativas

64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados

65. Fondos

66. Cooperativas

67. Sociedades y organismos extranjeros

68. Sin personería jurídica

69. Otras organizaciones no clasificadas

70. Beneficio

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

| Documento                   | 1. Constitución | 2. Reforma |                        |         |
|-----------------------------|-----------------|------------|------------------------|---------|
| 71. Clase                   | _____           | _____      | 82. Nacional           | _____ % |
| 72. Número                  | _____           | _____      | 83. Nacional público   | _____ % |
| 73. Fecha                   | _____           | _____      | 84. Nacional privado   | _____ % |
| 74. Número de notaría       | _____           | _____      | 85. Extranjero         | _____ % |
| 75. Entidad de registro     | _____           | _____      | 86. Extranjero público | _____ % |
| 76. Fecha de registro       | _____           | _____      | 87. Extranjero privado | _____ % |
| 77. No. Matrícula mercantil | _____           | _____      |                        |         |
| 78. Departamento            | _____           | _____      |                        |         |
| 79. Ciudad/Municipio        | _____           | _____      |                        |         |
| Vigencia                    |                 |            |                        |         |
| 80. Desde                   | _____           | _____      |                        |         |
| 81. Hasta                   | _____           | _____      |                        |         |

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

| Item | 89. Estado actual | 90. Fecha cambio de estado | 91. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 92. DV |
|------|-------------------|----------------------------|---|--------|
| 1    | 8 0               | 2 0 1 7 0 6 1 2            |   | -      |
| 2    |                   |                            |   | -      |
| 3    |                   |                            |   | -      |
| 4    |                   |                            |   | -      |
| 5    |                   |                            |   | -      |

Vinculación económica

|   |  |   |         |
|---|--|---|---------|
| 93. Vinculación económica   | 94. Nombre del grupo económico y/o empresarial | 95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante        | 96. DV. |
|   |  |   |         |
| 97. Nombre o razón social de la matriz o controlante                    |  |   |         |
| 170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior        | 171. País                                      | 172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP |         |
|   |  |   |         |
| 173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP |  |   |         |

# Certificación Bancaria

Lunes, 08 de diciembre de 2025

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que MARIA DEL CARMEN GUERRERO PULISTAR identificado(a) con CC 69006112, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Producto       | No. Producto | Fecha Apertura<br>aaaa-mm-dd | Estado | Saldo |
|----------------|--------------|------------------------------|--------|-------|
| Cuenta Ahorros | 45376863798  | 2011-12-01                   | 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)



NIT. 860.009.578-6

**POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL**

**DECRETO 1082 DE 2015**

|   |                  |                    |                                    |                  |                    |                             |                                    |                                     |                    |                             |  |
|---|------------------|--------------------|------------------------------------|------------------|--------------------|-----------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------|-----------------------------|--|
| CIUDAD DE EXPEDICIÓN<br><b>BOGOTA, D.C.</b> |                  |                    | SUCURSAL<br><b>BOGOTA</b>          |                  |                    | COD.SUC<br><b>11</b>        |                                    | NO.PÓLIZA<br><b>11-44-101271086</b> |                    | ANEXO<br><b>0</b>           |  |
| FECHA EXPEDICIÓN<br>DÍA<br><b>27</b>        | MES<br><b>11</b> | AÑO<br><b>2025</b> | VIGENCIA DESDE<br>DÍA<br><b>26</b> | MES<br><b>11</b> | AÑO<br><b>2025</b> | A LAS HORAS<br><b>00:00</b> | VIGENCIA HASTA<br>DÍA<br><b>17</b> | MES<br><b>04</b>                    | AÑO<br><b>2026</b> | A LAS HORAS<br><b>23:59</b> | TIPO MOVIMIENTO<br><b>EMISION ORIGINAL</b> |

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

|   |   |
|---|---|
| NOMBRE O RAZON SOCIAL<br><b>GUERRERO PULISTAR, MARIA DEL CARMEN</b> | IDENTIFICACIÓN<br><b>CC: 69.006.112</b> |
| DIRECCIÓN: <b>CL 14 NRO. 18 - 143 BRR ESMERALDA</b>                 | CIUDAD: <b>MOCOA, PUTUMAYO</b>          |
| TELÉFONO: <b>3208158302</b>   |   |

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

|   |   |
|---|---|
| ASEGURADO / BENEFICIARIO:<br><b>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - REGIONAL PUTUMAYO</b> | IDENTIFICACIÓN<br><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 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 SEGUN CONTRATO NO. 0519-2025, CUYO OBJETO ES: PRESTACION DE SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA DESARROLLAR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA PRESENCIAL EN LOS DIFERENTES PROGRAMAS DE FORMACION, ASI COMO REALIZAR SEGUIMIENTO A ETAPA PRODUCTIVA DE REQUERIRSE. LO ANTERIOR DE ACUERDO CON EL PROCESO DE GESTION DE FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL, EN LA ESPECIALIDAD RELACIONADA CON EL PERFIL DEL INSTRUCTOR Y DE ACUERDO CON PROGRAMACION REALIZADA POR EL CENTRO, EN LA OFERTA DEL PROGRAMA DE FORMACION REGULAR Y FULL POPULAR DEL CENTRO AGROFORESTAL Y ACUICOLA ARAPAIMA DEL SENA REGIONAL PUTUMAYO, DE ACUERDO CON LA ZONA ASIGNADA 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.

11-44-101271086

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas



*[Handwritten signature]*  
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<br><b>BOGOTA, D.C.</b>          |  |  | SUCURSAL<br><b>BOGOTA</b>   |  |  | COD.SUC<br><b>11</b>        |  | NO.PÓLIZA<br><b>11-44-101271086</b> |  | ANEXO<br><b>0</b> |  |
| FECHA EXPEDICIÓN<br>DÍA MES AÑO<br><b>27 11 2025</b> | VIGENCIA DESDE<br>DÍA MES AÑO<br><b>26 11 2025</b> |  | A LAS HORAS<br><b>00:00</b> | VIGENCIA HASTA<br>DÍA MES AÑO<br><b>17 04 2026</b> |  | A LAS HORAS<br><b>23:59</b> | TIPO MOVIMIENTO<br><b>EMISION ORIGINAL</b> |                                     |  |                   |  |

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

|   |  |  |  |  |  |                                |  |   |                             |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--------------------------------|--|---|-----------------------------|--|--|
| NOMBRE O RAZON SOCIAL<br><b>GUERRERO PULISTAR, MARIA DEL CARMEN</b> |  |  |  |  |  |                                |  | IDENTIFICACIÓN<br><b>CC: 69.006.112</b> |                             |  |  |
| DIRECCIÓN: <b>CL 14 NRO. 18 - 143 BRR ESMERALDA</b>                 |  |  |  |  |  | CIUDAD: <b>MOCOA, PUTUMAYO</b> |  |   | TELÉFONO: <b>3208158302</b> |  |  |

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

|   |  |  |  |  |  |                                |  |  |                         |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--------------------------------|--|--|-------------------------|--|--|
| ASEGURADO / BENEFICIARIO:<br><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>MOCOA, 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**

| | |

| |

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

Seguros del Estado  
Cuenta Convenio 47189

Seguros del Estado  
Cuenta Convenio 008465445

|                                       |  |                                       |  |                         |  |                                    |  |   |  |                         |  |
|---------------------------------------|--|---------------------------------------|--|-------------------------|--|------------------------------------|--|---|--|-------------------------|--|
| VALOR PRIMA NETA<br>\$ *****20,000.00 |  | GASTOS EXPEDICIÓN<br>\$ *****8,000.00 |  | IVA<br>\$ *****5,320.00 |  | TOTAL A PAGAR<br>\$ *****33,320.00 |  | VALOR ASEGURADO TOTAL<br>\$ *****391,147.10 |  | PLAN DE PAGO<br>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:  
**1100063101145-0**

(415) 7709998021167 (8020) 11000631011450 (3900) 000000033320 (96) 20261126

**COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

## **CONSTANCIA DE NO REVOCATORIA NI CANCELACION POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA**

Hacemos constar, que la póliza N° 101271086, anexo 0, no expirara 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 BOGOTA, D.C. a los 27 días del mes de NOVIEMBRE de 2025

11-44-101271086

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas



PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN  
FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES  
NO. \_\_\_\_\_ 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 DECLATORIA 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, PREVALECEERÁN LAS PRIMERAS.

#### 13. COASEGURO

EN CASO DE EXISTIR COASEGURO, ESTO ES LA DISTRIBUCIÓN ENTRE VARIAS ASEGURADORAS DE DETERMINADO RIESGO, AL NO EXISTIR SOLIDARIDAD ENTRE LAS MISMAS, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN SE DISTRIBUIRÁ Y HARÁ EXIGIBLE ENTRE LOS 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 \_\_\_\_\_ A LOS \_\_\_\_\_ ( ) DÍAS DEL MES DE \_\_\_\_\_ DEL AÑO \_\_\_\_\_.



## FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

MOCOA, 26 de Noviembre del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)  
MOCOA

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

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

|      |            |                                     |         |
|------|------------|-------------------------------------|---------|
| C.C. | 1120067532 | DAVID MAURICIO ZAMBRANO<br>GUERRERO | Hijo(a) |
|------|------------|-------------------------------------|---------|

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 25 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.

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

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

Cordialmente,

MARIA DEL CARMEN GUERRERO PULISTAR  
C.C. 69006112



CEDULA DE  
CIUDADANÍA



# REPÚBLICA DE COLOMBIA

Apellidos

ZAMBRANO GUERRERO

NUIP 1.120.067.532

Nombres

DAVID MAURICIO

Nacionalidad

COL

Estatura

1.71

Sexo

M

Fecha de nacimiento

12 JUN 2007

G.S.

O+

Lugar de nacimiento

MOCOA (PUTUMAYO)

Fecha y lugar de expedición

25 JUN 2025, MOCOA

Fecha de expiración

26 JUN 2035

Firma

David Zambrano



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA  
MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública  
**DE EMPLEO**

## Hace constar:

Que el Sr(a) MARIA DEL CARMEN GUERRERO PULISTAR Identificado(a) con cédula de ciudadanía 69006112 el día 09/12/2025 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

**VALORACIÓN PSICOLÓGICA**

FECHA: 15/09/2025

**DATOS GENERALES:**

|                         |                                    |
|-------------------------|------------------------------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS :   | María del Carmen Guerrero Pulistar |
| EDAD:                   | 51 años                            |
| FECHA DE NACIMIENTO:    | 19 de Octubre de 1.973             |
| LUGAR DE NACIMIENTO:    | Mocoa- Putumayo                    |
| ESTADO CIVIL:           | Casada                             |
| NIVEL DE ESCOLARIDAD:   | Profesional en Manejo Agroforestal |
| DIRECCIÓN DOMICILIARIA: | Vereda Alto Afán, Mocoa -Putumayo  |

**EVALUACIÓN:** INGRESO (X) PERIÓDICO ( ) EGRESO ( )

**DATOS OCUPACIONALES:**

EMPRESA ACTUAL (postula, trabaja o trabajo)

Nombre de la empresa: Sena

Actividad de la empresa: Instructora de Cultivos Agrícolas

Actividad de trabajo: Impartir información, manejo de suelos, cultivos, establecimientos de huertas, de una manera sustentable y saludable en el marco de lo agroforestal.

**ANTECEDENTES LABORALES:** La usuaria refiere que su experiencia está relacionada con las siguientes empresas: Instituto Tecnológico de Putumayo, cargo: Capacitaciones a comunidades rurales, tiempo: 1 año; Corpoamazonia, cargo: Técnico de la unidad productiva de bosques, tiempo: 3 años, y finalmente refiere la persona que está laborando en el Instituto técnico renacer Putumayo, cargo; docente, tiempo: un año y 7 meses.

Refiere la persona que su experiencia general está en diez años y asociada al cargo en dos años.

**ANTECEDENTES FAMILIARES:** Usuaria refiere que reside con su esposo y sus tres hijos.

**ACCIDENTES Y ENFERMEDADES** (durante el tiempo de trabajo) Niega poseer alguna enfermedad representativa.

**HÁBITOS:** Refiere que no consume spa y alcohol de manera social; camina y utiliza bicicleta estática como actividad deportiva.

**EXAMEN MENTAL:**

FUNCIONES CONDUCTUALES: - Presentación: adecuado (x) inadecuado ( )

-Postura: erguida (x) encorvado ( )

-contacto visual: directo (x) esquivo ( )

FUNCIONES COGNITIVAS: - Orientación: auto psíquico: adecuado (x) inadecuado ( )

- Alo psíquica: adecuado (x) inadecuado ( )

-Atención: normal (x) aumentada ( ) disminuida ( )

- conciencia: vigilia (x) somnolencia ( ) estupor ( )
- memoria: remota: adecuada (x) inadecuada ( )
- Reciente: adecuada (x) inadecuada ( )
- Inmediata: adecuado (x) inadecuada ( )
- Inteligencia: promedio moderado
- Apetito: disminuido ( ) aumentado ( ) normal (x)
- Sueño: dificultad para conciliar ( ) dificultad para reconciliar ( )
- despertar temprano ( ) normal (x)
- Conducta sexual: normal

**CONCLUSIONES:**

**ÁREA COGNITIVA:** La usuaria se muestra atenta, respetuosa, a la exploración auto psíquico y alopsíquica no muestran alteraciones evidentes. Puede dar respuestas a los cuestionamientos de forma coherente y estructurada.

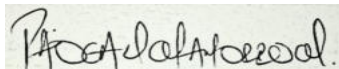
**ÁREA EMOCIONAL:** Se percibe a una persona tranquila, refiere que ha presentado algún tipo de limitante económica, pero sin desencadenarle afectación emocional.

**PRUEBAS PSICOLÓGICAS APLICADAS:** La prueba muestra una persona con buen nivel de autoestima, nivel de inteligencia dentro de la media, con rasgos de estabilidad emocional, además con capacidad para lograr y alcanzar sus metas, dentro de sus proyectos está en realizar una especialización en gestión ambiental, apoyar la formación educativa para sus hijos, y mejorar su vivienda, su energía vital se encuentra en un nivel aceptable, con capacidad y disponibilidad para laborar, con proyección para ascender en su área laboral, tendencias equilibradas entre asociación y síntesis, finalmente se encontró leve resistencia frente a la autoridad.

**OBSERVACIONES:** La consultante se muestra tranquila y con buena disposición para la prueba. Se recomienda que la empresa realice actividades asociadas a la promoción de salud mental y prevención de la enfermedad.

**IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:**


De acuerdo a lo anterior es posible afirmar que la usuaria a la fecha se encuentra en adecuadas condiciones mentales, emocionales y conductuales para iniciar a laborar dentro de la organización.



**Ps Paola Nayerine Chamorro Chanchi**

**CC. 52.828.174 de Bogotá.**

**Psicóloga- R.P. 05-0481-06**

|   |  |
|---|--|
|  | SERVICIOS DE SALUD                     |
|   | VALORACIÓN DE LAS CUALIDADES DE LA VOZ |

### VALORACIÓN DE LAS CUALIDADES DE LA VOZ

|                     |                          |        |                  |
|---------------------|--------------------------|--------|------------------|
| Fecha de evaluación | 15 de Septiembre de 2025 | Lugar: | MOCOA - PUTUMAYO |
|---------------------|--------------------------|--------|------------------|

|                     |  |                        |            |
|---------------------|--|------------------------|------------|
| <b>Nombre:</b>      | Maria del Carmen Guerrero Pullistar                        | <b>Identificación:</b> | 69006112   |
| <b>Edad:</b>        | 51 años  | Fecha de nacimiento:   | 18/10/1973 |
| <b>Profesión:</b>   | Ingeniera Agroforestal                                     | Celular:               | 3208158302 |
| Motivo de consulta: | Usuario que asiste a tamizaje de voz para ingreso laboral. |                        |            |

#### 1. ANTECEDENTES DE SALUD:

|                         | SI | NO |                             | SI | NO |
|-------------------------|----|----|-----------------------------|----|----|
| Alergias                |    | X  | Faringitis/laringitis       |    | X  |
| Rinitis                 |    | X  | Tiroides                    |    | X  |
| Reflujo faringolaríngeo |    | X  | Antecedentes respiratorios  |    | X  |
| Asma                    |    | X  | Resfriados frecuentes       |    | X  |
| Disfonías recurrentes   |    | X  | Cirugías a nivel del cuello |    | X  |
| <b>OTROS:</b>           |    |    |                             |    |    |

#### 2. HABITOS


|                                | SI | NO |   | SI | NO |
|--------------------------------|----|----|---|----|----|
| Fumador                        |    | X  | Consumo agua durante la jornada laboral | X  |    |
| Consumo bebidas alcohólicas    |    | X  | Levanta la voz con frecuencia           | X  |    |
| Consumo alimentos irritantes - |    | X  | Hace reposo vocal                       | X  |    |
| Consumo café -                 | X  |    | Se estresa con facilidad                |    | X  |
| Carraspea constantemente -     |    | X  | Esfuerza la voz                         |    | X  |
| <b>OTROS:</b>                  |    |    |   |    |    |

#### 3. SÍNTOMAS VOCALES

|  | SI | NO |   | SI | NO |
|--|----|----|---|----|----|
| Siente que su voz suena ronca  |    | X  | Siente pérdida de aire cuando habla   |    | X  |
| Alguna vez ha presentado pérdida total de la voz (Afonía).               |    | X  | La voz suena distinta a lo largo del día  |    | X  |
| Carraspea constantemente   |    | X  | Siente que su garganta permanece seca y suena quebrada cuando habla y/o realiza su labor. |    | X  |
| Siente la Sensación de cuerpo extraño en la garganta                     |    | X  | Siente la garganta tensa para producir la voz mientras habla y/o realiza su labor.        |    | X  |
| Siente cansancio vocal cuando habla y/o realiza su labor (Fatiga vocal). |    | X  | La calidad de la voz es impredecible mientras habla y/o realiza su labor                  |    | X  |

#### 4. AUDICION

|   | SI | NO |   | SI | NO |
|---|----|----|---|----|----|
| Ha sentido dificultad para percibir los sonidos del habla del medio ambiente. |    | X  | Ha estado expuesto a ruidos fuertes           |    | X  |
| Ha sentido ruidos o pitos en el oído  |    | X  | Ha presentado vértigo o pérdida de equilibrio |    | X  |
| Ha experimentado sensación de oído tapado -                                   |    | X  | Utiliza prótesis auditiva                     |    | X  |
| <b>OTROS:</b>   |    |    |   |    |    |

|   |  |
|---|--|
|  | SERVICIOS DE SALUD                     |
|   | VALORACIÓN DE LAS CUALIDADES DE LA VOZ |

### 5. EVALUACIÓN DEL APARATO RESPIRATORIO

| TIPO RESPIRATORIO                         |   | MODO RESPIRATORIO        |   | FRECUENCIA RESPIRATORIA |   |
|---|---|--------------------------|---|-------------------------|---|
| Costal superior                           | X | Nasal- Nasal (Reposo)    | X | Adecuada                | X |
| Costal superior con clavicular de ascenso |   | Nasal – Bucal (Fonación) | X | Rápida                  |   |
| Costo diafragmático                       |   | Mixto                    |   | Lente                   |   |
| Costo abdominal                           |   |                          |   |                         |   |
| Abdominal                                 |   |                          |   |                         |   |
| <b>OTROS:</b>                             |   |                          |   |                         |   |

### 6. EVALUACIÓN DEL APARATO FONADOR


| Evaluación perceptivo-auditiva de las cualidades vocales |            |                     |    |                                     |    |    |           |      |
|--|------------|---------------------|----|-------------------------------------|----|----|-----------|------|
| Tono   |            | Timbre              |    | Intensidad                          |    |    |           |      |
| Agudo  | X          | Disfónico           | X  | Fuerte                              |    |    |           |      |
| Grave  |            | Nasal               |    | Adecuada                            | X  |    |           |      |
|  |            | Claro               |    | Débil                               |    |    |           |      |
| Calidad Vocal  |            | Inicio de emisión   |    | Final de emisión                    |    |    |           |      |
| Normal   | X          | Normal              | X  | Adecuado                            | X  |    |           |      |
| Áspera   |            | Débil               |    | Caído                               |    |    |           |      |
| Asténica   |            | Fuerte              |    | Trunco                              |    |    |           |      |
| Con tensión vocal  |            |                     |    |                                     |    |    |           |      |
| Otros elementos sonoros                                  |            | Velocidad del habla |    | Coordinación Neumofonoarticulatoria |    |    |           |      |
| Carraspeo  |            | Normal              | X  | Adecuada                            | X  |    |           |      |
| Respiración audible                                      |            | Lento               |    | Incoordinación moderada             |    |    |           |      |
| Agitada  |            | Rápida              |    | Incoordinación severa               |    |    |           |      |
| No Agitada   | X          |                     |    |                                     |    |    |           |      |
| TIEMPOS FONATORIOS:                                      |            |                     |    |                                     |    |    |           |      |
| <b>TMF /s/ (20-30):</b>                                  | 1.         | 20                  | 2. | 20                                  | 3. | 18 | Promedio: | 19.3 |
| <b>TMF /a/ (18-20):</b>                                  | 1.         | 15                  | 2. | 16                                  | 3. | 16 | Promedio: | 15.6 |
| <b>Índices s/z: TMF /s/</b>                              | 1.2 Normal |                     |    |                                     |    |    |           |      |
| <b>TMF /a/</b>   | Normal     |                     |    |                                     |    |    |           |      |

### CONCEPTO FONOAUDIOLÓGICO:

Paciente de 51 años de edad cronológica, de sexo femenino, quien asiste para valoración de las cualidades de la voz, se desempeña como instructora, dentro del proceso de valoración no refiere antecedentes de salud, hábitos, síntomas vocales o de la audición.

**EVALUACIÓN ÓRGANOS FONOARTICULATORIOS:** En la exploración extraoral, se observan mejillas simétricas, labios superior e inferior con tono, movilidad adecuada, mantiene selle labial en reposo; no se aprecian heridas o marcas en la mucosa labial.

En la exploración intraoral, la lengua y frenillo sublingual poseen adecuado tamaño y funcionalidad. Se observa paladar, velo del paladar con adecuado movimiento e implantación de la úvula, amígdalas íntegras. Presenta dentición mixta, logra realizar praxias linguales de lateralización, elevación, descenso, protrusión, retrusión y vibración lingual. Alteración dental y mordida alterada.

|   |  |
|---|--|
|  | SERVICIOS DE SALUD                     |
|   | VALORACIÓN DE LAS CUALIDADES DE LA VOZ |

**EVALUACIÓN DEL APARATO RESPIRATORIO:**

- **Tipo respiratorio:** Se presenta tipo respiratorio costal superior, modo mixto, frecuencia respiratoria adecuada.

**EVALUACIÓN DEL APARATO FONADOR:**

- **Fonación:** Los parámetros vocales de intensidad adecuada, tono agudo, timbre claro, calidad vocal, inicio, final de emisión, se evidencian adecuados para la edad y sexo del paciente.
- **Resonancia:** Resonancia oral, dada la adecuada función velar.
- **Articulación:** Se observa habla inteligible con adecuada velocidad, fluidez, normalidad articulatoria en la producción oral de fonemas y sífonos del habla.
- **Prosodia:** Prosodia y ritmo impresionan adecuados en todos los contextos.

Se evidencia que el paciente no presenta alteración en los procesos motores del habla.

**OBSERVACIONES FONOAUDIOLÓGICAS**

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| TIEMPOS FONATORIOS   |   | Normal   |   |
| VALORACIÓN DE VOZ NORMAL   |   | X  |   |
| VALORACIÓN DE VOZ ANORMAL  |   |  |   |
| VALORACIÓN POR OTORRINO  |   | N/A  |   |
| Realizar ejercicios de cuello, cabeza y hombro, antes de iniciar la jornada laboral. | X | Evitar durante la jornada laboral el consumo de cafeína. | X |
| Consumir sorbos de agua durante la jornada laboral                                   | X | Llevar una dieta saludable baja en grasas irritantes.    | X |
| Realizar reposo vocal durante la jornada laboral.                                    | - | Evitar los cambios bruscos de temperatura.               | X |
| Realizar ejercicios de técnica vocal antes y después de la jornada laboral.          | X | Evitar sobre esforzar y abusar de la voz.                | X |
| Evitar consumir bebidas alcohólicas y tabaco.  | X | Evitar carraspear y toser de forma brusca.               | X |

  
 Diana Carolina Viveros M.  
 FONOAUDIÓLOGA  
 ESP. EN AUDIOLÓGIA  
 REG. 1903304 - U. DEL CAUCA

**DIANA CAROLINA VIVEROS MACIAS**  
 Fonoaudióloga Universidad del Cauca  
 Esp. Audióloga  
 RP 1903304



# OPTOMETRIA

## 35577

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACION DEL EXAMEN        |                                     |        |                          |
|---|-------------------------------------|--------|--------------------------|
| 15  | 9                                   | 2025   | MOCOCA                   |
| TIPO DE EXAMEN PARACLINICO (MARQUE CON UNA (X)) |                                     |        |                          |
| Ingreso   | <input checked="" type="checkbox"/> | Egreso | <input type="checkbox"/> |
| Periódico                                       | <input type="checkbox"/>            | Otro   | <input type="checkbox"/> |

### DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARA O LABORÓ

|              |              |                                 |
|--------------|--------------|---------------------------------|
| Razón Social | PARTICULARES | Dirección del centro de trabajo |
|--------------|--------------|---------------------------------|

### DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

|                                    |                                     |                     |                          |                                      |    |
|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------|--------------------------|--------------------------------------|----|
| GUERRERO PULISTAR MARIA DEL CARMEN |                                     |                     |                          | CC 69006112                          |    |
| Primer Apellido                    | Segundo Apellido                    | Primer Nombre       | Segundo Nombre           |                                      |    |
| Género (Marque con una X)          |                                     | Fecha de Nacimiento | Edad (años)              | EPS (A la que se encuentra afiliado) |    |
| Femenino                           | <input checked="" type="checkbox"/> | Masculino           | <input type="checkbox"/> | 19                                   | 10 |
|                                    |                                     | 1973                | 51                       | NUEVA EPS                            |    |

### EVALUACION

| A. AGUDEZA VISUAL  |                          |                                     |                          | B. LENSOMETRIA                      |  |               |                |
|--|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--|---------------|----------------|
|  | Sin Corrección           |                                     | Con Corrección           |                                     |  | Visión Lejana | Visión Próxima |
|  | Visión Lejana            | Visión Próxima                      | Visión Lejana            | Visión Próxima                      |  |               |                |
| Ojo Derecho  | 20/70                    | 20/100                              | 20/20                    | 20/20                               | Ojo Derecho  |               |                |
| Ojo Izquierdo  | 20/70                    | 20/100                              | 20/20                    | 20/20                               | Ojo Izquierdo  |               |                |
| C. EXAMEN EXTERNO (Marque con una (x) la casilla correspondiente según sea afirmativo o negativo). |                          |                                     |                          | D. ESTADO MOTOR                     |  |               |                |
|  | OJO DERECHO              |                                     | OJO IZQUIERDO            |                                     | Cover Text Visión Lejana   |               | Ortoforia      |
|  | SI                       | No                                  | SI                       | No                                  | Cover Text Visión Próxima 40 cms                                 |               | Exoforia       |
| Pinguécula   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Punto próximo de convergencia                                    |               | Normal         |
| Ressequedad Ocular   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Marque con una "X" la casilla Normal o Anormal según corresponda |               | OJO DERECHO    |
| Inyección Conjuntiv  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Normal   | Anormal       | OJO IZQUIERDO  |
| Hiperemia Conjuntival  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |  |               | Normal Anormal |
| Ptois Palpebral  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Estereopsis  |               |                |
| Pterigio   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Visión Cromática   |               | NORMAL         |
| Secreción Ocular   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Campo Visual   |               | X              |
| Edema Palpebral  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |  |               | X              |
| Blefaritis   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |  |               |                |

### OBSERVACIONES

### DIAGNOSTICOS (Marque con una (x) según corresponda)

|                               |                                     |                                     |  |             |               |
|-------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|-------------|---------------|
|                               | Ojo Derecho                         | Ojo Izquierdo                       |  | Ojo Derecho | Ojo Izquierdo |
| Emetropia                     | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | Problema de Refracción No Corregido              |             |               |
| Miopia                        | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | Problema de Refracción Adecuadamente Corregido   |             |               |
| Hipermetropia                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |  |             |               |
| Astigmatismo                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Problema de Refracción Inadecuadamente Corregido |             |               |
| Presbicia                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |  |             |               |
| Ambliopia                     | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | No requiere corrección                           |             |               |
| Problema de Motilidad         | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |  |             |               |
| Insuficiencia de Convergencia | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |  |             |               |

### RECOMENDACIONES (Marque con una (x) según corresponda)

|                       |                          |  |                          |                            |                          |
|-----------------------|--------------------------|--|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Control en un año     | <input type="checkbox"/> | Corrección óptica con anteojos           | <input type="checkbox"/> | Valoración por ortóptica   | <input type="checkbox"/> |
| Control en seis meses | <input type="checkbox"/> | Corrección óptica con lentes de contacto | <input type="checkbox"/> | Valoración por oftamología | <input type="checkbox"/> |

### OBSERVACIONES

Paciente corregida

|              |                               |  |
|--------------|-------------------------------|--|
| Evaluado por |                               | Aspirante o Trabajador (Autoricé la practica de este examen) |
| Firma        | _____                         | Firma  |
| Nombre       | DAISY CAROLINA FAJARDO LOZADA | Nombre   |
| Registro     | 214-13                        | Documento  |



**Paciente** MARIA DEL CARMEN GUERRERO  
PULISTAR

**Documento** 69006112

**Sexo** Femenino

**Edad** 51 Años

**Telefono**

**Empresa** Sigo IPS

**Servicio** Consulta externa

| Prueba | Res Plantilla | Resultado | Unidad | Valor Referencia |
|--------|---------------|-----------|--------|------------------|
|--------|---------------|-----------|--------|------------------|

**HEMATOLOGÍA****CUADRO HEMATICO**

|   |   |       |                      |            |
|---|---|-------|----------------------|------------|
| RECUESTO DE LEUCOCITOS                    |   | 7.0   | 10 <sup>3</sup> /uL  | 3.98-10.04 |
| RECUESTO DE ERITROCITOS                   |   | 4.72  | 10 <sup>6</sup> x uL | 3.93-5.22  |
| HEMOGLOBINA                               |   | 13.9  | g/dl                 | 11.2-15.7  |
| HEMATOCRITO                               |   | 42.2  | %                    | 34.1-44.9  |
| VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO                 |   | 89.4  | fl                   | 80-100     |
| HB CORPUSCULAR MEDIA (MCH)                |   | 29.6  | pg                   | 26-32      |
| CONCENTRACION HB CORPUSCULAR MEDIA (MCHC) |   | 33.1  | g/dl                 | 31-37      |
| RECUESTO DE PLAQUETAS AUTOMATICO          |   | 175   | 10 <sup>3</sup> /uL  | 150-450    |
| LINFOCITOS %                              | * | 60.3  | %                    | 19.3-51.7  |
| MIXTAS %                                  |   | 6.8   | %                    | 3-8        |
| NEUTROFILOS %                             | * | 32.9  | %                    | 34-71.1    |
| LINFOCITOS                                | * | 4.2   | 10 <sup>3</sup> /uL  | 1.18-3.74  |
| MIXTAS                                    |   | 0.50  | 10 <sup>3</sup> /uL  | 0.24-0.86  |
| NEUTROFILOS                               |   | 2.3   | 10 <sup>3</sup> /uL  | 1.56-6.13  |
| RDW-CV                                    |   | 12.4  | %                    | 11.7-14.4  |
| RDW - SD                                  |   | 38.9  | fl                   | 36.4-46.3  |
| PDW                                       |   | 16.10 | fl                   |            |
| VOLUMEN MEDIO PLAQUETARIO                 |   | 10.4  | fl                   |            |

Validado Por:

  
**JUAN CARLOS LOPEZ PUJIMUY**  
Bacteriologo  
Universidad Católica de Manizales  
Esp. Gerencia de la Calidad y auditoria en Salud

Fecha Recepción: 15/09/2025 9:46:58

Fecha Validación: 15/09/2025 12:01:51

Concepto Aptitud Ocupacional

35577

Hora Ingreso: 7:32

Hora Egreso: 8:30

| FECHA DE REALIZACION DEL EXAMEN |   |      | TIPO DE EXAMEN PARACLINICO (MARQUE CON UNA (X)) |  |                                    |                               |                                 |
|---------------------------------|---|------|---|--|------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| 15                              | 9 | 2025 | Ingreso   | <input checked="" type="checkbox"/> Egreso | <input type="checkbox"/> Periódico | <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Altura |

**DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ**

Razón Social: PARTICULARES Dirección del centro de trabajo:

**DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE**

GUERRERO PULISTAR MARIA DEL CARMEN CC 69006112

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|-----------------|------------------|---------------|----------------|
|                 |                  |               |                |

Género (Marque con una X)  Femenino  Masculino Fecha de Nacimiento: 19/10/1973 Edad (años): 51 EPS (A la que se encuentra afiliado): NUEVA EPS

**INFORMACION OCUPACIONAL CARGO ACTUAL A INGRESAR**

| Fecha Ingreso a la Empresa | Cargo   | Sección           | Antigüedad en el cargo actual (no aplica para Ingreso) |
|----------------------------|---------|-------------------|--|
|                            | DOCENTE | SERVICIOS Y OTROS |  |

**CONSULTAS/PROCEDIMIENTOS Y/O EXAMENES REALIZADOS**

Consulta de Medicina Laboral , Consulta de Optometría , Consulta de Psicología, Tamizaje de Voz, MUESTRA DE LABORATORIO (GLICEMIA) , Cuadro Hemático

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR**

Autorizo al (a la) Dr(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi examen médico y/o paraclínicos ocupacionales, registrados en este documento. El profesional abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y paraclínicos ocupacionales. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y paraclínicos ocupacionales. A partir de la asesoría brindada antes de las respectivas toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes que se realizaran el (los) examen(es). Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completos y son verídicas. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento

**CONCEPTO OCUPACIONAL**

**Apto Sin Patología Aparente**

Sospecha De Enfermedad Laboral

**RECOMENDACIONES**

**Ocupacionales**

- Capacitación Según Matriz De Riesgos y Peligros
- Higiene Postural
- Higiene Biomecánica Integral
- Pausas Activas Laborales
- Uso De EPP
- Cultura Del Autocuidado

**Médicas**

- Valoración Por Optometría Prioritaria
- Valoración Por Medicina General EPS
- Valoración Por ARL
- Valoración Por Medicina Laboral EPS
- Valoración Por Nutricionista EPS

**Capacitación y Entrenamiento**

- Para trabajo en altura y/o espacios confinados y/o manipulación de alimentos

**Sistema Vigilancia Epidemiológico**

- SVE Salud Auditiva (Énfasis en protección Auditiva)
- SVE Cardiovascular
- SVE Salud Visual
- Corrección Óptica Permanente
- SVE Salud Respiratoria
- SVE Biomecánico


**Hábitos y Estilos De Vida Saludable**

- Ejercicio Físico Regular 3 Veces por semana (Acondicionamiento físico)
- Énfasis En Estiramientos Integrales
- Nutrición Balanceada
- Cesación De Tabaquismo
- Reducción Consumo de Alcohol

**Condición de Salud - Otros**

SE RECOMIENDA HÁBITOS SALUDABLES  
DIETA BALANCEADA, EJERCICIO 15  
MINUTOS AL DÍA HIDRATARSE, USO DE  
PROTECTOR SOLAR, USO DE LENTES UV,  
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, EVITAR  
MOVIMIENTOS REPETITIVOS Y  
VIBRATORIOS, NO CARGAR POR ENCIMA  
DE 12,5 KG, SIN PROTECCION  
DORSOLUMBAR USO DE ELEMENTOS DE  
PROTECCIÓN LABORAL, ASISTIR A LAS  
CAPACITACIONES DE LA EMPRESA.

Evaluado por  
Firma  
Nombre: WILLIAM DAVID JONATHAN PORTILLA C  
Registro: 11556



Trabajador  
Firma  
Nombre: GUERRERO PULISTAR MARIA DEL CAR  
Documento: CC 69006112

Los Hallazgos fueron consignados en historia clínica ocupacional que desarrolla los contenidos establecidos en la resolución 2346 de 2007

**Notas:**

- 1) Archive este informe en la hoja de vida del trabajador en el área de recursos humanos.
- 2) El contenido de la historia clínica ocupacional tiene carácter confidencial y su custodia esta regulada por la resolución 1918 del 05 de junio de 2009 del cual se transcriben a continuación algunos apartes "La custodia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional estará a cargo del prestador de servicios de salud ocupacional que la genero en el curso de la atención, cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivo conforme a las normas legales vigentes para la historia clínica".  
"En ningún caso los empleadores podrán tener, conservar o anexas copia de las evaluaciones médicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional a la hoja de vida del trabajador"
- 3) Este examen no reemplaza el realizado por Indumil para porte de armas.



## VALIDACIÓN CONCEPTO MÉDICO LABORAL SENA

|       |            |
|-------|------------|
| Fecha | 24/11/2025 |
|-------|------------|

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <b>Nombre y apellidos</b>           | GUERRERO PULISTAR MARIA DEL CARMEN  |
| <b>Identificación</b>               | 69006112  |
| <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 SIGO con fecha del 15/09/2025, 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.</p> |



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

---

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