



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	05419-226732

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ALAIN DE LA HOZ SANMIGUEL	Banco a consignar:	BANCO DE BOGOTA
Cédula de Ciudadanía	72.215.239	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	ahoz@sena.edu.co	Número de Cuenta:	546158593
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?			
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000			
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)			
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?			
Concepto del pago corresponde a:			
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.			

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	529/2025	Nº Compromiso SIIF	591225	Número de pagos durante la vigencia del contrato	1
OBJETO CONTRACTUAL: (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	01/12/2025	Al	17/12/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 3.022.500
Número de pago	1			Valor Total del Contrato:	\$ 3.022.500
Valor Bruto Pago:	\$ 3.022.500,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 0

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 3.022.500	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	\$ 3.022.500	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 1.729.950	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

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

	Diciembre	Noviembre	Base retención en la fuente a título de RENTA	1.729.950,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	91755380-92334	Base retención en la fuente a título de ICA	2.616.700,00	
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	\$ 7.500	\$ 0	Reteica - 8299 - MOCOIA	26.167,00	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	\$ 302.250	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 796.784	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 3.278.434	\$ 577.000	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 0	-		0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	-	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	\$2.996.333,00	

SON: DOS MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Puerto asís-PUTUMAYO - del 1 al 17 de DICIEMBRE de 2025, INSTRUCTOR DE FORMACIÓN REGULAR, AMBIENTE DE FORMACIÓN PRESENCIA
1. F: 3176796, 220501114 - Sistematizar datos RA4-RA5 , F. EJECUCIÓN, P. CAICEDO I. E LUIS CARLOS GALAN 204, HORA: 42
2. F: 3406592, 210602021, C. Organizar archivos de gestión R1-R2-R3-R4, F. NA, I. E SAN JOSE Sub Sede Guillermo valencia, HORA: 48
3. OTRAS: Revisión portafolio, Horas: 1
TOTAL: 91 HORAS

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

ALAIN DE LA HOZ SANMIGUEL
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)

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	72215239	ALAIN DE LA HOZ SANMIGUEL		manz A casa 4 barrio heliconias	3138986502	aladino.1975@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			PUTUMAYO	ORITO	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	01/12/2025	91755380	\$619.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
ESSC18	EPS-S Emssanar	901021565-8	266.700	0		0		0	0	0	0	266.700	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	341.400	0	0	0	0	0	0	0	341.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	11.200				11.200	0	0	11.200			112	11.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	266.700	266.700
Pensión	1	341.400	341.400
Riesgos Laborales	1	11.200	11.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	619.300	619.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	72215239	ALAIN DE LA HOZ SANMIGUEL		manz A casa 4 barrio heliconias	3138986502	aladino.1975@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			PUTUMAYO	ORITO	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	01/12/2025	91755380	\$619.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Colm. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	72215239	DE LA HOZ SANMIGUEL ALAIN	59	0			N																	25-14	2.133.530	341.400	0	0	0	0	ESSC18	2.133.530	266.700	14-23	2.133.530	1	11.200		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Usuario: CC72215239
 Clave: Macerava\$28

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	72215239	ALAIN DE LA HOZ SANMIGUEL		manz A casa 4 barrio heliconias	3138986502	aladino.1975@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			PUTUMAYO	ORITO	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD		
					EMPLEADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	1	16/12/2025	92334892	\$413.300		

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
ESSC18	EPS-S Emssanar	901021565-8	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	227.800	0	0	0	0	0	0	0	227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	7.500				7.500	0	0	7.500			75	7.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	7.500	7.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	413.300	413.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	72215239	ALAIN DE LA HOZ SANMIGUEL		manz A casa 4 barrio heliconias	3138986502	aladino.1975@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			PUTUMAYO	ORITO	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-12	2025-12	\$413.300				

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	VCT	IRL	CDR	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	72215239	DE LA HOZ SANMIGUEL ALAIN	59	0	N										X									25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	ESSC18	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	1	7.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

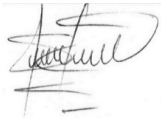
Usuario: CC72215239
 Clave: Macerava\$28

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ALAIN DE LA HOZ SANMIGUEL** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **72215239**, se encuentra afiliado/a desde **29/12/2004** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 18 de diciembre de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

ALAIN DE LA HOZ SANMIGUEL identificado con CC. 72215239 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

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

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2025/12/05	Fecha inicio contrato	2014/01/20
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	Fecha de fin contrato	2014/08/31
Riesgo	1	Código actividad económica	1806001
Estado afiliación	Activo		
Fecha retiro		Estado del contrato	Retirado

Esta certificación se expide a los 18 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 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: **CC18122025A72215239D1548901**. 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 | 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

2. Concepto Actualización de oficio

4. Número de formulario

141055286997



(415)7707212489984(8020) 000014105528699 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

7 2 2 1 5 2 3 9

6. DV

9

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Puerto Asís

14. Buzón electrónico

4 6

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

26. Número de Identificación

7 2 2 1 5 2 3 9

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Atlántico

0 8

30. Ciudad/Municipio

Barranquilla

0 0 1

31. Primer apellido

DE LA HOZ

32. Segundo apellido

SANMIGUEL

33. Primer nombre

ALAIN

34. Otros nombres

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Putumayo

8 6

40. Ciudad/Municipio

Leguízamo

5 7 3

41. Dirección principal

CL 2 CR 1 CR 2

42. Correo electrónico

aladino.1975@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 3 8 9 8 6 5 0 2

45. Teléfono 2

3 2 0 2 4 7 8 6 9 0

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

8 5 5 1

2 0 1 4 0 1 2 0

6 2 0 2

2 0 1 4 0 1 2 0

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI NO

60. No. de Folios:

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que ALAIN DE LA HOZ SANMIGUEL, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 72.215.239 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 546158593, abierta/o desde el 9/3/2025.

Se expide en Bogotá el día 18 del mes de Diciembre del año 2025 con destino a: SENA



Firma Autorizada



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

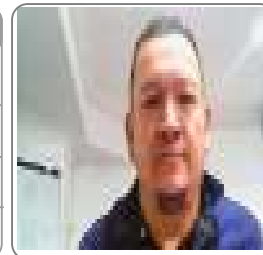
Fecha **18/02/2025 07:43:00**

Empresa **PARTICULAR**

Doc. Identidad **CC 72215239**

Nombre **ALAIN DE LA HOZ SANMIGUEL**

Cargo **INSTRUCTOR**



SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

GLUCOSA (EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO), LABORATORIO DE VOZ, EXAMEN OPTOMETRICO - VISIOMETRIA, CONSULTA MEDICO OCUPACIONAL

CONCEPTO

Apto para el cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

Examen de ingreso con énfasis osteomuscular y psicosocial con antecedente musculoesquelético (MSI) sin restricciones para las actividades del cargo, sin patologías mentales descritas. higiene visual, medidas de protección frente a vídeo terminales, hábitos posturales adecuados, pausas activas, medidas de bioseguridad, autocuidado de la voz, adecuada hidratación

Antecedente de ECNT en seguimiento por EPS; continuar manejo; seguimiento de cifras tensionales; retomar control en programa de crónico por EPS

Incluir en el PVE de riesgo Biomecánico y cardiovascular.

Se recomienda evitar actividades por encima de la cabeza

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.
 MÉDICO Y CIPULANCO
 ESP. EN SALUD OCUPACIONAL
 LIC. 1998
 LEONELA DEL ROCIO PEÑARANDA SANCHEZ
 Especialidad: SALUD OCUPACIONAL
 CC: 37322394 RM: 0844


 Trabajador: **ALAIN DE LA HOZ SANMIGUEL**
 CC: 72215239
 Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biométrica



UNIMEDICAL DEL SUR SAS

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

OPTOMETRIA

Fecha examen: 18/02/2025

Doc. Identidad	CC 72215239	Nombre	ALAIN DE LA HOZ SANMIGUEL	Fecha Nacimiento.	13/10/1975
Entidad	PARTICULAR	Edad	49 años	Ocupación	
H.C No	72215239	Ingreso	<input checked="" type="radio"/> Periódico	Retiro	<input type="radio"/> Caso Ocupacional <input type="radio"/>
		Post incapacidad	<input type="radio"/> Trabajo en alturas	Control	<input type="radio"/> Ingreso al SVE <input type="radio"/>
Empresa	PARTICULAR	Cargo		Antigüedad del cargo	
Fondo de Pensión		EPS	EMSSANAR SAS	ARL	

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	125M
OI				20/20	125M
AO				20/20	

LENSOMETRIA

	ESF	CIL	EJE	ADD
OD			•	
OI			•	

EXAMEN EXTERNO

	OD	OI
Segmento Anterior:	Hiperemia conjuntival <input type="radio"/> Pterigio N <input type="radio"/>	Segmento Anterior: Hiperemia conjuntival <input type="radio"/> Pterigio N <input type="radio"/>
Pterigio T <input type="radio"/> Pinguécula <input type="radio"/> Nevus <input type="radio"/> Blefaritis <input type="radio"/>		Pterigio T <input type="radio"/> Pinguécula <input type="radio"/> Nevus <input type="radio"/> Blefaritis <input type="radio"/>
Blefaritis seborreica <input type="radio"/> Secreción <input type="radio"/> Leucoma Corneal <input type="radio"/>		Blefaritis seborreica <input type="radio"/> Secreción <input type="radio"/> Leucoma Corneal <input type="radio"/>
Ptosis palpebral <input type="radio"/> Otros: HIPEREMIA LEVE EN ZONAS EXP		Ptosis palpebral <input type="radio"/> Otros: HIPEREMIA LEVE EN ZONAS EXP

MOTILIDAD OCULAR

VL: VP: HISHBERG:

Ducciones: Versiones: PPC:

INTERPRETACIÓN

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

TEST OCUPACIONALES

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

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

	OD	OI
Emetropía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ametropía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disminución visual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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)

H524 PRESBICIA

CONCEPTO

 Apto No Apto Aplazado

RECOMENDACIONES

PACIENTE REQUIERE RX PARA USO VISION PROXIMA (LEER, PC, ESCRIBIR)

OBSERVACIONES

PACIENTE REQUIERE RX PARA USO VISION PROXIMA (LEER, PC, ESCRIBIR)

Dr. Lina Niño
 OPTOMETRIA
 ESPECIALIDAD OPTOMETRIA
 C.C. 35196698 RM

VALORACION DE VOZ

PERFIL VOCAL DE WILSON

Fecha 18 Feb / 2025

Nombre Alain De la Hoz Sarmiguel C: 72215.239

Edad 49 años Genero: M. Ocupacion: Instructor.

Encierre una opción

CALIFICACION DE LA VOZ (1) 2 3 4 5 6 7

CAVIDAD LARINGEA

Tono

Alto
to
+
3
+
2
abierto -4 -3 -2 (1) + + +4 cerrado
2 3
-2
-3
B
aj
o

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 buena articulación de los fonemas orales y nasales.

Alain De la Hoz Sarmiguel
FONOAUDIÓLOGA
C. 72215.239

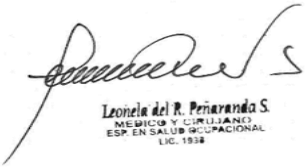
Firma del Profesional



VALIDACIÓN CONCEPTO MÉDICO LABORAL SENA

Fecha	1/12/2025
-------	-----------

Nombre y apellidos	ALAIN DE LA HOZ SANMIGUEL
Identificación	72215239
Cargo	INSTRUCTOR
Concepto médico laboral SENA	<p>Validacion de Concepto de aptitud presentado por el contratista en mencion, emitido por la UNIMEDICAL DEL SUR S.A.S con fecha del 18 /02/2025, 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 al concepto del medico evaluador, se conceptúa apto para el cargo, control ECNT; vigilancia RCV</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

No. PÓLIZA	CHU-100063864	No. ANEXO	0	No. CERTIFICADO	533121596	No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO				FECHA DE EXPEDICIÓN	02/12/2025	SUC. EXPEDIDORA	CEN HUILA
VIGENCIA DESDE	00:00 Horas Del	01/12/2025	VIGENCIA HASTA	24:00 Horas Del	17/04/2026	DÍAS	
				VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE	N/A	VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	N/A

TOMADOR	DE LA HOZ, ALAIN	No. DOC. IDENTIDAD	72.215.239
DIRECCIÓN	PUERTO LEGUIZAMO	TELÉFONO	3138986502
ASEGURADO	SENA REGIONAL PUTUMAYO GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO	No. DOC. IDENTIDAD	899.999.034-1
DIRECCIÓN	CRA 2 BARRIO ALFONOSO LOPEZ	TELÉFONO	4227177
BENEFICIARIO	SENA REGIONAL PUTUMAYO GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO	No. DOC. IDENTIDAD	899.999.034-1
DIRECCIÓN	CRA 2 BARRIO ALFONOSO LOPEZ	TELÉFONO	4227177

OBJETO DE CONTRATO

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO No. 0529- 2025 , CUYO OBJETO ES

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 DE REQUERIRSE. LO ANTERIOR DE ACUERDO CON EL PROCESO DE GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN LA ESPECIALIDAD RELACIONADA CON EL PERFIL DEL INSTRUCTOR Y DE ACUERDO CON PROGRAMACIÓN REALIZADA POR EL CENTRO, EN LA OFERTA DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN REGULAR Y FUL ASEGURADO SENA REGIONAL PUTUMAYO UBICADO EN PUERTO ASIS TEL. 4227177 B/ 20 DE JULIO

NOMBRE DEL AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA\$	VALOR PRIMAS
CUMPLIMIENTO	00:00 Horas Del 01/12/2025	24:00 Horas Del 17/04/2026	302.250,00	25.000,00
			TOTAL ASEGURADO	\$ 302.250,00

INTERMEDIARIOS	TIPO	% PARTICIPACIÓN
ARCILA PERDOMO ASESORES D	AGENCIAS	100,00

PRIMA BRUTA	\$	25.000,00
DESCUENTOS	\$	
EXTRA PRIMA		
PRIMA NETA	\$	25.000,00
GASTOS EXP.	\$	5.000,00
IVA	\$	5.700,00
TOTAL A PAGAR	\$	35.700,00

DISTRIBUCIÓN COASEGURO				
COMPAÑIA	TIPO COASEGURO	PÓLIZA LÍDER	CERTIF. LÍDER	% PARTICIPACIÓN

CONVENIO DE PAGO	DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 02/12/2025
------------------	---

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, SUMINISTRAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE Y REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR LO MENOS ANUALMENTE (CIRCULAR EXTERNA 026 DE 2008 SUPERFINANCIERA).

CONSULTA LA AUTENTICIDAD DE ESTA PÓLIZA INGRESANDO A PRODUCTOS.MUNDIAL.SEGUROS.COM.CO DIGITA EL CÓDIGO DE SEGURIDAD QUE ENCUENTRAS EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTE DOCUMENTO Y VIVE LA EXPERIENCIA DE ESTAR ASEGURADO CON EL RESPALDO DE SEGUROS MUNDIAL. TAMBIÉN PUEDES LLAMAR A LA LINEA NACIONAL 01 8000 111 935 - 327 47 12/13

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA. DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑIA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.

EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARATULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTICIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑIA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASI COMO LAS GARANTÍAS, EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMARLA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

Firma Autorizada - Compañía Mundial De Seguros S.A.
ANGELA MUNAR - VICEPRESIDENTE DE PRODUCTO

TOMADOR

Lineas de Atención al Cliente:
 Nacional: 01 8000 111 935
 Bogotá: 327 4712 - 327 4713

No. PÓLIZA	CHU-100063864	No. ANEXO	0	No. CERTIFICADO	533121596	No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO		FECHA DE EXPEDICIÓN	02/12/2025	SUC. EXPEDIDORA	CEN HUILA		
VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA	DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	
00:00 Horas Del	01/12/2025	24:00 Horas Del	17/04/2026	N/A	N/A	N/A	N/A

CONDICIONES PARTICULARES

"Con la emisión de la póliza se entiende que se autoriza a Seguros Mundial para que realice gestión de cobranza en caso de que aplique, a través de los siguientes canales: correo electrónico, llamada, SMS y WhatsApp. No obstante, en cualquier momento podrá solicitar la exclusión de alguno estos canales por medio de:

Página web: www.segurosmondial.com.co

Correo electrónico: mondial@segurosmondial.com.co

Líneas de atención: Bogotá (+601) 3274712 - (+601) 3274713 Nacional 018000111935"





**Garantía única de
cumplimiento en favor de**
Entidades estatales
(Decreto 1082 de 2015)

www.segurosmundial.com.co



Garantía única de cumplimiento en favor de

**Entidades estatales
(Decreto 1082 de 2015)**



C O N T E N I D O

		Pág.
1	RIESGOS AMPARADOS	4
1.1.	Amparo de seriedad de la oferta	4
1.2.	Amparo de buen manejo y correcta inversión del anticipo	4
1.3.	Amparo de devolución del pago anticipado	5
1.4.	Amparo de cumplimiento del contrato	5
1.5.	Amparo de pago de salarios, prestaciones sociales legales e indemnizaciones laborales	5
1.6.	Amparo de estabilidad y calidad de la obra	5
1.7.	Amparo de calidad del servicio	6
1.8.	Amparo de calidad y correcto funcionamiento de los bienes	6
2.	EXCLUSIONES	6
3.	SUMA ASEGURADA	6
4.	VIGENCIA	7
5.	EFFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA	7
6.	COMPENSACIÓN	9
7.	PAGO DEL SINIESTRO	9
8.	CERTIFICADOS DE MODIFICACIÓN	10
9.	SUBROGACIÓN	10
10.	NO EXPIRACIÓN POR FALTA DE PAGO DE PRIMA E IRREVOCABILIDAD	10
11.	NATURALEZA DEL SEGURO	10



Garantía única de cumplimiento en favor de

**Entidades estatales
(Decreto 1082 de 2015)**



C O N T E N I D O

		Pág.
12.	NOTIFICACIONES Y RECURSOS	11
13.	COEXISTENCIA DE SEGUROS	11
14.	COASEGURO	11
15.	PRESCRIPCIÓN	11
16.	DOMICILIO	11



GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES (DECRETO 1082 DE 2015)



1. RIESGOS AMPARADOS

La aseguradora otorga a la entidad estatal contratante asegurada hasta el monto del valor asegurado, los amparos mencionados en la carátula de la presente póliza.

Los amparos de la póliza serán independientes unos de otros respecto de sus riesgos y de sus valores asegurados. La entidad estatal contratante asegurada no podrá reclamar o tomar el valor de un amparo para cubrir o indemnizar el valor de otros. Estos no son acumulables y son excluyentes entre sí, según las definiciones y alcance que a continuación se estipulan:

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA

La garantía de seriedad de la oferta cubre 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

Este amparo cubre los perjuicios sufridos por la entidad estatal con ocasión de:



Garantía única de cumplimiento en favor de

**Entidades estatales
(Decreto 1082 de 2015)**



- (i) La no inversión del anticipo;
- (ii) El uso indebido del anticipo; y
- (iii) La apropiación indebida de los recursos recibidos en calidad de anticipo.

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DEL PAGO ANTICIPADO

Este amparo cubre los perjuicios sufridos por la entidad estatal por la no devolución total o parcial del dinero entregado al contratista a título de pago anticipado, cuando a ello hubiere lugar.

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO

Este amparo cubre a la entidad estatal de los perjuicios 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.

Adicionalmente, en virtud de lo señalado en el artículo 44 de la ley 610 de 2000, la garantía de cumplimiento cubrirá los perjuicios causados a la entidad estatal asegurada como consecuencia de la conducta dolosa o culposa, o de la responsabilidad 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

Este amparo debe cubrir a la entidad estatal de los perjuicios ocasionados por el incumplimiento de las obligaciones laborales del contratista derivadas de la contratación del personal utilizado en el territorio nacional para la ejecución del contrato amparado.

La entidad estatal no debe exigir una garantía para cubrir este riesgo en los contratos que se ejecuten fuera del territorio nacional con personal contratado bajo un régimen jurídico distinto al colombiano.

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA

Este amparo cubre a la entidad estatal de los perjuicios ocasionados por cualquier tipo de daño o deterioro, imputable al contratista, sufrido por la obra entregada a satisfacción.



1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

Este amparo cubre a la entidad estatal por los perjuicios derivados de la deficiente calidad del servicio prestado

1.8 AMPARO DE CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES

Este amparo cubre la calidad y el correcto funcionamiento de los bienes que recibe la entidad estatal en cumplimiento de un contrato.

1.9 OTROS AMPAROS

Adicionalmente, en la medida en que fueren exigidos por la entidad contratante, la aseguradora podrá otorgar los amparos requeridos para cubrir los demás incumplimientos de obligaciones que la entidad contratante considera deben ser amparados de manera proporcional y acorde a la naturaleza del contrato y que se definan en la carátula o en los anexos que se expidan a la presente póliza.



2. EXCLUSIONES

Los amparos previstos en la presente póliza no operaran en los casos siguientes:

- 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 a los bienes de la entidad no destinados al contrato.**
- 2.3 Uso indebido o inadecuado o la falta de mantenimiento preventivo al que esté obligada la entidad estatal.**
- 2.4 El deterioro normal que sufran los bienes entregados con ocasión del contrato garantizado, como consecuencia del transcurso del tiempo.**



3. SUMA ASEGURADA

La suma asegurada determinada para cada amparo en la carátula de esta póliza, delimita la responsabilidad máxima de la compañía en caso de siniestro.



Garantía única de cumplimiento en favor de

**Entidades estatales
(Decreto 1082 de 2015)**



4. VIGENCIA

La vigencia de los amparos otorgados por la presente póliza, se hará constar en la carátula o en sus anexos. En los contratos de que trata el artículo 2.2.1.2.3.1.3 del decreto 1082 de 2015, el garante tiene la facultad legal de decidir no garantizar la etapa siguiente, caso en el cual debe informar su decisión por escrito a la entidad estatal garantizada seis (6) meses antes del vencimiento del plazo de la garantía. Este aviso no afecta la garantía de la etapa contractual o período contractual en ejecución. Si el garante no da el aviso con la anticipación mencionada y el contratista no obtiene una nueva garantía, queda obligado a garantizar la etapa del contrato o el período contractual subsiguiente.



5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA

De acuerdo con lo establecido en el artículo 1077 en concordancia con el artículo 1080 del código de comercio la entidad estatal asegurada deberá demostrar la ocurrencia del siniestro y acreditar la cuantía de la pérdida previo agotamiento del derecho de defensa del contratista y del garante, de la siguiente forma:

- 5.1** en caso de caducidad, una vez agotado el debido proceso y garantizados los derechos de defensa y contradicción del contratista y de su garante de conformidad con lo establecido en el artículo 86 de la ley 1474 de 2011, por medio del acto administrativo en el cual la entidad estatal declare la caducidad del contrato y ordene el pago al contratista y al garante, bien sea de la cláusula penal o de los perjuicios que ha cuantificado. El acto administrativo de caducidad constituye el siniestro.
- 5.2** en caso de aplicación de multas, una vez agotado el debido proceso y garantizados los derechos de defensa y contradicción del contratista y de su garante de conformidad con lo establecido en el artículo 86 de la ley 1474 de 2011, por medio del acto administrativo en el cual la entidad estatal impone multas, debe ordenar el pago al contratista y al garante. El acto administrativo correspondiente constituye el siniestro.
- 5.3** en los demás casos de incumplimiento, una vez agotado el debido proceso y garantizados los derechos de defensa y contradicción del contratista y de su garante de conformidad con lo establecido en el artículo 86 de la ley 1474 de 2011, por medio del acto administrativo en el cual la entidad estatal declare el incumplimiento, puede hacer efectiva la cláusula penal, si está pactada en el contrato, y ordenar su pago al contratista y al garante. El acto administrativo correspondiente es la reclamación para la compañía de seguros.



Garantía única de cumplimiento en favor de

**Entidades estatales
(Decreto 1082 de 2015)**



Las entidades sometidas al estatuto general de contratación de la administración pública podrán declarar el incumplimiento, cuantificando los perjuicios del mismo, imponer las multas y sanciones pactadas en el contrato, y hacer efectiva la cláusula penal. Para tal efecto observaran el siguiente procedimiento:

- A)** Evidenciado un posible incumplimiento de las obligaciones a cargo del contratista, la entidad pública lo citara a audiencia para debatir lo ocurrido. En la citación, hará mención expresa y detallada de los hechos que la soportan, acompañando el informe de interventoría o de supervisión en el que se sustente la actuación y enunciara las normas o cláusulas posiblemente violadas y las consecuencias que podrían derivarse para el contratista en desarrollo de la actuación. En la misma se establecerá el lugar, fecha y hora para la realización de la audiencia, la que podrá tener lugar a la mayor brevedad posible, atendida la naturaleza del contrato y la periodicidad establecida para el cumplimiento de las obligaciones contractuales. En el evento en que la garantía de cumplimiento consista en póliza de seguros, el garante será citado de la misma manera;
- B)** En desarrollo de la audiencia, el jefe de la entidad o su delegado, presentará las circunstancias de hecho que motivan la actuación, enunciará las posibles normas o cláusulas posiblemente violadas y las consecuencias que podrían derivarse para el contratista en desarrollo de la actuación. Acto seguido se concederá el uso de la palabra al representante legal del contratista o a quien lo represente, y al garante, para que presenten sus descargos, en desarrollo de lo cual podrá rendir las explicaciones del caso, aportar pruebas y controvertir las presentadas por la entidad;
- C)** Hecho lo precedente, mediante resolución motivada en la que se consigne lo ocurrido en desarrollo de la audiencia y la cual se entenderá notificada en dicho acto público, la entidad procederá a decidir sobre la imposición o no de la multa, sanción o declaratoria de incumplimiento. Contra la decisión así proferida sólo procede el recurso de reposición que se interpondrá, sustentará y decidirá en la misma audiencia. La decisión sobre el recurso se entenderá notificada en la misma audiencia;
- D)** En cualquier momento del desarrollo de la audiencia, el jefe de la entidad o su delegado, podrá suspender la audiencia cuando de oficio o a petición de parte, ello resulte en su criterio necesario para allegar o practicar pruebas que estime conducentes y pertinentes, o cuando por cualquier otra razón debidamente sustentada, ello resulte necesario para el correcto desarrollo de la actuación administrativa. En todo caso, al adoptar la decisión, se señalará fecha y hora para reanudar la audiencia. La entidad podrá dar por terminado el procedimiento en cualquier momento, si por algún medio tiene conocimiento de la cesación de situación de incumplimiento.



Garantía única de cumplimiento en favor de

**Entidades estatales
(Decreto 1082 de 2015)**



6. COMPENSACIÓN

Si la entidad estatal contratante asegurada al momento de tener conocimiento del incumplimiento, o con posterioridad a este o del resultado de la liquidación, fuere deudora del contratista garantizado por cualquier concepto, se aplicará la compensación y la indemnización se disminuirá en el monto de las acreencias, según la ley, de conformidad con lo señalado en los artículos 1714 y ss. Del código civil. Igualmente disminuirá el valor de la indemnización, el correspondiente a los bienes que la entidad estatal contratante asegurada haya obtenido del contratista garantizado judicial o extrajudicialmente, en ejercicio de las acciones derivadas del contrato cuyo cumplimiento se garantiza por la presente póliza.



7. PAGO DEL SINIESTRO

La aseguradora pagara el valor del siniestro, así:

- 7.1** Para el caso previsto en el numeral 5.1, dentro del mes siguiente a la comunicación escrita que con tal fin haga la entidad contratante para reclamar el pago, acompañada de una copia autentica del acto administrativo correspondiente ejecutoriado y del acta de liquidación del contrato o de la resolución ejecutoriada que acoja la liquidación unilateral.
- 7.2** Para el caso del numeral 5.2, dentro del mes siguiente a la comunicación escrita que haga la entidad estatal contratante, acompañada de la copia autentica del acto administrativo correspondiente ejecutoriado, junto con la constancia de la entidad estatal de la no existencia de saldos a favor del contratista respecto de los cuales se pueda aplicar la compensación de que trata la condición sexta de este clausulado, o en la que conste la disminución en el valor a indemnizar en virtud de la compensación.
- 7.3** Para el caso presentado en el numeral 5.3, dentro del mes siguiente a la comunicación escrita que con tal fin haga la entidad estatal contratante, acompañada de una copia autentica del acto administrativo que constituya la ocurrencia del siniestro, junto con la constancia de la entidad estatal de la no existencia de saldos a favor del contratista respecto de los cuales se pueda aplicar la compensación de que trata la condición sexta de este clausulado o en la que conste la disminución en el valor a indemnizar en virtud de la compensación.

Parágrafo. – de conformidad con el artículo 1110 del código de comercio la aseguradora podrá optar por cumplir su prestación mediante el pago de la indemnización, o continuando con la ejecución de la obligación garantizada, para este último evento se requiere la aceptación de la entidad estatal contratante asegurada.



Garantía única de cumplimiento en favor de

**Entidades estatales
(Decreto 1082 de 2015)**



La declaratoria de caducidad no impedirá que la entidad estatal contratante asegurada tome posesión de la obra o continúe inmediatamente la ejecución del objeto contratado, bien sea a través del garante o de otro contratista.

En el evento que por incumplimiento del contratista garantizado la aseguradora resolviera continuar, como cesionario o a favor de quien determine esta, con la ejecución del contrato y la entidad estatal contratante asegurada estuviese de acuerdo con ello, el contratista garantizado acepta desde ahora la cesión del contrato a favor de la aseguradora. En tal evento la aseguradora presentará garantías.



8. CERTIFICADOS DE MODIFICACIÓN

Para los casos en que la suma asegurada sea aumentada o disminuida y para aquellos en los cuales las estipulaciones del contrato original sean modificadas, la aseguradora a solicitud del contratista garantizado podrá expedir un certificado o anexo de modificación del seguro, en donde exprese su conocimiento al respecto de las modificaciones acordadas entre el contratista garantizado y la entidad estatal contratante asegurada.



9. SUBROGACIÓN

En virtud del pago de la indemnización, de acuerdo con el artículo 1096 del código de comercio, en concordancia con el artículo 203 del decreto 663 de 1993 estatuto orgánico del sistema financiero, la aseguradora se subroga hasta concurrencia de su importe, en todos los derechos que la entidad estatal contratante tenga contra el contratista garantizado.



10. NO EXPIRACIÓN POR FALTA DE PAGO DE PRIMA E IRREVOCABILIDAD

La presente póliza no expirará por falta de pago de la prima ni por revocación unilateral.



11. NATURALEZA DEL SEGURO

La garantía otorgada por esta póliza o sus certificados de modificación, no es solidaria, ni incondicional y su exigencia está supeditada a la ocurrencia del siniestro y su cuantificación.



Garantía única de cumplimiento en favor de

**Entidades estatales
(Decreto 1082 de 2015)**



12. NOTIFICACIONES Y RECURSOS

La entidad contratante deberá notificar oportunamente a la aseguradora los actos administrativos atinentes a la efectividad de la póliza, previo agotamiento del derecho de defensa del contratista garantizado y el garante.



13. COEXISTENCIA DE SEGUROS

En caso de existir, al momento de siniestro, otro seguro de cumplimiento con relación al mismo contrato, el importe de la indemnización a que hay lugar, se distribuirá entre los aseguradores en proporción a las cuantías de sus respectivos seguros



14. COASEGURO

En caso de existir coaseguro al que se refiere el artículo 1095 de código de comercio, el importe de la indemnización a que haya lugar se distribuirá entre los aseguradores en proporción de las cuantías de sus respectivos seguros, sin que exista solidaridad entre las aseguradoras participantes, y sin exceder de la suma asegurada bajo el contrato de seguro.



15. PRESCRIPCIÓN

La prescripción de las acciones derivadas del presente contrato se regirá por las normas del código de comercio sobre contrato de seguro.



16. DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados en el presente contrato se fija como domicilio de las partes la ciudad de Bogotá en la república de Colombia en fe de lo anterior, se firma a los ____ días del mes de _____ de _____.

Firma Autorizada
Compañía Mundial de Seguros S.A.
Angela Munar

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

EL TOMADOR/ASEGURADO



Garantía única de
cumplimiento en favor de

**Entidades estatales
(Decreto 1082 de 2015)**



LA COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A**CERTIFICA:**

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza **CHU-100063864** y endoso, **0** cuyo afianzado es: **DE LA HOZ, ALAIN** Asegurado o Beneficiario: **SENA REGIONAL PUTUMAYO GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO / SENA REGIONAL PUTUMAYO GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO**, expedida por la Compañía en **02/12/2025**, no expirará por falta de pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o por revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

CEN HUILA a los **18** días del mes **DICIEMBRE** del año **2025**.



Firma Autorizada
Compañía mundial de Seguros S.A.

LÍNEAS DE ATENCIÓN AL CLIENTE

Bogotá: (+601) 327 47 12/13 | Nacional: 01 8000 111 935 | Sitio Web: www.segurosmondial.com.co



Cumplimos con los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente. Protege el Medio Ambiente evitando la impresión de este documento.

@SegurosMundial
    

- CLIENTE -
Referencia de Pago No.

533121596

Fecha de Facturación	02/12/2025	
POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082		
Póliza No.	CHU-100063864	
Periodo Facturado	01/12/2025	17/04/2026

Fecha Límite de Pago	01/01/2026	
Prima (incluye gastos de expedición)	30.000,00	
IVA	5.700,00	
VALOR TOTAL A PAGAR \$	35.700,00	

EFFECTIVO \$
Datos del Cliente

Nombre / Razón Social	DE LA HOZ, ALAIN	
PUERTO LEGUIZAMO	72215239	
Intermediario	ARCILA PERDOMO ASESORES D	

Cheque

Banco	No Cuenta	No Cheque	Valor Cheque
TOTAL			

Apreciado Cliente:

- No se aceptan pagos parciales.
- Al realizar su pago de forma presencial (ante el cajero del banco) **UNICAMENTE** presente esta boleta de recaudo para garantizar la correcta referenciación del pago.
- Si esta boleta no ha sido recaudada efectivamente el se aplicará la clausula de terminación automática especificada en el condicionado de la póliza y en la carátula de esta (artículo 1068 código de comercio)
- Si realiza su pago en cheque o de forma mixta (efectivo y cheque), solamente gire cheque local a nombre de **PATRIMONIOS AUTÓNOMOS CREDICORP CAPITAL FIDUCIARIA Nit 900531292-7**, al respaldo endóselo correctame y diligencie los datos del girador (nombre, NIT, teléfono) y el número de referencia de esta boleta. En caso de devolución del cheque se cobrará sanción del 20% de acuerdo con lo establecido en el artículo 731 del código de comercio. **NO SE ACEPTAN CHEQUES DE OTRAS PLAZAS.**
- Para realizar el pago a través del botón PSE, ingrese a nuestra página web www.segurosmondial.com.co en la imagen de PSE haga clic y continúe el proceso de pago.

ESPACIO PARA EL TIMBRE
VÁLIDO COMO RECIBO DE PAGO
- BANCO -
Referencia de Pago No.

533121596

Fecha de Facturación	02/12/2025	
POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082		
Póliza No.	CHU-100063864	
Periodo Facturado	01/12/2025	17/04/2026

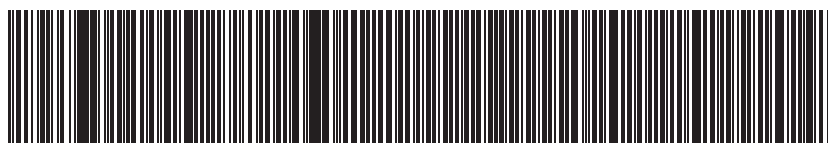
Fecha Límite de Pago	01/01/2026	
Prima (incluye gastos de expedición)	30.000,00	
IVA	5.700,00	
VALOR TOTAL A PAGAR \$	35.700,00	

EFFECTIVO \$
Datos del Cliente

Nombre / Razón Social	DE LA HOZ, ALAIN	
PUERTO LEGUIZAMO	72215239	
Intermediario	ARCILA PERDOMO ASESORES D	

Cheque

Banco	No Cuenta	No Cheque	Valor Cheque
TOTAL			

Corresponsales
OPCIÓN 1


(415)7709998434219(8020)0000533121596(3900)3570000(96)20260101

Bancos
Corresponsales
OPCIÓN 2


(415)7709998039933(8020)031594(8020)22990000533121596(3900)3570000(96)20260101

INFORMACIÓN DE PAGO

A continuación te brindamos información de los distintos medios de pago que tendrás a disposición:


OPCIÓN 1




CORRESPONSALES



OPCIÓN 2



BANCOS





CORRESPONSALES





Hace constar:

Que el Sr(a) ALAIN DE LA HOZ SANMIGUEL Identificado(a) con cédula de ciudadanía 72215239 realizó el día 08/12/2025 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 ALAIN DE LA HOZ SANMIGUEL Identificado(a) con cédula de ciudadanía 72215239 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) ALAIN DE LA HOZ SANMIGUEL Identificado(a) con cédula de ciudadanía 72215239 el día 08/12/2025 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

	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA PROCESO DE GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURA Y LOGÍSTICA RELACION DE BIENES A CARGO DEL CUENTADANTE	Versión: 1.01
		Fecha: 15.10.2020

De acuerdo con los registros del Sistema para la Administración y Control de Bienes SACB, el Sr(a) ALAIN DE LA HOZ SAN MIGUEL identificado(a) con CC. 72215239 NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 23 de Noviembre de 2025 a las 22:33:12

El cuentadante responde administrativa y fiscalmente por los bienes aquí relacionados y rendirá cuentas de su utilización. Todo ello según lo dispuesto sobre este particular en la Constitución Política Nacional Art. 124 y en especial lo establecido en los numerales 21 y 22 del Art. 34 de la Ley 734 de 2002; Resolución 1378 de 2018 y en las obligaciones generales de los Contratos de Prestación de Servicios.



Versión: 05

Código:
GTH-F-074

Proceso Gestión de Talento Humano

Formato Entrega de Bienes e Información de Ejecución Contractual por el Contratista

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA: ALAIN DE LA HOZ SANMIGUEL					IDENTIFICACIÓN	
CIUDAD	PUERTO ASÍS, PUTUMAYO	FECHA	17/12/2025	REGIONAL	PUTUMAYO	72.215.239
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:		SEDE PUERTO ASÍS - CENTRO AGROFORESTAL Y ACUICOLA ARAPAIMA				
NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO:		No 529 de 1 Dic 2025				

CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO	<input checked="" type="checkbox"/>	CESIÓN	<input type="checkbox"/>	LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO	<input type="checkbox"/>	TERMINACIÓN UNILATERAL	<input type="checkbox"/>
-------------------------------	-------------------------------------	--------	--------------------------	--	--------------------------	------------------------	--------------------------

DEPENDENCIA SENA	Marcar con x	RESPONSABLES	
		NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
GESTIÓN DE TIC	<input checked="" type="checkbox"/>	JAVIER MAURICIO CALDERON ROBLEDO	
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS	<input checked="" type="checkbox"/>	NORMA JULIETH GOMEZ MEJIA	
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL		JESUS LEONARDO CABRERA GUZMAN	
ALMACÉN E INVENTARIOS		Generar reporte de https://miinventario.sena.edu.co/inicio.aspx y anexar al formato, garantizando que no tiene elementos a su cargo.	
SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio; Contratación)		IVAN DARIO QUINTERO MARMOL	
CONTABILIDAD		CARLOS ANDRÉS REBOLLEDO ARIAS	
TESORERIA		N/A	
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ACADEMICA		JESUS LEONARDO CABRERA GUZMAN	
BIBLIOTECA	<input checked="" type="checkbox"/>	ANYI YULIANA MARTINEZ PANTOJA	
DINAMIZADOR SIGA		ELIZABETH GOMEZ ROSERO	
OTRO			
SUPERVISOR DE CONTRATO		JESUS LEONARDO CABRERA GUZMAN	

ELEMENTOS FALTANTES U OBLIGACIONES PENDIENTES (Relacionar con su respectivo valor)

OTROS :

Firma del Contratista