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 CESAR

CENTRO BIOTECNOLÓGIOCO DEL CARIBE-CESAR

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

Código Regional	**20**
Código Centro	**911410**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**43174-408037**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	YOMAIRA TORRADO PICON	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	26.863.375	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	ypicont22@gmail.com	**Número de Cuenta:**	31869431756
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 2025**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a $69.718.600	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2026 es igual o superior a $209.496.000 (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:	9280338/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**16826**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES PARA IMPARTIR FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA, PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS Y EL APRENDIZAJE DE POBLACIÓN CAMPESINA, VULNERABLE, ÉTNICA Y COMUNITARIA - FORMACIÓN REGULAR, CBC Y MUNICIPIOS

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**09/02/2026**	**Al**	**28/02/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 47.374.970
Número de pago	**1**			**Valor Total del Contrato:**	$ 47.374.970
Valor Bruto Pago:			**$ 3.158.331,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 44.216.639

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.158.331	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.158.331**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.980.931**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9499807800**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.750.905	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 218.900	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 280.200	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	II	$ 18.300	$ 0
		$	
		$	
		$	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ -	
Salud hasta	$ 837.984	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 37.927.505	$ 660.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.980.931,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Pro Universidad Popular del Cesar	15.792,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$3.142.539,00**	

SON: TRES MILLONES CIENTO CUARENTA Y DOS MIL QUINIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir Formaciòn virtual en los programas de formación correspondientes a las fichas:2977249;3335749;3236092

Revisar la etapa en la que esta cada programa de formaciòn.

Generar videoconferencias y publicar invitación a las videoconferencias de los programas de formación asignados.

Orientar videoconferencias programadas en los horarios estipulados.

Analizar el estado de los aprendices con relación a las actividades entregadas del programa de formación ficha: 3236092

Analizar el estado de las actividades pendientes de los aprendices del programa de formación ficha:3236092

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

YOMAIRA TORRADO PICON
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

JIMENEZ CUJIA CIRO CARLOS
COORDINADOR ACADÉMICO

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
CARLOS RAFAEL MELO FREYLE
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

24/02/26 08:53:16 USUARIO: SIC - C.C. 26863375

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 26863375		PICON TORRADO YOMAIRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	BARRIO LA QUINTA 1-05	RIO DE ORO-CESAR	5625793	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	73127708	9499807800	I	2026/03/17	2026/02/18	BANCOLOMBIA	0	$508,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	26863375	PICON YOMAIRA																		230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,750,905	$9,200	0	$0	$0	No	$508,300
Total	**Afiliados(1)**																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$9,200		$0	$0		$508,300

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 26863375		PICON TORRADO YOMAIRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	BARRIO LA QUINTA 1-05	RIO DE ORO-CESAR	5625793	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	73127708	9499807800	I	2026/03/17	2026/02/18	BANCOLOMBIA	0	$508,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,200	$0	$0	$9,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,200	$0	$0	$9,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				**1**	**$508,300**	**$0**	**$0**	**$508,300**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 26863375		PICON TORRADO YOMAIRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	BARRIO LA QUINTA 1-05	RIO DE ORO-CESAR	5625793	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	84037872	9500187886	N	2026/03/17	2026/02/23	NEQUI	0	$9,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	26863375	PICON YOMAIRA								A			▫	▫						230301	30	($1,750,905)	($280,200)	EPS005	30	($1,750,905)	($218,900)		0	$0	$0	14-23	30	($1,750,905)	($9,200)	0	$0	$0	No	($508,300)
2	CC	26863375	PICON YOMAIRA								C										230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,750,905	$18,300	0	$0	$0	No	$517,400
Total	**Afiliados(1)**																						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$0	$9,100		$0	$0		$9,100

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 26863375		PICON TORRADO YOMAIRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	BARRIO LA QUINTA 1-05	RIO DE ORO-CESAR	5625793	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	84037872	9500187886	N	2026/03/17	2026/02/23	NEQUI	0	$9,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,100	$0	$0	$9,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,100	$0	$0	$9,100
TOTAL				1	$9,100	$0	$0	$9,100

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141231733154

(415)7707212489984(8020) 000014123173315 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
2 6 8 6 3 3 7 5	4	Impuestos de Cúcuta	7

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	2 6 8 6 3 3 7 5	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cesar 2 0	Río de Oro 6 1 4

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PICON	TORRADO	YOMAIRA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla
COMERCIALIZADORA LUISA MARGARITA	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Norte de Santander 5 4	Ocaña 4 9 8

41. Dirección principal
(!) BARRIO LLANO ECHAVEZ CL SIETE NUMERO DIEZ VEINTIUNO

42. Correo electrónico yohermosa1031@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 8 3 2 6 9 6 1 5	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
4 6 5 3	2 0 2 0 0 2 1 8	4 6 2 0	2 0 1 6 0 3 1 8		8 5 4 2	7 5 0 0		1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
22- Obligado a cumplir deberes formales a
49 - No responsable de IVA

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI ☐ NO ☐ 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

985. Cargo

BORRADOR DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141231733154

(415)7707212489984(8020) 000014123173315 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
2 6 8 6 3 3 7 5	4	Impuestos de Cúcuta	7

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

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 9	
72. Número		
73. Fecha		
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 1 6 0 3 1 8	
77. No. Matrícula mercantil	2 8 8 1 2	
78. Departamento	5 4	
79. Ciudad/Municipio	4 9	
Vigencia		
80. Desde		
81. Hasta		

Composición del Capital

82. Nacional	%
83. Nacional público	%
84. Nacional privado	%
85. Extranjero	%
86. Extranjero público	%
87. Extranjero privado	%

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		Año Mes Día		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

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

BORRADOR DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141231733154

(415)7707212489984(8020) 000014123173315 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
2 6 8 6 3 3 7 5	4	Impuestos de Cúcuta	7

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por mayor de materias primas agropecuarias; animales vivos 4 6 2 0	

162. Nombre del establecimiento: GENETICA & GANADOS DE COLOMBIA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Norte de Santander 5 4	Ocaña 4 9 8	

165. Dirección: CL 7 10 25 BRR TEJARITO

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
2 8 8 9 8	2 0 1 6 0 4 0 7	
168. Teléfono: 3 1 8 3 2 6 9 6 1 5	169. Fecha de cierre	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

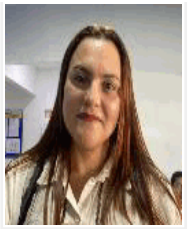
165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

BORRADOR DOCUMENTO SIN COSTO

IPS E&G medicos
Atención Integral en Medicina General y del Trabajo

LSO: 1200 - NIT: 900704496-6
Tel: 5654122 Cels: 3184023305
Correo: egmedicos123@outlook.es
www.eygmedicos.com
Carrera 21 No. 5-21 Aguachica - Cesar



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES — **Atención N°: 8969**

Fecha: 24/01/2026 **Ciudad:** AGUACHICA (CESAR, COLOMBIA)
Tipo Exámen: EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE PREINGRESO **Eps:** SANITAS
CC: 26863375 **Nombre:** PICON TORRADO YOMAIRA **Edad:** 46 AÑOS 8 MESES 4 DÍAS **Genero:** FEMENINO
Fecha Nacimiento: 22/05/1979 **Empresa:** PARTICULAR **Ocupacion:** INSTRUCTOR

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
NO REPORTA	NO REPORTA	NINGUNA	NO APLICA	0	0

ANTECEDENTES AUDITIVOS

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
OTITIS	NO REFIERE	HIPOACUSIA SUBJETIVA	NO REFIERE
TRAUMA	NO REFIERE	ACÚFENOS	NO REFIERE
CIRUGÍA	NO REFIERE	OTROS	
INGESTA OTOTÓXICOS	NO REFIERE		

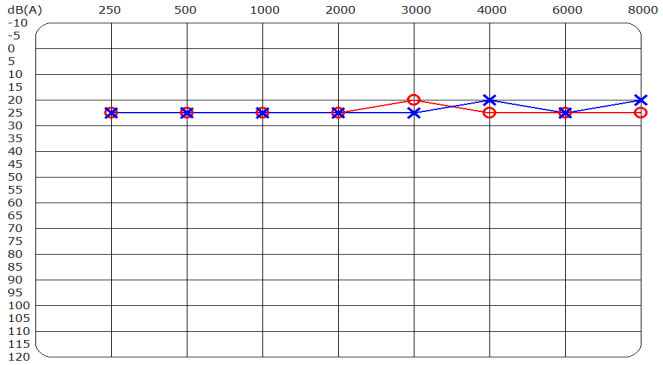
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÓGONO	NO REFIERE
MOTO	NO REFIERE	WALKMAN	NO REFIERE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas) : **Realizó re test:** NO **Uso Cabina Sonoamortiguada:** NO
Marca y Referencia audiometró utilizado: OSCILLA USB 350 B **F. Ultima Calibración:** 2025-02-25

O : Vía aérea del OD
X : Vía aérea del OI
< : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI)
> : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)



OTOSCOPIA

Oído derecho: NORMAL
Oído izquierdo: NORMAL

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD	25	25	25	25	20	25	25	25
VAOI	25	25	25	25	25	20	25	20

PTA Oido derecho: 23.75 **PTA Oido izquierdo:** 25.00

SEVERIDAD - CAOHC

Oído derecho: Normal(0 - 25 dB) **Oído izquierdo:** Normal(0 - 25 dB)

Código	Nombre del Diagnóstico	Oido	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	AMBOS	Enfermedad general	PRINCIPAL

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	

Observaciones

FONOAUDIÓLOGO

Firma:
Nombre: CC: 63539147 - MONICA LISBETH QUIÑONEZ
R. M.: 9525 **L.S.O.:**

Código de Seguridad
B3H2N8969

TRABAJADOR

Firma:
Nombre: PICON TORRADO YOMAIRA
CC 26863375

IPS E&G medicos
Atención Integral en Medicina General y del Trabajo

LSO: 1200 - NIT: 900704496-6
Tel: 5654122 Cels: 3184023305
Correo: egmedicos123@outlook.es
www.eygmedicos.com
Carrera 21 No. 5-21 Aguachica - Cesar



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 52.844

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
24 DÍA	01 MES	2026 AÑO	AGUACHICA (CESAR, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE PREINGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULAR	PARTICULAR

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

81 - PERSONAS NATURALES Y SUCESIONES ILÍQUIDAS SIN ACTIVIDAD ECONÓMICA

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
PICON TORRADO YOMAIRA	FEMENINO	46 AÑOS 8 MESES 4 DÍAS	CC (Tipo)	26863375 (Número)

Cargo

INSTRUCTOR

EPS	AFP	ARL
SANITAS	PORVENIR	POSITIVA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN LIMITACIONES O RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
NINGUNA		

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

AUDIOMETRÍA TONAL EN CABINA SONÓ AMORTIGUADA	✓	VALORACION PSICOLOGICA	✓
VISIOMETRÍA PRUEBA (TAMIZ) FUNCIÓN VISUAL	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL MUSCULOESQUELETICO-PSICOSOCIAL	✓
GLICEMIA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	CONTROL DE PESO
	PAUSAS ACTIVAS	HACER DEPORTE
	HIGIENE POSTURAL	
	SVE VISUAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL VISUAL ANUAL EN SU EPS

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma: Oriétta Camacho V. Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo Res. 0009253-2017

Nombre: CC: 55249776 - ORIETTA MARGARITA CAMACHO

R. M.: 9539 **L.S.O.:** 9253

Código de Seguridad
F3L1R52844

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: PICON TORRADO YOMAIRA

CC: 26863375

HISTORIA PSICOLOGICA OCUPACIONAL

Ciudad y Fecha	AGUACHICA- CESAR 24/01/2026 8:15 AM

DATOS GENERALES

NOMBRE	YOMAIRA PICON TORRADO	# Documento	26863375
Edad:	46	Lugar de residencia	RIO DE ORO - CESAR

Ultimo Nivel de estudios				Estado civil			
Primaria incompleta		Tec/Teg completo		Soltero(a)		Separado (a)	
Primaria completa		Profesional incompleto		Casado (a)	X	Divorciado (a)	
Bachiller incompleto		Profesional completo		Unión Libre		Viudo (a)	
Bachiller completo		Postgrado incompleto	X			Sacerdote/Monja	
Tec/Teg Incompleto		Postgrado completo		# de personas que dependen del candidato			2
Ninguno							

Tipo de vivienda			Estrato de los servicios públicos de su vivienda			
	X	Propia		3	Estrato	
		En arriendo			Finca	
		Familiar			invasion	
Otra					No sabe	

Evaluación		Pre - Ocupacional		Ocupacional		Pos - Ocupacional	X	Valoracion Psicologica

DATOS OCUPACIONALES

Nombre del cargo a ocupar	INSTRUCTORA							
Area de trabajo	Superficie	X	Subsuelo		Alturas			
Nombre de la empresa	SENA							
Ha trabajado previamente con la empresa	SI	Cuando?	3 AÑOS					
Edad en que empezó a trabajar	20	Años		Meses				
Actividades desarrolladas a nivel laboral	OFICIOS VARIOS							
Tiempo de experiencia específica		Años		Meses				
Problemas personales en los anteriores empleos que halla afectado la continuación del mismo	NO				preferencia en la realización del trabajo	X	Equipo	
Motivo de la terminación del trabajo anterior	TERMINACIÓN DE CONTRATO.						Solo	

Identifica claramente los peligros y riesgos a los cuales se ha expuesto en el desarrollo de sus actividades laborales				X	Sí
					No
Ha sufrido AL		si	Ha sido dx(a) con EL		Sí
	X	no		X	No

Participación en gremios Sindicales		si	Ausentismo laboral	si		causa:	
	X	no		no			

FACTORES EXTRALABORALES

Relaciones familiares	PACIENTE MANIFIESTA TENER BUENAS RELACIONES FAMILIARES E INTERPERSONALES, SE BASAN EN LA COMUNICACIÓN EFECTIVA Y EL RESPETO MUTUO, LO QUE PUEDE INFLUIR POSITIVAMENTE EN SU ESTABILIDAD EMOCIONAL Y BIENESTAR, EN EL AMBITO LABORAL.

El rol del candidato(a) en la familia es el que:		Toma deciciones		Provee económicamente a la familia
	X	Autori y econo compartida		Asume la crianza de los hijos
Historia familiar con problemas psicológicos		Si	Si la respuesta es SI especificar	
	X	No		
Problemas emocionales en la actualidad		Si	Si la respuesta es SI especificar	
	X	No		
Frente a las relaciones sociales el/la candidata(o) se muestra:	X	Seguro		Ambivalente
		Preocupado		Irresuelto
Pasatiempos		Evitativo		

LEER, DESCANSAR, VIAJAR

Adicciones		Si	**Consumo de alcohol**			**Fuma**	Si
	X	No		Si	**Problemas presentados**	X	No
			X	No			
		Ocasionalmente					

Tipo de exámen realizado

Realización de exámenes complementarios		Si	Personalidad Sustancias e Inteligencia		Cuestionario Sintomas Neurotoxicos	
		No	Psicologia para Alturas			
Nombre del Instrumento	ENTREVISTA PSICOLOGÍCA		Semiestructurada	X		

FACTORES PERSONALES

Detección de indicadores psicopatológicos — Si: | No: X

								Afectividad	
Porte y actitud	X	Adecuado		Inadecuado	**Atención**			X	Eutimia
Pensamiento	X	Adecuado		Inadecuado			con dificultad		hepertimia
Memoria	X	Adecuado		Inadecuado		X	sin dificultad		hipotimia
Sueño		Adecuado	X	Inadecuado	**Orientación**				
Sensopercepción	X	Adecuado		Inadecuado		X	autosiquica	**Discurso**	
Juicio	X	Adecuado		Inadecuado			alopsiquica	X	Adecuado
					Conciencia				Inadecuado
Comportamiento	X	Seductor		Desconfiado		X	Lucidez		
		Timido		Arrogante			Somnolencia		
		Agresivo		Colaborador					

CONCLUSIONES	**RECOMENDACIONES**				
EL PACIENTE DEMUESTRA SER APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO DEBIDO A SUS HABILIDADES, EXPERIENCIA Y CARACTERISTICAS PERSONALES.	Perfil psicológico	X	Apto		Apto con preexistencia
			No Apto		Tramite no resuelto
			Aplazado		Apto provisorio
			Apto psicologicamente para trabajo en espacios confinados		
			Apto psicologicamente para trabajo en alturas		
			Apto psicologicamente para trabajo bajo presion		
			Apto para trabajo con agentes neurotoxicos		

Recomendación particular:

Nombre del evaluador:	Sergio Andrés Florez	
# de identificación	1.003.245.579 de Aguachica	
TP - L.S.O	253785	

IPS E&G medicos
Atención Integral en Medicina General y del Trabajo

LSO: 1200 - NIT: 900704496-6
Tel: 5654122 Cels: 3184023305
Correo: egmedicos123@outlook.es
www.eygmedicos.com
Carrera 21 No. 5-21 Aguachica - Cesar



EXAMEN DE VISIOMETRÍA PRUEBA (TAMIZ) FUNCIÓN VISUAL

DATOS PERSONALES

Atención Nº: 10,612

Fecha: 24/01/2026 **Municipio:** AGUACHICA (CESAR, COLOMBIA) **CC:** 26863375 **Nombre:** PICON TORRADO YOMAIRA **Edad:** 46 AÑOS 8
Genero: FEMENINO **Profesión o Cargo:** INSTRUCTOR **Empresa:** PARTICULAR
Eps: SANITAS **Tipo Evaluación Medica:** EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE PREINGRESO **F. Último Examen:** NO RECUERDA
Lugar del Último Examen: NO **Motivo Consulta:** EXAMEN DE INGRESO

ANTECEDENTES FAMILIARES

ENFERMEDAD CORONARIA	NO REFIERE
HIPERTENSION ARTERIAL	NO REFIERE
OTRO	

ANTECENDENTES OCULARES

ARDOR EN LOS OJOS	NO REFIERE
AURAS DE DIFERENTES COLORES	NO REFIERE
DOLOR OCULAR	NO REFIERE
FATIGA OCULAR	NO REFIERE
FLASHES DE LUZ	NO REFIERE
GOLPES EN O CERCA DE LOS OJOS	NO REFIERE
INFECCIONES RECURRENTES	NO REFIERE
MOLESTIA DE LUZ (FOTOFOBIA)	NO REFIERE
MOSCAS VOLANTES (MIODESOPSIAS)	NO REFIERE
OJO ENROJECIDO	NO REFIERE
OPERACIONES OCULARES	NO REFIERE
VISIÓN DOBLE (DIPLOPIA)	NO REFIERE
QUEIATOCONO	NO REFIERE
CATORATA	NO REFIERE
RETINOPATIA	NO REFIERE
GLAUCOMA	NO REFIERE
DESPERENDIMIENTO RETINA	NO REFIERE
AMBLIOPÍA	NO REFIERE
ESTRABISMO	NO REFIERE
TOXOPLASMOSIS	NO REFIERE
OTROS	

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/20	1.75M	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/20	1.75M	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	20/20	1.75M	N/A	NO APLICA	N/A	N/A

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H524	PRESBICIA	AMBOS	Enfermedad general	PRINCIPAL

DISPOSICION

CONTROL EN 1 AÑO

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

SE RECOMIENDA CONTROL VISUAL ANUAL POR SU EPS-
SE REALIZO LIMPIEZA Y DESINFECCION DE LOS EQUIPOS VISUALES-

OPTOMETRA



Firma:

Nombre: CC: 52195784 - MARIS NUÑEZ

R. M.: 1497 **L.S.O.:**

Código de Seguridad

I3O3U10612

PACIENTE



Firma:

Nombre: PICON TORRADO YOMAIRA

CC: 26863375

Hace constar:

Que el Sr(a) YOMAIRA TORRADO PICON Identificado(a) con cédula de ciudadanía 26863375 realizó el día 16/02/2026 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo YOMAIRA TORRADO PICON Identificado(a) con cédula de ciudadanía 26863375 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

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) YOMAIRA TORRADO PICON Identificado(a) con cédula de ciudadanía 26863375 realizó el día 17/02/2026 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) YOMAIRA TORRADO PICON Identificado(a) con cédula de ciudadanía 26863375 realizó el día 17/02/2026 la Capacitación Módulo 2 - Riesgos en el puesto de trabajo y medidas de prevención de la entidad y aprobó la respectiva

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

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) YOMAIRA TORRADO PICON Identificado(a) con cédula de ciudadanía 26863375 realizó el día 17/02/2026 la Capacitación de protocolos de bioseguridad.

De acuerdo a lo establecido en la Resolución 666 de 2020 del ministerio de salud y protección y social, la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del SENA, mediante la cual se establece el protocolo de medidas generales y de bioseguridad para prevenir y mitigar la propagación del COVID-19, Circular 01-03-2020-000156 del 02 de septiembre del 2020 del Sena, mediante el cual se establece el alcance a la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) YOMAIRA TORRADO PICON Identificado(a) con cédula de ciudadanía 26863375 el día 16/02/2026 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

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

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

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

CER_AFI_2026019180168

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

YOMAIRA PICON TORRADO identificado con CC. 26863375 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	2026/02/20	**Fecha inicio contrato**	2026/02/09
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/12/12
Riesgo	1	**Código actividad económica**	1855101 - Formacion academica no formal, incluye la educacion que se ofrece con el objeto de complementar, actualizar,
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	-	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 19 días del mes de febrero del 2026.

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: **CC19022026Y26863375T10055792.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

YOMAIRA PICON TORRADO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **26.863.375**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Enero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

VALLEDUPAR, **25/01/2026**
CESAR,
COLOMBIA,
SENA CBC

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor YOMAIRA PICON TORRADO** con **Cédula de Ciudadanía** número **26863375**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**488451023771**
Fecha de apertura	**24/02/2025**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Sign.com Document ID: ad8748ab22 - Page 1/2

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BARRANCABERMEJA	**AGENCIA MANDATARIA BARRANCABERMEJA**	**56**	**56-44-101012337**	**0**

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
30	**01**	**2026**	**09**	**02**	**2026**	**00:00**	**09**	**04**	**2027**	**23:59**	**EMISION ORIGINAL**

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	PICON TORRADO, YOMAIRA		**CC: 26.863.375**
DIRECCIÓN: BARRIO EL LLANITO	CIUDAD: RIO DE ORO, CESAR	TELÉFONO:	3183269615

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
	SENA REGIONAL CESAR GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO		**NIT: 899.999.034-1**
DIRECCIÓN: CARRERA 19 ENTRE CALLE 14 Y 15	CIUDAD: VALLEDUPAR, CESAR	TELÉFONO	5711346

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:

LA SERIEDAD DE LA OFERTA PRESENTADA POR EL OFERENTE EN VIRTUD DE PROCESO DE CONTRATACION No CO1.PCCNTR.9280338 REFERENTE A PRESTAR SERVICIOS PERSONALES PARA IMPARTIR FORMACION, ASI COMO LA PLANEACION Y EVALUACION DE LOS RESULTADOS DE APRENDIZAJE DEFINIDOS EN LOS DISEÑOS CURRICULARES DE FORMACION TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA PRESENCIAL Y/O VIRTUAL ASIGNADOS, EN LAS DIFERENTES REDES DE CONOCIMIENTO Y AREAS TEMATICAS, PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS Y EL APRENDIZAJE DE LA POBLACION CAMPESINA, VULNERABLE, ETNICA Y COMUNITARIA - FORMACION REGULAR, EN EL CENTRO BIOTECNOLOGICO DEL CARIBE Y SUS MUNICIPIOS DE INFL

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	**09/02/2026**	**09/04/2027**	**$4,737,497.00**

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******22,013.00	$ *******8,000.00	$ *******5,702.00	$ **********35,715.00	$ ********4,737,497.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
AMAYA AGENCIA DE SEGUROS LTDA	194875	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

56-44-101012337

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Sign.com Document ID: ad8748ab22 - Page 2/2

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

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BARRANCABERMEJA	AGENCIA MANDATARIA BARRANCABERMEJA	56	56-44-101012337	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
30	01	2026	09	02	2026	00:00	09	04	2027	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	PICON TORRADO, YOMAIRA		CC: 26.863.375
DIRECCIÓN: BARRIO EL LLANITO	CIUDAD: RIO DE ORO, CESAR	TELÉFONO:	3183269615

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
	SENA REGIONAL CESAR GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO		NIT: 899.999.034-1
DIRECCIÓN: CARRERA 19 ENTRE CALLE 14 Y 15	CIUDAD: VALLEDUPAR, CESAR	TELÉFONO	5711346

ADICIONAL:

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

www.segurosdelestado.com
o 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 · pse · American Express · MasterCard · VISA

CORRESPONSALES BANCARIOS

Carulla · Super INTER · éxito · MOVIIRED · Gana Gana · SURTIMAX · Coopidrogas

PAGOS CON CONVENIO *No aplica para transferencias

Bancolombia Seguros del Estado Cuenta Convenio 47189

Banco de Bogotá Cambiando Contigo Seguros del Estado Cuenta Convenio 008465445

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******22,013.00	$ *******8,000.00	$ *******5,702.00	$ ************35,715.00	$ ********4,737,497.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
AMAYA AGENCIA DE SEGUROS LTDA	194875	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 12 # 49 A - 22 BARRIO COLOMBIA - TELEFONO: 3008461136 - BARRANCABERMEJA

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)11020400896269(3900)000000035715(96)20270209

REFERENCIA PAGO:
1102040089626-9

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

NIT. 860.009.578-6

Bogotá D.C, Bogotá D.C, 6 de Febrero del 2026

Señores
YOMAIRA PICON TORRADO
CC. 26863375
Bogotá D.C.

Ref. Constancia de pago

Mediante el presente **SEGUROS DEL ESTADO S.A** identificado con Nit. **860.009.578-6** hace constar la expedición de la siguiente póliza cuyo tomador es **YOMAIRA PICON TORRADO** con CC. 26863375.

Ramo	Cód. Sucursal-Cód. Ramo-N° de Póliza	Anexo	Valor
CU. ENTIDAD.EST.	56-44-101012337	0	$ 35.715,00

La póliza en mención se encuentra debidamente legalizada.

La presente constancia se expide a solicitud del interesado(a), en Bogotá D.C, a los 6 días del mes de Febrero de 2026

Atentamente,

Blair Edna Hernandez Vizcaino
Director de Cartera
www.segurosdelestado.com