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	**63013-342014**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ADALBERTO JOSE OSPINO CASTRO	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	7.144.305	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	ajospino@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	027270033973
IP/Nº de contacto:	3126348291	**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**	SI

¿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	SI
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:	9274319/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**14426**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: SERVICIOS PERSONALES PARA IMPARTIR FORMACIÓN, PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS Y EL APRENDIZAJE DE LA POBLACIÓN CAMPESINA, VULNERABLE, ÉTNICA Y COMUNITARIA - FORMACIÓN REGULAR, EN CBC Y MUNICIPIOS DE INFLUENCIA DPO DEL CESAR.

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		----------	Decreto1273de20	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.980.931,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.750.905	$ 0	Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 218.900	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 280.200	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL	II	$ 18.300	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
		$		Reteica - 8299 - VALLEDUPAR	0,00	0,000%
		$		-	0,00	0%
		$		-	0,00	0%
		$		-	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		$ -		Pro Universidad Popular del Cesar	15.792,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 837.984	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 37.927.505	$ 660.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0			Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$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

Ejecución de la formación titulada de acuerdo con la Guía de Orientaciones.

Atender los foros de dudas e inquietudes que son objeto de la formación.

Publicar anuncios que se consideren pertinentes para el buen desarrollo de la formación.

Encuentros virtuales semanales y/o de seguimiento a los aprendices.

Atender la totalidad de las fichas asignadas tanto de formación titulada como complementaria virtual.

Reuniones periódicas de los equipos ejecutores de la formación virtual.

Participación activa en todas las capacitaciones programadas en el uso del LMS institucional ZAJUNA.

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

ADALBERTO JOSE OSPINO CASTRO
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,

PABLO EMILIO CORREA PARRA
INSTRUCTOR G17

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

23/02/26 11:33:10 USUARIO: SIC - C.C. 7144305

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141176691805

(415)7707212489984(8020) 000014117669180 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 1 4 4 3 0 5	5	Impuestos de Barranquilla 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	7 1 4 4 3 0 5	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
OSPINO	CASTRO	ADALBERTO	JOSE

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0 1

41. Dirección principal
CARR 39 80 81 ED JERONIMO AP 603

42. Correo electrónico ospino_adalberto@yahoo.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
0 8 0 0 2 0	3 1 2 6 3 4 8 2 9 1	6 0 5 3 0 0 4 5 3 9

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
8 5 2 3	2 0 0 9 0 7 1 0	8 5 5 1	2 0 2 4 0 2 0 5		8 5 4 2	8 5 4 4	2 3 1 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

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

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre OSPINO CASTRO ADALBERTO JOSE

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

MEDICID
Salud Ocupacional IPS S.A.S.

HISTORIA AUDIOLÓGICA OCUPACIONAL
Audiometría

CIUDAD Y FECHA DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN			
22 (DIA)	01 (MES)	2026 (AÑO)	BARRANQUILLA (Ciudad)

TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL: Examen de Pre - Ingreso

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

Nombre de la Empresa	Centro de Trabajo - Sede
OS MÉDICOS, ADMINISTRATIVOS Y OPERATIVOS EN S.	BARRANQUILLA

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo documento de identificación: CC Cédula de Ciudadanía, CE Cédula de Extranjería, TI Tarjeta de Identidad, PT Pasaporte)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Documento de identificación Tipo	Número
OSPINO	CASTRO	ADALBERTO	JOSE	CC	7144305

Género	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Edad
● Masculino ○ Femenino	08 (DIA) 07 (MES) 1978 (AÑO)	SANTA MARTA	47 Años

INFORMACIÓN OCUPACIONAL CARGO ACTUAL /RETIRADO O A INGRESAR (Según información suministrada por el aspirante/ trabajador o que pueda tener el médico)

Fecha de Ingreso: (DIA) (MES) (AÑO)

Jornada de trabajo: ○ Diurno ○ Nocturno ○ Rotativo

Cargo	Sección
Docencia universitaria	

ANTECEDENTES PERSONALES

OTOLÓGICOS	SI	NO	OIDO
OTALGIA	○	●	
OTITIS	○	●	
OTORREA	○	●	
OTOTÓXICOS	○	●	
ACÚFENO	○	●	
PRURITO	○	●	
VÉRTIGO	○	●	
TINNITUS	○	●	
HIPOACUSIA	○	●	
SENSACIÓN DE OIDO TAPADO	○	●	
TRAUMA ACUSTICO	○	●	
CERUMEN	○	●	
PERFORACIÓN TIMPÁNICA	○	●	
OTROS	○	●	
¿Cual?			

PATOLÓGICOS	SI	NO
AFECCIÓN RENAL	○	●
PAROTIDITIS	○	●
TBC	○	●
DIABETES	○	●
HIPOTIROIDISMO	○	●
MENINGITIS	○	●
PALUDISMO	○	●
REUMATISMO	○	●
HIPERTENSION ARTERIAL	○	●
SARAMPIÓN	○	●
RUBEOLA	○	●
RINITIS - SINUSITIS	○	●
ALTERACIONES DE TIROIDES	○	●
OTROS	○	●
¿Cual?		

EXTRALABORALES	SI	NO
MÚSICA CON AUDÍFONOS	●	○
MÚSICA A ALTO VOLUMEN	○	●
TIRO AL BLANCO - POLÍGONO	○	●
SERVICIO MILITAR	○	●
DETONACIÓN - EXPLOSIÓN	○	●
DISCOTECA - BARES	○	●
INSTRUMENTO MUSICAL	○	●
MANOS LIBRES	○	●
MOTOCICLISMO	○	●
TEJO	○	●
BUCEO	○	●
OTROS	○	●
¿Cual?		

QUIRÚRGICOS	SI	NO		SI	NO
CIRUGÍA DE OIDO	○	●	TIMPANOPLASTIA	○	●
CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	○	●			

HEREDITARIOS	SI	NO	PARENTESCO
CONGÉNITO	○	●	
ADQUIRIDO	○	●	

Observaciones:

ANTECEDENTES OCUPACIONALES ○ Si ● No

Empresa	Cargo	Exp. Ruido	Horas	Días	Meses	Años	Proteccion Auditiva	Tipo de Protección
		○ S ○ N						
		○ S ○ N						
		○ S ○ N						
		○ S ○ N						

Descanso Auditivo: **12** Horas

OTOSCOPIA

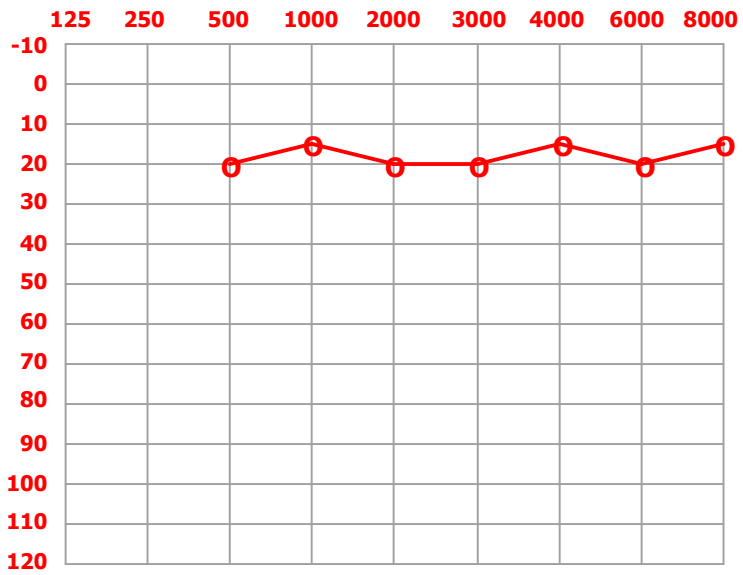
PABELLÓN AURICULAR	D	I	CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO	D	I	MEMBRANA TIMPÁNICA	D	I
NORMAL	●	●	NORMAL	●	●	NORMAL	●	●
ATRESIA	○	○	TAPÓN PARCIAL DE CERUMEN	○	○	PERFORADO	○	○
AGENESIA	○	○	TAPÓN TOTAL DE CERUMEN	○	○	OPACA	○	○
CICATRIZ	○	○	IRRITADO	○	○	NO SE VISUALIZA	○	○
OTROS	○	○	OTROS	○	○	OTROS	○	○

Observaciones:

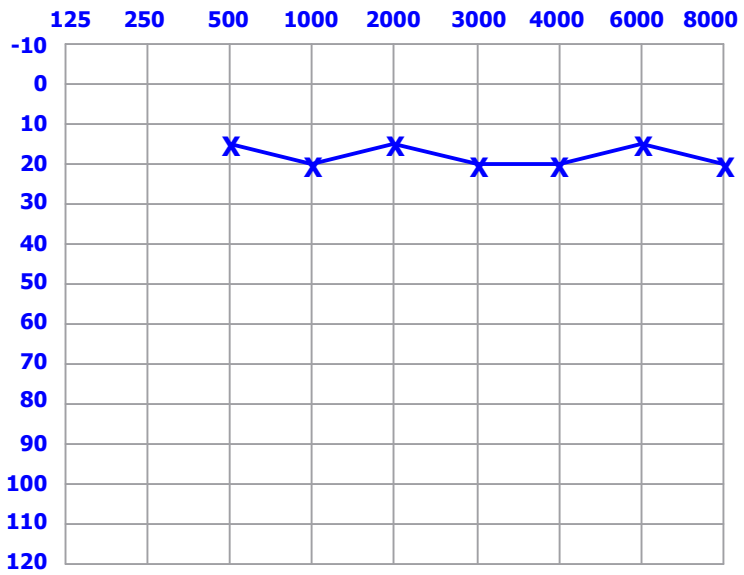
CLASIFICACIÓN LARSEN	
HNS GI	Alteración Umbral Auditivo = ó > 25 dB en una banda ALTA (3000, 4000 ó 6000 Hz)
HNS GII	Alteración Umbral Auditivo = ó > 25 dB dos o mas bandas de frecuencia Alta (> 2000 Hz)
HNS GIII	Alteración Umbral Auditivo = ó > 25 dB dos o mas bandas de frecuencia Alta y en una ó mas bandas de frecuencia Baja (< 2000 Hz)

SEVERIDAD	
NORMAL	< 10 dB
MÍNIMA	10 - 25 dB
LEVE	26 - 40 dB
MODERADA	41 - 55 dB
MODERADA SEVERA	56 - 70 dB
SEVERA	71 - 85 dB
PROFUNDA	> 85 dB

AUDIOGRAMA



Promedio (500 - 1000 - 2000 - 3000): 18,75 **dB**



Promedio (500 - 1000 - 2000 - 3000): 17,50 **dB**

DIAGNÓSTICO

1 AUDICION NORMAL BILATERAL	

Observaciones:

RECOMENDACIONES

Control: ○ 3 ○ 6 ○ 9 ● 12 Meses Valoración / Control ORL: ○ Si ● No utilizar Protección Auditiva: ○ Si ○ No

Observaciones: MANTENER BUENOS HABITOS Y CUIDADOS AUDITIVOS

CINDY PATRICIA MONTES PACHECO
Fonoaudiologo (a)

ADALBERTO JOSE OSPINO CASTRO
Trabajador C.C. 7144305

Medicina Laboral Continental SAS
Nit. 900.813.757-0
Cra 49C No. 80 - 125
Teléfono 3855689
Email: remisiones@laboralcontinental.com
Web: www.laboralcontinental.co

VISIOMETRIA

DATOS GENERAL

Tipo Evaluación realizada: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO
Fecha de evaluación: 20240118 10:06:32
Lugar de realización: Barranquilla - Atlántico
Orden servicio No.: 00117373
Nombre de la Empresa: PARTICULAR

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos: ADALBERTO JOSE OSPINO CASTRO
No. Identificación: CC 7144305
Genero (sexo): M **Edad:** 45 A **Teléfono:** 3126348291
Profesión: INGENIERO ELECTRICO



INFORMACION OCUPACIONAL DEL CARGO ACTUAL, RETIRADO O INGRESAR

Fecha de ingreso: 18/01/24 0:00 **Jornada de trabajo:** Diurna **Tipo jornada:** **Horas laboradas:**
Antiguedad en la empresa (meses): INGRESO **Antiguedad en el cargo (meses):**
Area empresa: Sin información **Sección:** Sin información
Cargo u Oficio: INSTRUCTOR

PRUEBA VISIOMETRIA

ORGANO / SISTEMA

Agudeza Visual	**Derecho**	**Hallazgo**	**Izquierdo**	**Hallazgo**
Visión lejos con corrección	20/25		20/30	
Visión lejos sin corrección	20/40		20/70	
Visión próxima con corrección	20/50		20/25	
Visión próxima sin corrección	20/50		20/25	

Vision de profundidad	**Derecho**	**Hallazgo**	**Izquierdo**	**Hallazgo**
Visión de profundidad	40/80%			

Complementaria	**Derecho**	**Hallazgo**	**Izquierdo**	**Hallazgo**
Foria horizontal (balance muscular)		3.0 DP ESO		
Foria vertical (balance muscular)		0.0 DP		
Vision de colores		NORMAL		
Visión de profundidad		40"80%		

RESULTADO DE LA PRUEBA

Resultado: Defecto de Refraccion vision lejos y cerca inadecuadamente corregido
Recomendación:
Observación:

Firma
Nombre: VIRGINIA MARIA ALCAZAR MONTIEL
Especialidad:
Registro No.: 080095

Firma paciente
ADALBERTO JOSE OSPINO CASTRO

Medicina Laboral Continental SAS
Nit. 900.813.757-0
Cra 49C No. 80 - 125
Teléfono 3855689
Email: remisiones@laboralcontinental.com
Web: www.laboralcontinental.co

CONCEPTO DE APTITUD

Paciente: ADALBERTO JOSE OSPINO CASTRO
Identificación: CC 7144305
Sexo: M Fecha de Nacimiento: 1978-07-08 Edad: 45 A
Dirección CRA 39 N 80-81
Teléfono: 3126348291
Empresa: PARTICULAR
Empresa en misión: PARTICULAR
Actividad económica:
Talla (mts): 1.72 Peso (kg): 71.0 IMC: 24,00 Grupo Sanguineo: A +



EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

Orden No.: 00117373 Fecha apertura: 20240118 10:06:32
Fecha cierre: 20240118 15:08:47
Realizado en: Barranquilla - Atlántico

Cargo u Oficio: INSTRUCTOR

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

EXAMENES REALIZADOS

GLICEMIA,EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR,VISIOMETRIA,PRUEBA PSICOLOGICA

RECOMENDACIONES LABORALES

Uso de lentes formulados según indicaciones de optómetra.
Seguir normas de seguridad y salud establecidas por la empresa.
Cumplir con los protocolos de bioseguridad aplicable al proceso productivo.

MANEJO POR EPS

Valoración médica no prioritaria en su centro de atención por hallazgo en pared abdominal.
Valoración por optometría en su centro de atención para formulación de lentes correctivos.

RESTRICCIONES LABORALES

CONCEPTO DE APTITUD: EXAMEN MEDICO SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: JULIETH FUENMAYOR ALTAHONA
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Licencia S.O.: 6833 DE 2018 Registro No.: RESOLUCION 1364 DE 2014

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 7144305

PACIENTE: OSPINO CASTRO ADALBERTO JOSE
INGRESO: 2024-01-18 10:06
MEDICO: PARTICULAR SALUD OCUPACIONAL
HISTORIA: CONFI7144305
TELEFONO: 3126348291
SEDE: SEDE CENTRO MEDICO CONTINENTAL
EMPRESA: CONFI MEDICINA LABORAL CONTINENTAL SAS

Orden No.:1185019
EDAD: 45 Años
FECHA NACIMIENTO: 1978-07-08
SEXO: Masculino

Fecha Hora Impresion: 2024-01-18 16:19

Examen	Resultado	Unidades	Intervalo Biologico de Referencia	Fecha Validacion
		BIOQUIMICA		
GLICEMIA	**88.0**	**mg/dl**	70.0 - 100.0	18/01/2024 13:23:14

Actualización de valores de referencia noviembre 9 2021.

Resultado Aprobado Por:
Dra. JENNIFFER RODRIGUEZ PESTANA
CC: 1129567293

Profesional en Salud Responsable:

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
ÁREA DE SALUD OCUPACIONAL
INFORME DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA
PARA INGRES0

FI-VI-V6
2022

DATOS GENERALES			
FECHA	18/01/2024	**IPS**	**MEDICINA LABORAL CONTINENTAL**
DATOS DE LA EMPRESA			
RAZÓN SOCIAL	PARTICULAR		

El presente registro de huella de índice derecho se tomó durante la valoración psicológica, permitiendo constatar la identidad del sujeto y mediante la cual se da consentimiento por parte del trabajador para responder a la siguiente valoración.

DATOS DEL TRABAJADOR					
NOMBRES Y APELLIDOS	**ADALBERTO JOSE OSPINO CASTRO**			**EDAD**	45 AÑOS
ESTADO CIVIL	UNION LIBRE	**SEXO**	MASCULINO	**DOCUMENTO**	7144305
CARGO	INSTRUCTOR	**NIVEL EDUCATIVO**	PROFESIONAL	**CIUDAD**	BARRANQUILLA

OBSERVACIONES Y DATOS RELEVANTES DE LA ENTREVISTA SEMISTRUCTURADA.

CONDICIONES DE RIESGO.

Condiciones de alto riesgo:			
	Negativo	***Positivo***	**Profundización.**
Antecedentes de actividades de alto riesgo.	x		
Antecedentes de actividades de fatiga física o mental.	x		
Antecedentes de estrés laboral.	x		
Antecedentes disciplinarios.	X		
Antecedentes de despido por justa causa.	X		
Antecedentes de incidentes o accidentes laborales.	X		

ANTECEDENTES PSICOPATOLÓGICOS Y MEDICOS REPORTADOS:

	Negativo	***Positivo***	**Profundización.**
Antecedentes médicos relevantes.	X		
Antecedentes quirúrgicos relevantes.	X		
Antecedentes psicopatológicos.	X		
Antecedentes psiquiátricos.	X		
Consumo actual de medicamentos.	X		

RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS CLÍNICAS.

Presencia de indicadores sugestivos de signos o síntomas de:			
	Negativo	***Positivo***	**Profundización.**
Ansiedad.	X		
Depresión.	X		
Conductas que permitan presumir presencia en el consumo perjudicial o dependencia de:			
	Negativo	***Positivo***	**Profundización.**
SPA	X		
Bebidas Alcohólicas.	X		

RESULTADOS DE PRUEBA NEUROPSICOLÓGICA.

	Negativo	***Positivo***	**Profundización.**
Atención.	X		
Orientación Temporal.	X		
Orientación Espacial.	X		
Memoria de Fijación.	X		
Memoria de Evocación.	X		
Cálculo.	X		
Lenguaje.	X		

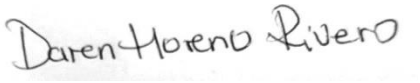
RESULTADOS DE PRUEBAS DE PERSONALIDAD.

	PARAMETROS NORMALES	***PARAMETROS ANORMALES***
Extroversión	X	
Conciencia de los Demás	X	
Responsabilidad	X	
Equilibrio Emocional	X	
Apertura a la Experiencia	X	

RECOMENDACIONES PARA MEDICO OCUPACIONAL.

SIN RECOMENDACIÓN

CONSENTIMIENTO DEL TRABAJADOR PARA RESPONDER A LA SIGUIENTE VALORACIÓN: Acepto responder de manera libre y voluntaria a la entrevista psicológica Clínica – Ocupacional, tamizaje clínico y neurocognitivo, que me serán realizado como parte de la valoración psicológica ocupacional de ingreso, igualmente doy fe que toda la información que he suministrado es veraz y que soy consciente que esta valoración busca evaluar e identificar riesgos para el desempeño de mi trabajo. Brindo autorización para realizar el análisis de la información que suministre, la generación del reporte respectivo y que estos podrán ser entregados a las entidades o personas autorizadas legalmente.

	La presente valoración es realizada por el profesional de la psicología Daren Liyen Moreno Rivero Identificado con tarjeta profesional N° 240799registrada en el Colegio Colombiano de Psicología.
FIRMA Y DATOS DEL PSICÓLOGO EVALUADOR	

ATMA PSICOLOGÍA S.A.S, en cumplimiento de lo definido por la Ley 1581 de 2012, el Decreto Reglamentario 1377 de 2013 y nuestra política de protección de datos personales, le informa que los datos personales que usted suministre en virtud de la eventual prestación de nuestros servicios serán tratados mediante el uso y mantenimiento de medidas de seguridad técnicas, físicas y administrativas a fin de impedir que terceros no autorizados accedan a los mismos.

El responsable del tratamiento de sus datos personales es ATMA PSICOLOGÍA S.A.S, los recogerá a través de la presente entrevista, aplicación de pruebas psicotécnicas y serán usados para: (i) cumplir con obligaciones derivadas de una relación jurídica que se tenga con usted o se llegase a tener; (ii) cumplir con obligaciones de salud y otras obligaciones legales; (iii) orientarlo en tratamientos psicológico, terapias y calidad de vida; (iv) dar un concepto de salud mental a la empresa que solicita la presente valoración, (v) recolectar, almacena y consolidar la información suministrada. Usted tendrá derecho de acceder, rectificar y actualizar esa información.

Leído lo anterior, AUTORIZO de manera previa, explícita e inequívoca a ATMA PSICOLOGÍA S.A.S, el tratamiento de los datos personales suministrados por mi persona dentro de las finalidades legales, contractuales y las aquí contempladas. Declaro que soy el titular de la información aquí reportada y que la misma ha sido suministrada de forma voluntaria siendo la misma completa, confiable, veraz, exacta y verídica.

Hace constar:

Que el Sr(a) ADALBERTO JOSE OSPINO CASTRO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 7144305 realizó el día 17/02/2026 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 ADALBERTO JOSE OSPINO CASTRO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 7144305 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) ADALBERTO JOSE OSPINO CASTRO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 7144305 realizó el día 17/02/2026 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la

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) ADALBERTO JOSE OSPINO CASTRO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 7144305 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

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) ADALBERTO JOSE OSPINO CASTRO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 7144305 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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) ADALBERTO JOSE OSPINO CASTRO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 7144305 el día 17/02/2026 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

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

ADALBERTO JOSE OSPINO CASTRO identificado con CC. 7144305 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	2026/02/09	**Fecha inicio contrato**	2026/02/09
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/12/09
Riesgo	2	**Código actividad económica**	2015001 - EXPLOTACION MIXTA (AGRICOLA Y PECUARIA), INCLUYE LA EXPLOTACION MIXTA DE CULTIVOS Y ANIMALES SIN
Estado afiliación	Activo		
Fecha retiro		**Estado del contrato**	Activo

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

APO_13_2_2_FR01 V_08

MIS_4_1_3_FR15 v_010

Esta certificación se expide a los 17 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: **CC17022026A7144305O9529094.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Adalberto Jose Ospino Castro, identificado(a) con CC número 7144305, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 7144305
NOMBRES Y APELLIDOS	Adalberto Jose Ospino Castro
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	08/07/1978
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/01/2018
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	154 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	51 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/01/2018
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

Generado por interfaces 20/01/2026

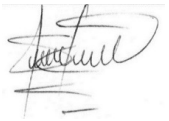
ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ADALBERTO JOSE OSPINO CASTRO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **7144305,** se encuentra afiliado/a desde **17/07/2006** 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 20 de enero de 2026.



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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BARRANQUILLA, **20/01/2026**
ATLANTICO,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor ADALBERTO JOSE OSPINO CASTRO** con **Cédula de Ciudadanía** número **7144305**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**027270033973**
Fecha de apertura	**18/09/2009**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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
VALLEDUPAR	**AGENCIA VALLEDUPAR**	**47**	**47-46-101033938**	**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**	**30**	**01**	**2026**	**00:00**	**09**	**04**	**2027**	**23:59**	**EMISION ORIGINAL**

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	OSPINO CASTRO, ADALBERTO JOSE		**CC: 7.144.305**
DIRECCIÓN: CR 39 NRO. 80 - 81 ED JERONIMO AP 603	CIUDAD: BARRANQUILLA, ATLANTICO	TELÉFONO:	3126348291

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
	SENA REGIONAL CESAR GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO		**NIT: 899.999.034-1**
DIRECCIÓN: KM 7 VIA LA PAZ CENTRO BIOTECNOLOGICO DEL CARIBE	CIUDAD: VALLEDUPAR, CESAR	TELÉFONO	5822057

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.9274319 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES PARA IMPARTIR FORMACION, ASI COMO LA PLANEACION Y EVALUACION DE LOS RESULTADOS DE APRENDIZAJE DEFINIDOS EN LOS DISENOS CURRICULARES DE FORMACIÓN 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 POBLACIÓN 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	**30/01/2026**	**09/04/2027**	**$4,737,497.00**

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******22,532.00	$ *******8,000.00	$ *******5,801.00	$ **********36,333.00	$ ********4,737,497.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
MARIA MARGARITA ARAUJO NUNEZ	163746	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 CALLE 15 NO. 11A-56 L101 - TELEFONO: 5858302 - VALLEDUPAR

47-46-101033938

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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
VALLEDUPAR	AGENCIA VALLEDUPAR	47	47-46-101033938	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	30	01	2026	00:00	09	04	2027	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
OSPINO CASTRO, ADALBERTO JOSE	CC: 7.144.305

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO:
CR 39 NRO. 80 - 81 ED JERONIMO AP 603	BARRANQUILLA, ATLANTICO	3126348291

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:	IDENTIFICACIÓN
SENA REGIONAL CESAR GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO	NIT: 899.999.034-1

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO
KM 7 VIA LA PAZ CENTRO BIOTECNOLOGICO DEL CARIBE	VALLEDUPAR, CESAR	5822057

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 · MOVIRED · Gana Ganas · SURTIMAX · Coopidrogas

PAGOS CON CONVENIO *No aplica para transferencias

Bancolombia — Seguros del Estado Cuenta Convenio 47189

Banco de Bogotá — Seguros del Estado Cuenta Convenio 008465445

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL
$ ******22,532.00	$ *******8,000.00	$ *******5,801.00	$ ***********36,333.00	$ ********4,737,497.00

INTERMEDIARIO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.
MARIA MARGARITA ARAUJO NUNEZ	163746	100.00

DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE COMPAÑÍA	% PART.	VALOR ASEGURADO

PLAN DE PAGO CONTADO

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 LA EXPEDICIÓN

FORMA DE PAGO

BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

DEL ESTADO S.A. ES CALLE 15 NO. 11A-56 L101 - TELEFONO: 5858302 - VALLEDUPAR

(415)7709998021167(8020)11015201931603(3900)000000036333(96)20270130

REFERENCIA PAGO:

1101520193160-3

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

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

Hacemos constar, que la póliza Nº 101033938, anexo 0, no expirara por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

Lo anterior de conformidad con lo establecido en el decreto 1082 de 2015 el cual regula las garantías ante entidades estatales

Dado en VALLEDUPAR a los 30 días del mes de ENERO de 2026

47-46-101033938

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860009578-6
RECIBO DE CAJA N° 66917754

Expedido en	Sucursal	Código Sucursal	Fecha de Pago	Clave	Intermediario
BOGOTA, D.C.	OFICINA PRINCIPAL	1	30/01/2026	163746	MARIA MARGARITA ARAUJO NUNEZ

Tomador:	ADALBERTO JOSE OSPINO CASTRO	**NIT/CC** 7144305
Suma de:	TREINTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE.******	
Pagador:	OLIVIA CABALLERO	**NIT/CC** 39098173
Por concepto de:	APLICACION PORTAL DE RECAUDOS #377977863	

Suc-Ramo-Póliza-Endoso-Cuota	Prima	Gasto	IVA	Runt	Valor
47-AGENCIA VALLEDUPAR-46-CU. ENTIDAD.EST.ONL-101033938-0-1	$22.532,31	$8.000,00	$5.801,13	$0,00	$36.333,44

Otros conceptos de pago	Valor
CUENTA PUENTE INTERSUCURSALES	$36.333,00
APROVECHAMIENTOS	$-0,44

Forma de pago

Ahorro:	$0,00		
		Corriente:	$0,00
		Tarjeta:	$0,00
		Otro:	$0,00
Transacción:	17935024	**Total:**	**$36.333,00**
		Cajero:	PAGUESTADO