



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)

DIRECCIÓN GENERAL  
SENA FONDO EMPRENDER

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

Código Regional	1
Código Centro	505255
Fecha Elaboración	Diciembre de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	97178-194053

DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos:	DIEGO MAURICIO ROA MARTINEZ	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	91.472.391	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	droamartinez@gmail.com	Número de Cuenta:	81400000684
IP/Nº de contacto:		Presta Servicios Excluidos de IVA:	SI
Inducción SST:	SI	Pertenece al régimen simple de tributación:	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Es declarante de renta por el año gravable 2024	SI
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?			NO
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000			SI
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a \$164.336.700 (debe registrarse como responsable del IVA)			NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?			NO
Concepto del pago corresponde a:			Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.			0,00%

DATOS DEL CONTRATO			
Nº del contrato:	8407700/2025	Nº Compromiso SIIF	13625
		Número de pagos durante la vigencia del contrato	3
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONALES:01-9-2025-096660,PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA LA EVALUACIÓN DE LOS PLANES DE NEGOCIO ASIGNADOS POR EL FONDO EMPRENDER, VALIDANDO EL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES TÉCNICAS Y CRITERIOS ESTABLECIDOS DE A		

DATOS PERIODO DEL PAGO			
Mes:	Octubre	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 17.600.000
Número de pago	1	Valor Total del Contrato:	\$ 17.600.000
Valor Bruto Pago:	\$ 2.640.000,00	Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 14.960.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 2.640.000	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 2.640.000</b>	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 1.688.900</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
	Octubre	Setiembre	Base retención en la fuente a título de RENTA	1.688.900,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	NA	Base retención en la fuente a título de ICA	2.518.200,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 427.050	\$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 53.400	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 68.400	\$ 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	\$ 2.300	\$ 0	Reteica - 8299 - BOGOTÁ	24.326,00	0,966%
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	\$ 264.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 796.784	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 9.835.302	\$ 563.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 0		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$		<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$2.615.674,00</b>	

SON: DOS MILLONES SEISCIENTOS QUINCE MIL SEISCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Verificar las condiciones del plan de negocios, indicadas en la normatividad del Fondo Emprender y en los Términos de referencia.
Aplicar la metodología de manera diferencial según las modalidades de financiación: Creación y Fortalecimiento.
Informar al SENA respecto a los planes de negocios asignados para la evaluación que no cumplan con los criterios mínimos de acreditación
Cumplir con tiempos establecidos por el SENA, para la entrega de los productos del proceso de evaluación
Informar al SENA de cualquier situación adversa o de falsedad, delito, información inexacta, plagio, que se identifique en el plan de
Participar activamente en sesiones de seguimiento, reuniones de coordinación y jornadas de revisión con la Coordinación Nacional de Em
Asegurar el cumplimiento de plazos y cronogramas definidos, incluyendo los tiempos de respuesta a observaciones presentadas por empre

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	
	<b>DIEGO MAURICIO ROA MARTINEZ EL CONTRATISTA</b>

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:	<u>Autorizo</u> el presente pago. El Supervisor,
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.	
	<b>JOHN JAIRO LORA PINZON ASESOR G03</b>

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**  
**ELSA AURORA BOHORQUEZ VARGAS**  
**DIRECTORA DE EMPLEO Y TRABAJO**



**iPan Panaderia**  
 Diego Mauricio Roa Martínez - NIT 91472391-0  
 Carrera 41 # 46 - 112, Bucaramanga, Santander, C.P. 680002  
 Tel: +573112643264  
 panaderiaipan@gmail.com ;

FACTURA ELECTRÓNICA DE  
 VENTA

**No. DG1048**  
 No responsable de IVA

<b>SEÑOR(ES)</b> SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	<b>FECHA DEL DOCUMENTO (DD/MM/AA)</b>
<b>DIRECCIÓN</b> calle 57 # 8 - 69, Colombia, Bogotá, D.C., Bogotá D.C.	27/12/2025
<b>TELÉFONO</b> 5461500	<b>FECHA DE VENCIMIENTO</b>
<b>NIT</b> 899999034-1	27/12/2025

ID	Ítem	Unidad	Precio	Cantidad	Descuento	Total
1	Prestar los servicios profesionales especializados para la evaluación de los planes de negocio asignados por el Fondo Emprender, validando el cumplimiento	Servicio	\$2.640.000	1		\$2.640.000



Moneda: COP  
 Generado: 2025-12-27 08:54:04-05:00  
 Validación DIAN: 2025-12-27 08:55:05-05:00  
 Tipo de operación: Estándar  
 Forma de pago: Contado  
 Medio de pago: Transferencia débito

#\$36-02-00-001-0000;O1.PCCNTR.8407700;jjlorap@sena.edu.co#\$

**CUFE: ff2a84e68966d425191351df94eb4db3992a3d280e2ff470e2abbbf6f502e37f635a5237c001a5e3b31fe5d6ed35b0e45**

Esta factura se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio de conformidad con el Art. 774 del código de comercio. Autorizo que en caso de incumplimiento de esta obligación sea reportado a las centrales de riesgo, se cobraran intereses por mora.

Subtotal	\$2.640.000
<b>Total</b>	<b>\$2.640.000</b>

**Total de líneas: 1**

ELABORADO POR

ACEPTADA, FIRMA Y/O SELLO Y FECHA

Autorización de numeración de facturación N° 18764098684482 de 2025-09-16 Modalidad Factura Electrónica Desde N° DG1041 hasta DG1300 con vigencia hasta 2026-03-16

**Representación gráfica de factura de venta electrónica**

Proveedor tecnológico: Soluciones Alegria S.A.S - Software: Alegria - NIT 900.559.088-2

## 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 Diego Mauricio Roa Martinez, identificado(a) con CC número 91472391, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 91472391
NOMBRES Y APELLIDOS	Diego Mauricio Roa Martinez
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
PARENTESCO	Conyuge
FECHA DE NACIMIENTO	31/07/1974
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	18/07/2003
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	382 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	47 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/04/2013
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

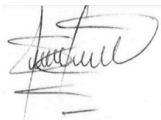
CEDULA DE CIUDADANIA 91472391 Trabajador Independiente  
Desde 08/09/2025 - Vigente N.I.T. 890208727 U T S Desde  
22/02/2025 - Vigente N.I.T. 860012357 UNIVERSIDAD SANTO  
TOMAS Desde 08/02/2024 Hasta 30/11/2024 CEDULA DE  
CIUDADANIA 91472391 DIEGO MAURICIO ROA MARTINEZ  
Desde 01/05/2024 Hasta 31/12/2024

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **DIEGO MAURICIO ROA MARTINEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **91472391**, se encuentra afiliado/a desde **01/12/2015** 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 06 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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

## CERTIFICA QUE:

DIEGO MAURICIO ROA MARTINEZ identificado con CC. 91472391 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

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

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
<b>Fecha de inicio de cobertura</b>	2025/10/22	<b>Fecha inicio contrato</b>	2025/10/22
<b>Tipo de vinculación</b>	Independiente con Contrato	<b>Fecha de fin contrato</b>	2025/12/21
<b>Riesgo</b>	1	<b>Código actividad económica</b>	1702001 - ACTIVIDADES DE CONSULTORIA DE GESTION, INCLUYE ASESORIA, ORIENTACION Y ASISTENCIA OPERACIONAL A EMPRESAS
<b>Estado afiliación</b>	Activo	<b>Estado del contrato</b>	Activo
<b>Fecha retiro</b>			

Esta certificación se expide a los 20 días del mes de diciembre del 2025.

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

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC20122025D91472391R1710293**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

**POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS**

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

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

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

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

LA ASEGURADORA  
DE TODOS LOS  
COLOMBIANOS

Bogotá, 15 de diciembre de 2025

Señor(a)

**Jhon Jairo Lora Pinzón**

Supervisora Contrato No. CO1.PCCNTR.8407700

Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA

Cordial saludo,

Me permito informar que, para el primer informe de pago presenté la respectiva afiliación a salud, pensión y ARL, en cumplimiento de los requisitos contractuales establecidos.

Asimismo, comunicó que la planilla de aportes se presentará mes vencido, siguiendo el siguiente cronograma:

- En noviembre, el pago correspondiente al mes de octubre.
- En diciembre, los pagos correspondientes a los meses de noviembre y diciembre, con el fin de cumplir con el cierre contractual.

Agradezco su atención y quedo atenta a cualquier observación o instrucción adicional.

Atentamente,



FIRMA

**Diego Mauricio Roa Martínez**

CC. 91.472.391

Contrato No. CO1.PCCNTR. 8407700

# Certificación Bancaria

Sábado, 06 de diciembre de 2025

A quien le interese

Bancolombia S.A. se permite informar que DIEGO MAURICIO ROA MARTINEZ identificado(a) con CC 91472391, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta de ahorros	81400000684	2020-08-31	Activo	*****

**\*Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

\*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.  
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a [correosospchoso@bancolombia.com.co](mailto:correosospchoso@bancolombia.com.co)

CIUDAD DE EXPEDICIÓN: BOGOTA, D.C.			SUCURSAL: ANTIGUO COUNTRY			COD. SUC: 21		NO. PÓLIZA: 21-46-101122215		ANEXO: 0	
FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:		VIGENCIA HASTA:		A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
17	10	2025	14	10	2025	00:00	05	04	2026	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: ROA MARTINEZ DIEGO MAURICIO			CIUDAD: BUCARAMANGA - SANTANDER			IDENTIFICACIÓN: C.C. :91,472,391		
DIRECCIÓN: CR 24 CL 30 51 AP 702			TELÉFONO: 3112643264					

ASEGURADO/BENEFICIARIO: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			CIUDAD: BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL			IDENTIFICACIÓN: NIT. :899,999,034-1		
DIRECCIÓN: CALLE 57 8 69			TELÉFONO: 5461500					
ADICIONAL:								

**OBJETO DEL SEGURO**

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

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.8407700 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: 1\_5055\_94\_2025 PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA LA EVALUACIÓN DE LOS PLANES DE NEGOCIO ASIGNADOS POR EL FONDO EMPRENDER, VALIDANDO EL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES TÉCNICAS Y CRITERIOS ESTABLECIDOS DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE APLICABLE.

AMPAROS				
RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS	AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
	CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	14/10/2025	05/04/2026	\$ 1,760,000.00
ACLARACIONES:				

VALOR PRIMA NETA:	GASTOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
\$ 20,000.00	\$ 8,000.00	\$ 5,320.00	\$ 33,320.00	\$ 1,760,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
FORWARD INSURANCE LTDA	194691	100,00			

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

PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 83 NO 19-10 - TELÉFONO: 4590601 - BOGOTA, D.C.

*(Firma Autorizada)*



*(Firma Tomador)*

21-46-101122215  
FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Finanzas

FIRMA TOMADOR



FECHA				
CONTADO				
RECIBIMOS DE:	ROA MARTINEZ DIEGO MAURICIO	C.C. C.C. :91,472,391		
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE			
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 21-46-101122215			
	SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA VALOR
	ANTIGUO COUNTRY - CU. ESTATAL - 101122215 - 0 - 0	\$ 20,000.00	\$ 8,000.00	\$ 5,320.00 \$ 33,320.00
FORMA DE PAGO				
INTERMEDIARIO:	FORWARD INSURANCE LTDA - 194691	EFECTIVO:		\$ 33,320.00
		CHEQUE:		\$ 0.00
		TARJETA:		\$ 0.00
		BD:		\$ 0.00
		OTROS:		\$ 0.00
		TOTAL:	\$ 33,320.00	
		CAJERO: RAPIESTADO		

ORIGINAL

FECHA				
CONTADO				
RECIBIMOS DE:	ROA MARTINEZ DIEGO MAURICIO	C.C. C.C. :91,472,391		
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE			
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 21-46-101122215			
	SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA VALOR
	ANTIGUO COUNTRY - CU. ESTATAL - 101122215 - 0 - 0	\$ 20,000.00	\$ 8,000.00	\$ 5,320.00 \$ 33,320.00
FORMA DE PAGO				
INTERMEDIARIO:	FORWARD INSURANCE LTDA - 194691	EFECTIVO:		\$ 33,320.00
		CHEQUE:		\$ 0.00
		TARJETA:		\$ 0.00
		BD:		\$ 0.00
		OTROS:		\$ 0.00
		TOTAL:	\$ 33,320.00	
		CAJERO: RAPIESTADO		

COPIA

**PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES  
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.21-46-101122215**

**1. AMPAROS.**

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

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

**1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.**

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

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

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

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

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

**1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.**

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

**1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.**

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

**1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.**

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

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

**OBLIGACIONES SURGIDAS DEL CONTRATO AMPARADO POR LA GARANTÍA.**

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

EL AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES DE NATURALEZA LABORAL, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS QUE SE LE OCACIONEN, A RAÍZ DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES A QUE ESTÉ OBLIGADO EL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO AMPARADO EN EL TERRITORIO NACIONAL.

ESTA GARANTÍA NO SE APLICARÁ PARA LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN EN SU TOTALIDAD FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL POR PERSONAL CONTRATADO BAJO UN RÉGIMEN JURÍDICO DISTINTO AL NACIONAL.

**1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.**

EL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE GENEREN COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, PRESENTADOS EN LA OBRA ENTREGADA Y RECIBIDA A SATISFACCIÓN DE DICHA ENTIDAD ESTATAL O SUS REPRESENTANTES, CUYA CAUSA SEA IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO.

**1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO**

EL AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO, QUE SE OCACIONEN CON POSTERIORIDAD A LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, Y QUE SE DERIVEN DE LA DEFICIENTE CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO.

EN LOS CONTRATOS DE INTERVENTORIA, LA VIGENCIA DE ÉSTE AMPARO DEBE SER IGUAL AL PLAZO DE LA GARANTÍA DE ESTABILIDAD DEL CONTRATO PRINCIPAL EN CUMPLIMIENTO DEL PARAGRAFO DEL ARTÍCULO 85 DE LA LEY 1474 DE 2011.

**1.8 CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADOS.**

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA, SUFRIDOS POR LA DEFICIENTE CALIDAD E INCORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES QUE RECIBE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO GARANTIZADO.

**2. EXCLUSIONES.**

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

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

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

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

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

### 3. SUMA ASEGURADA.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1079 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO NO ESTARÁ OBLIGADO A RESPONDER SI NO HASTA CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA EN CASO DE SINIESTRO, DETERMINADA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA PARA CADA AMPARO.

### 4. VIGENCIA.

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, SE HARÁ BAJO LOS LINEAMIENTOS DEL DECRETO 1082 DE 2015 Y CONSTARÁN EN LA CARÁTULA DE LA MISMA O EN SUS ANEXOS.

### 5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

PARA HACER EFECTIVOS CUALQUIERA DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR SEGURESTADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DEBERÁ GARANTIZAR EL DEBIDO PROCESO DE SEGURESTADO Y EL CONTRATISTA, MEDIANTE EL AGOTAMIENTO DEL PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011 O LAS NORMAS QUE LO SUSTITUYAN O MODIFIQUEN.

LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LE CORRESPONDERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y ACREDITAR LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA SI FUERE EL CASO.

EL PROCEDIMIENTO QUE DEBERÁ SEGUIR LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PARA LA EFECTIVIDAD DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR ESTA PÓLIZA, SERÁ:

5.1 RESPECTO DEL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO QUE IMPONGA LA SANCIÓN PREVIAMENTE ESTABLECIDA POR LA OCURRENCIA DE UNO CUALQUIERA DE LOS EVENTOS PREVISTOS EN LA CONDICIÓN 1.1 DE ÉSTA PÓLIZA, Y DISPONGA LA EFECTIVIDAD DE ÉSTE AMPARO A SEGURESTADO.

5.2 EN CASO DE DECRETARSE LA CADUCIDAD, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL, ADEMÁS DE LA DECLARATORIA DE LA MISMA, HARÁ EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL O CUANTIFICARÁ EL MONTO DEL PERJUICIO, ORDENANDO SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO A SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.3 EN EL EVENTO DE IMPOSICIÓN DE MULTAS, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.4 EN LOS DEMÁS EVENTOS DE INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE, EN EL CUAL, ADEMÁS DE DECLARAR EL INCUMPLIMIENTO PROCEDERÁ A CUANTIFICAR EL MONTO DE LA PÉRDIDA O A HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL, ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ES LA RECLAMACIÓN PARA LA COMPAÑÍA DE SEGURO.

LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS EMITIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE QUE SEAN CONSTITUTIVOS O DECLARATIVOS DEL SINIESTRO, DEBERÁN ESTAR EJECUTORIADOS Y DEBIDAMENTE NOTIFICADOS, DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 87 DE LA LEY 1437 DE 2011.

### 6. COMPENSACIÓN.

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

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

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

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

### 8. PLAZO PARA EL PAGO.

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

### 9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

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

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

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

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

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

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

### 12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

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

### 13. COASEGURO

EN CASO DE EXISTIR COASEGURO, ESTO ES LA DISTRIBUCIÓN ENTRE VARIAS ASEGURADORAS DE DETERMINADO RIESGO, AL NO EXISTIR SOLIDARIDAD ENTRE LAS MISMAS, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN SE DISTRIBUIRÁ Y HARÁ EXIGIBLE ENTRE LOS COASEGURADORES, EN PROPORCIÓN A LAS CUANTÍAS DE SU RESPECTIVA PARTICIPACIÓN.



## Transacción Aprobada

Método de pago



Total pagado \$33.320,00  
Autorización / CUS 573364

Fecha de transacción 2025-10-20 09:16:13  
Recibo 41292

Dirección IP 181.55.21.117  
Código Respuesta 00

El comprobante será enviado a  
droamartinez@gmail.com

Total pagado S218216391-T103

**\$33.320,00** COP

Internet



Detalle del pago



Referencia

1089896

Fecha de solicitud

2025-10-20 09:14:20



El proceso ha finalizado hace menos de un minuto

Obtén ayuda en



notificacionesdepagop2p@segurosdelestado.com

Hecho por  placetopay  
by evertec



NIT. 860.009.578

Factura Electrónica  
De Venta

N°. 21G-1001154



Grandes Contribuyentes  
RESPONSABLES DE IVA  
Agente Retenedor de I.V.A.  
Código CIUU 6511

Fecha

17 | 10 | 2025

Hora

00:00:00

Somos Gran Contribuyente de ICA para Bogotá según Resolución  
Número DDI-023769 29 de noviembre de 2021.

Resolución Dían No. 18764088520035. Fecha de vigencia desde 2025/02/07 hasta  
2026/08/07 Con Prefijo 21G, Desde 842186 A 2000000.

Autoriza DE 842186 AL 2000000

Fecha validación Dian:2025/10/17 20:31:29

Razón Social: ROA MARTINEZ DIEGO MAURICIO

Cédula de ciudadanía: 91472391

Dirección: CR 24 CL 30 51 AP 702

Teléfono: 6570302

E-mail: PANADERIAIPAN@GMAIL.COM

No.	Cód Ramo Comercial	Descripción	Unidad	Cantidad	Valor Uni	Valor
1	46	POLIZA DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL ONLINE - 21 - 101122215 - 0	unidad	1	28.000,00	28.000,00
<b>Total</b>						<b>1</b>

Observaciones:

Valor en letras: SON: TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS  
VEINTE PESOS

Subtotal 28.000,00

Impoconsumo 0.00

IVA 5.320,00

**Total 33.320,00**

Firma Autorizada

Forma de Pago

Contado

Medio de Pago

Efectivo



Referencia pago  
1100514021894-0



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

**POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL**

**DECRETO 1082 DE 2015**

CIUDAD DE EXPEDICIÓN <b>BOGOTA, D.C.</b>			SUCURSAL <b>ANTIGUO COUNTRY</b>			COD.SUC <b>21</b>		NO.PÓLIZA <b>21-46-101122215</b>		ANEXO <b>2</b>	
FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO		VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO		A LAS HORAS		VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO		A LAS HORAS		TIPO MOVIMIENTO	
03 12 2025		14 10 2025		00:00		05 05 2026		23:59		ANEXO NO CAUSA PRIMA	

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

NOMBRE O RAZON SOCIAL <b>ROA MARTINEZ, DIEGO MAURICIO</b>								IDENTIFICACIÓN <b>CC: 91.472.391</b>			
DIRECCIÓN: <b>CR 24 CL 30 51 AP 702</b>						CIUDAD: <b>BUCARAMANGA, SANTANDER</b>				TELÉFONO: <b>6570302</b>	

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

ASEGURADO / BENEFICIARIO: <b>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</b>								IDENTIFICACIÓN NIT: <b>899.999.034-1</b>			
DIRECCIÓN: <b>KM 5 VIA GAIRA</b>						CIUDAD: <b>SANTA MARTA, MAGDALENA</b>				TELÉFONO <b>6720000</b>	
ADICIONAL:											

**OBJETO DEL SEGURO**

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

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. COL.PCCNTR.8407700 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: 1 5055 94 2025 PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA LA EVALUACIÓN DE LOS PLANES DE NEGOCIO ASIGNADOS POR EL FONDO EMPRENDER, VALIDANDO EL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES TÉCNICAS Y CRITERIOS ESTABLECIDOS DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE APLICABLE.

**AMPAROS**

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL	SUMA ASEG/ANTERIOR
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	14/10/2025	05/05/2026	\$ 1,760,000.00	\$ 1,760,000.00

**ACLARACIONES**

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO SE ACLARA PARA LOS ANEXOS 1,2 Y LOS DEMAS QUE LA DIRECCION DEL ASEGURADO ES CL 57 NO 8 69 BOGOTA.

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
\$ *****0.00	\$ *****0.00	\$ *****0.00	\$ *****0.00	\$ *****1,760,000.00	CONTADO
INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
FORWARD INSURANCE LTDA	194691	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 83 NO 19-10 - TELEFONO: 6-917963 - BOGOTA, D.C.

21-46-101122215

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas



*[Handwritten Signature]*

FIRMA TOMADOR

**POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL**

**DECRETO 1082 DE 2015**

CIUDAD DE EXPEDICIÓN BOGOTA, D.C.			SUCURSAL ANTIGUO COUNTRY			COD.SUC 21		NO.PÓLIZA 21-46-101122215		ANEXO 2	
FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO 03 12 2025			VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO 14 10 2025			A LAS HORAS 00:00		VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO 05 05 2026		A LAS HORAS 23:59	
TIPO MOVIMIENTO ANEXO NO CAUSA PRIMA											

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL ROA MARTINEZ, DIEGO MAURICIO								IDENTIFICACIÓN CC: 91.472.391			
DIRECCIÓN: CR 24 CL 30 51 AP 702						CIUDAD: BUCARAMANGA, SANTANDER			TELÉFONO: 6570302		

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

ASEGURADO / BENEFICIARIO: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE								IDENTIFICACIÓN NIT: 899.999.034-1			
DIRECCIÓN: KM 5 VIA GAIRA						CIUDAD: SANTA MARTA, MAGDALENA			TELÉFONO: 6720000		

ADICIONAL:

TEXTO ACLARATORIO

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 83 NO 19-10 - TELEFONO: 6-917963 - BOGOTA, D.C.

21-46-101122215

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

DLF194691A



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

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

Hacemos constar, que la póliza N° 101122215, anexo 2, no expirara por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

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

Dado en BOGOTA, D.C. a los 03 días del mes de DICIEMBRE de 2025

21-46-101122215

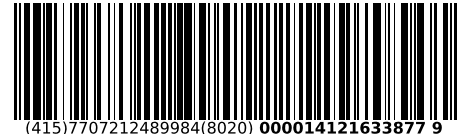
FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

Expedido en	Sucursal	Código Sucursal	Fecha de Pago	Clave	Intermediario
BOGOTA, D.C.	OFICINA PRINCIPAL	1	02/12/2025	194691	FORWARD INSURANCE LTDA
<b>Tomador:</b>	DIEGO MAURICIO ROA MARTINEZ				<b>NIT/CC</b> 91472391
<b>Suma de:</b>	NUEVE MIL QUINIENTOS VEINTE PESOS M/CTE.*****				
<b>Pagador:</b>	DIEGO ROA				<b>NIT/CC</b> 91472391
<b>Por concepto de:</b>	APLICACION PORTAL DE RECAUDOS #198522274				
Suc-Ramo-Póliza-Endoso-Cuota	Prima	Gasto	IVA	Runt	Valor
21-ANTIGUO COUNTRY-46-CU. ENTIDAD.EST.ONL-101122215-1-1	\$4.000,00	\$4.000,00	\$1.520,00	\$0,00	\$9.520,00
Otros conceptos de pago					Valor
CUENTA PUENTE INTERSUCURSALES					\$9.520,00
Forma de pago					
AHORRO				<b>Ahorro:</b>	\$9.520,00
				<b>Corriente:</b>	\$0,00
				<b>Tarjeta:</b>	\$0,00
				<b>Otro:</b>	\$0,00
<b>Transacción:</b> 17714060				<b>Total:</b>	<b>\$9.520,00</b>
				<b>Cajero:</b>	PAGUESTADO

2. Concepto   Actualización de oficio

4. Número de formulario

141216338779



(415)7707212489984(8020) 000014121633877 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

9 1 4 7 2 3 9 1 0

6. DV

0

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Bucaramanga

14. Buzón electrónico

4

## IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

9 1 4 7 2 3 9 1

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Santander

6 8

30. Ciudad/Municipio

Bucaramanga

0 0 1

31. Primer apellido

ROA

32. Segundo apellido

MARTINEZ

33. Primer nombre

DIEGO

34. Otros nombres

MAURICIO

35. Razón social

36. Nombre comercial

IPAN PANADERIA

37. Sigla

## UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Santander

6 8

40. Ciudad/Municipio

Bucaramanga

0 0 1

41. Dirección principal

CR 24 CL 30 51 AP 702

42. Correo electrónico

panaderiaipan@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

6 5 7 0 3 0 2

45. Teléfono 2

3 1 1 2 6 4 3 2 6 4

## CLASIFICACIÓN

## Actividad económica

## Ocupación

## Actividad principal

46. Código

5 6 1 3

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 2, 1 1, 3 0

## Actividad secundaria

48. Código

8 5 6 0

49. Fecha inicio actividad

2 0 0 5, 0 2, 0 8

## Otras actividades

50. Código

1 2

51. Código

2 3 1 1

52. Número establecimientos

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	5	0	5	2																

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

50 - No responsable de Consumo restauran

52 - Facturador electrónico

## Usuarios aduaneros

## Exportadores

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

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:

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:

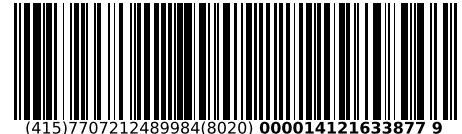
984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

141216338779



(415)7707212489984(8020) 000014121633877 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

9 1 4 7 2 3 9 1 0

6. DV

0

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Bucaramanga

14. Buzón electrónico

4

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza

63. Formas asociativas

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

65. Fondos

66. Cooperativas

67. Sociedades y organismos extranjeros

68. Sin personería jurídica

69. Otras organizaciones no clasificadas

70. Beneficio

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

Documento	1. Constitución	2. Reforma		
71. Clase	0 9		82. Nacional	_____ %
72. Número	_____	_____	83. Nacional público	_____ %
73. Fecha	2 0 1 2, 1 1, 2 1	_____	84. Nacional privado	_____ %
74. Número de notaría	_____	_____	85. Extranjero	_____ %
75. Entidad de registro	0 3	_____	86. Extranjero público	_____ %
76. Fecha de registro	2 0 1 2, 1 1, 2 1	_____	87. Extranjero privado	_____ %
77. No. Matrícula mercantil	0 5 2 5 1 2 8 3 0 1	_____		
78. Departamento	6 8	_____		
79. Ciudad/Municipio	5	_____		
Vigencia				
80. Desde	_____	_____		
81. Hasta	_____	_____		

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

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

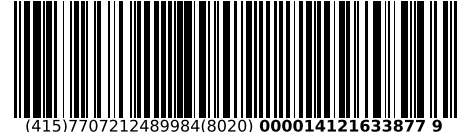
Vinculación económica

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

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

141216338779



(415)7707212489984(8020) 000014121633877 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV


12. Dirección seccional  
Impuestos y Aduanas de Bucaramanga

14. Buzón electrónico

4

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

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comerci 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de otros productos alimenticios n.c.p., en establecim 4 7 2 9
162. Nombre del establecimiento IPAN PANADERIA	
163. Departamento Santander 6 8	164. Ciudad/Municipio Bucaramanga 0 0 1
165. Dirección CR 41 46 112 LC 1 ED MULTIPARK	
166. Número de matrícula mercantil 2 5 1 2 8 4	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 0 8 0 8 2 8
168. Teléfono 6 5 7 0 3 0 2	169. Fecha de cierre 2 0 0 9 0 1 1 5
160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comerci 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de otros productos alimenticios n.c.p., en establecim 4 7 2 9
162. Nombre del establecimiento IPAN PANADERIA	
163. Departamento Santander 6 8	164. Ciudad/Municipio Bucaramanga 0 0 1
165. Dirección CR 41 46 112 LC 1 ED MULTIPARK	
166. Número de matrícula mercantil 2 5 1 2 8 4	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 2 1 1 2 1
168. Teléfono 6 5 7 0 3 0 2	169. Fecha de cierre
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

Fecha: 26/9/2025	Tipo de examen:	I	X	P		E	Otro: Cual:		
Nombres y Apellidos: DIEGO MAURICIO ROA MARTINEZ									
Ciudad: Bucaramanga				Departamento: Santander					
Doc. Identidad No: 91472391				Lugar de expedición: Bucaramanga					
Edad: 51 años	Sexo: F	M	X	Cargo: EVALUADOR DE PROYECTOS					
Empresa contratante: PARTICULAR									
Empresa usuaria: PARTICULAR									

Realizado el Examen Médico Ocupacional correspondiente, el(la) suscrito(a) médico(a) certifica que el(la) aspirante al cargo de: EVALUADOR DE PROYECTOS Empresa: PARTICULAR

No presenta Restricciones para el desempeño del cargo	<input checked="" type="checkbox"/>	Presenta Restricción que no limita su labor	<input type="checkbox"/>
Presenta Restricciones para el desempeño del cargo	<input type="checkbox"/>	Examen Periódico Satisfactorio	<input type="checkbox"/>
No presenta Restricciones para trabajo en alturas	<input type="checkbox"/>	Examen Periódico con Recomendación	<input type="checkbox"/>
Presenta Restricciones para trabajo en alturas	<input type="checkbox"/>	Examen de Egreso Normal Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Aplazado	<input type="checkbox"/>

Recomendaciones: SI  NO

Observaciones: SEGUIR PROTOCOLOS DE SST. USO DE EPP ADECUADOS AL CARGO. ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. HIGIENE POSTURAL Y PAUSAS ACTIVAS ENFOCADAS EN LOS GRUPOS MUSCULARES INVOLUCRADOS DURANTE SUS ACTIVIDADES DIARIAS.  
USO DE CORRECCION VISUAL

**EXÁMENES REALIZADOS**

Cuadro Hematico	<input checked="" type="checkbox"/>	Examen Médico Ocupacional con Enfasis Osteomuscular	<input checked="" type="checkbox"/>	Glicemia	<input checked="" type="checkbox"/>
Perfil Lipidico	<input checked="" type="checkbox"/>	Valoracion Psicologica	<input checked="" type="checkbox"/>	Visiometría	<input checked="" type="checkbox"/>
Anexo Cardiovascular	<input checked="" type="checkbox"/>				

El trabajador certifica que la información suministrada para efecto de la presente evaluación médica ocupacional es verídica y completa y que asiste de forma voluntaria; y manifiesta su consentimiento para la realización de las pruebas complementarias.



Dr. John I. Ramirez J.  
Especialista en salud Ocupacional  
RM 19410 - CC 91291130

JOHN ISNARDO RAMIREZ JUNIELES  
SALUD OCUPACIONAL R.M. 13978  
Lic. S.O N° 19410



FIRMA DEL PACIENTE

Se realiza atención al paciente bajo directrices de autocuidado y bioseguridad, indicados por el Ministerio de Protección Social y protocolos de SISOCOL, con todos los elementos de protección personal completos para manejo de riesgo de Covid-19.



*Dra. Martha Janeth Morales J.*

Médico Especialista en Salud Ocupacional

R.M. 14173/ L.O. 10253

☎ 302 291 5608

marthajmj29@hotmail.com



### CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 15.809**

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
09 DÍA	09 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA)	<b>EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO</b>			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
<b>INDEPENDIENTE</b>				<b>Independiente</b>			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
<b>ROA MARTINEZ DIEGO MAURICIO</b>				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	51 AÑOS 1 MESES 9 DÍAS	CC	91472391
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo <b>CONTRATISTA</b>							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <b>APTO</b>							
Observaciones: <b>NO APLICA</b>							
<b>N/A</b>		NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					
<b>RESTRICCIONES LABORALES</b>				<b>TIPO</b>		<b>RECOMENDACIONES</b>	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
<b>El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:</b>							
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL				-----			
<b>RECOMENDACIONES MÉDICAS</b>			<b>RECOMENDACIONES OCUPACIONALES</b>			<b>HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES</b>	
			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HÁBITOS SALUDABLES	
						HACER DEPORTE	
						DIETA BALANCEADA	
<b>OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES</b>							
SE RELALIZA EXAMEN OCUPACION CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR SIN EVIDENCIA DE PATOLOGIA, REALIZAR LAS ACTIVIDADES LABORALES ADOPTANDO UNA ADECUADA POSTURA. REPORTAR ACCIDENTES O INCIDENTES. DESARROLLAR Y MANTENER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE. SEGUIR PROTOCOLOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ADECUADOS AL CARGO							
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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
<b>Médico</b>				<b>Aspirante o Trabajador</b>			
 <b>Dra. Martha Janeth Morales J.</b> Médico Especialista en Salud Ocupacional R.M. 14173 / L.O. 10253				 			
Firma: _____				Firma: _____			
Nombre: CC: 27603085 - MARTHA JANETH MORALES				Nombre: ROA MARTINEZ DIEGO MAURICIO			
R. M.: 14173		L.S.O.: 10253		Código de Seguridad		CC: 91472391	
				<b>D372J1P15809</b>			



Nombre: <u>Diego M. Posa Martínez</u>	cc: <u>91442391</u>
Cargo: <u>Evaluador de Proyecto</u>	Edad: <u>51</u>
Empresa: <u>Sena</u>	Fecha: <u>26-09-2015</u>

Tabla de Framingham HCHD para Hombres- Estimativo a 10 años para desarrollar enfermedad cardíaca coronaria (infarto de miocardio o coronariopatía mortal)							
Edad en años	Puntos por edad	Puntos por fumar	Puntos por colesterol total mg/dl				
			<160	160 - 199	200 - 239	240 - 279	>280
20 - 34	-9	8	0	4	7	9	11
35 - 39	-4		0	3	5	6	8
40 - 44	0	5	0	3	5	6	8
45 - 49	3		0	2	3	4	5
50 - 54	<u>6</u>	3	0	2	<u>3</u>	4	5
55 - 59	8		0	1	1	2	3
60 - 64	10	1	0	1	1	2	3
65 - 69	11		0	0	0	1	1
70 - 74	12	1	0	0	0	1	1
75 - 79	13		0	0	0	1	1

Presión arterial sistólica Hg mm	Presión arterial	
	En TTO	Sin TTO
<120	0	0
120 - 129	0	<u>1</u>
130 - 139	1	2
140 - 159	1	2
>160	2	3

HDL mg/dl	Puntos
>60	-1
50-59	0
40-49	<u>1</u>
<40	2

**Multiplique el valor total por 0.75 y valore el riesgo**

**Calificación del RCV:** 8.25

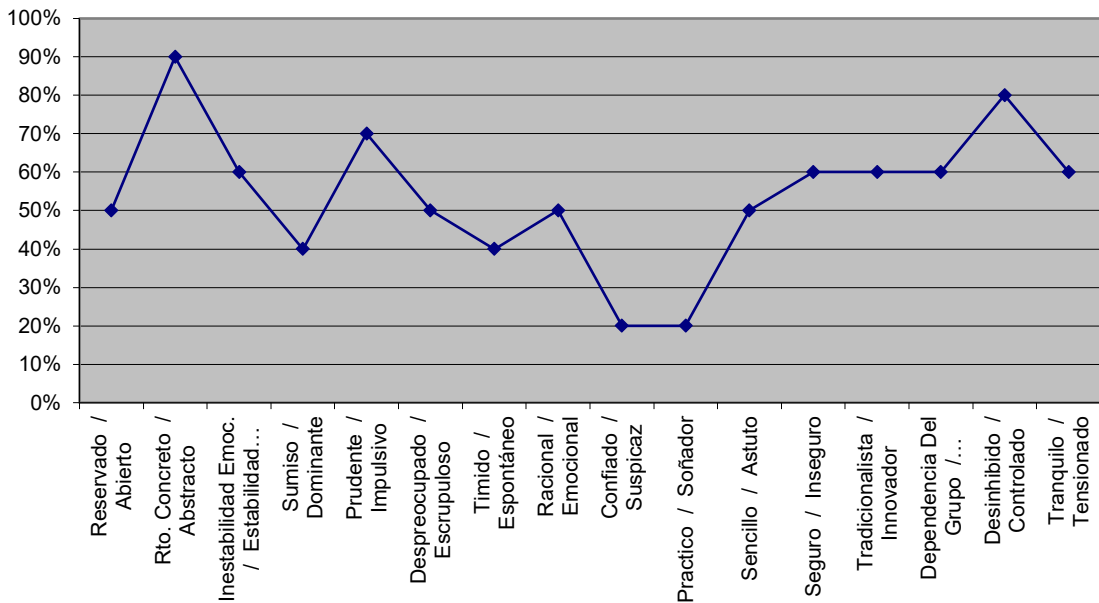
Puntaje total HOMBRES	% del riesgo a 10 años según Framingham HCHD para HOMBRES	Categoría de riesgo cardiovascular	
< 0 puntos	< 1 % riesgo	RCV BAJO	
0 puntos	1 % riesgo	RCV MODERADO	
1	1		
2	1		
3	1		
4	1		
5	2		
6	2		
7	3		
8	4		
9	5		
10	6	RCV MODERADO ALTO	
11 puntos	8 % riesgo		
12 puntos	10 % riesgo		
13	12		
14	16		
15 puntos	20 % riesgo		
16 puntos	25 % riesgo		RCV MUY ALTO
> 17 puntos	> 30 % riesgo		

BAJO  MODERADO  MODERAMENTE ALTO  ALTO

**INFORME PRUEBA DE PERSONALIDAD**

**16 PF - CATTEL - FORMA A**

<i>Nombre</i>	<b>DIEGO MAURICIO ROA MARTINEZ</b> CC: 91472391		
<i>Edad</i>	51 años	<i>Cargo:</i> Evaluador de Proyectos	
<i>Sexo</i>	Masculino	<i>Fecha:</i> 26-09-025	
<i>Distorsión</i>	10	<i>Empresa:</i> Sena	

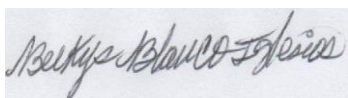


FACTOR PSICOLOGICO	INTERPRETACION DEL FACTOR
A Reservado / Abierto	Es una persona que no tiene preferencias entre permanecer y trabajar solo, o ser participativo socialmente
B Pensamiento. Concreto / Abstracto	Presenta alto nivel de razonamiento abstracto. Demuestra ser de rápida comprensión y aprendizaje de ideas.
C Inestabilidad Emocional. / Estabilidad emocional	Su tolerancia a la frustración al igual que su estabilidad se encuentra dentro de los parámetros normales.
E Sumiso / Dominante	Persona que presenta niveles equilibrados entre ser sumisa y dominante
F Prudente / Impulsivo	Se muestra impulsivo. Demasiado franco. Responde con rapidez a los eventos que sean de su interés.
G Despreocupado / Escrupuloso	Presenta un nivel intermedio en su nivel de responsabilidad y en aceptar las normas sociales
H Tímido / Espontáneo	Es una persona con disposición a ser sociable y espontáneo. Dispuesto en algunas ocasiones a ser atrevido e intentar nuevas cosas
I Racional / Emocional	La persona actúa con igual facilidad entre las respuestas de pensamiento y sentimiento
L Confiado / Suspicaz	Se muestra confiado, comprensivo, permisivo y tolerante. Cede ante los cambios, no parece

			preocupada por corregir a los demás. Se sobrepone con facilidad a las dificultades
M	Practico / Soñador		Se muestra preocupado por intereses y hechos inmediatos. Se muestra ansioso por hacer cosas correctamente. Atenta los problemas prácticos y cercanos.
N	Sencillo / Astuto		Puede ser sencillo e ingenuo socialmente o calculador en ocasiones
O	Seguro / Inseguro		Es una persona que puede mostrarse seguro, tranquilo, flexible y sereno. Tiende a no culparse por sus acciones erradas, trata de actuar libremente sin temores
Q1	Tradicionalista / Innovador		Tiende a presentar interés por las nuevas ideas. Por lo general tiene actitudes de innovación y reacción ante lo establecido. Es poco convencionalista.
Q2	Dependencia Del Grupo / Autosuficiencia		Tiende a ser autosuficiente e ingenioso, lleno de recursos, prefiere tomar sus propias decisiones. Usualmente busca resolver los problemas por sí mismo.
Q3	Desinhibido / Controlado		Muestra signos de perfeccionista, con alta congruencia en el auto concepto percibido y el deseado. Alto nivel de autocontrol.
Q4	Tranquilo / Tensionado		Presenta un nivel intermedio entre el estado de tensión y de tranquilidad ante sí mismo y ante la situaciones

### CONCEPTO:

El candidato presenta un perfil que cumple con las habilidades, competencias requeridas y formación para desempeñarse en el cargo es indispensable brindar seguimiento en su desempeño laboral con el objetivo que su labor sea eficaz eficiente.

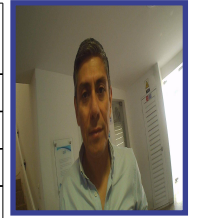


### **BELKYS BLANCO IGLESIAS**

Psicóloga especialista en salud ocupacional

Res: 003091

Fecha: 26/9/2025	Tipo de examen:	I	X	P		E	Otro: Cual:
Nombres y Apellidos: DIEGO MAURICIO ROA MARTINEZ							
Ciudad: Bucaramanga				Departamento: Santander			
Doc. Identidad No: 91472391				Lugar de expedición: Bucaramanga			
Edad: 51 años	Sexo: F	M	X	Cargo: EVALUADOR DE PROYECTOS			
Empresa contratante: PARTICULAR							
Empresa usuaria: PARTICULAR							



**ANTECEDENTES:**

usuacio de gafas para ver de cerca hace 17 años , agudeza visual disminuida en vison proxima , alteracion cromartica

AGUDEZA VISUAL HABITUAL			AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN		
	LEJOS	CERCA		LEJOS	CERCA
O.D.	20 / 20	20 / 90	O.D.	20 / 20	20 / 20
O.I.	20 / 20	20 / 90	O.I.	20 / 20	20 / 20

**ANTECEDENTES OCUPACIONALES**

USA GAFAS? SI  NO  TIPO: progresivos

USA LENTES DE CONTACTO? SI  NO  TIPO:

CIRUGIAS O TRATAMIENTOS OCULARES: SI  NO  FECHA: TIPO:

SIGNOS Y SINTOMAS: agudeza visual disminuida en vison proxima , alteracion cromartica

**ANTECEDENTES REFRACTIVOS**

DEFECTOS REFRACTIVOS: SI  NO  TIPO:

PATOLOGIA O ALTERACIONES VISUALES: SI  NO  TIPO:

AMBLIOPIA:  DALTONISMO:  OTRA:

**RESULTADOS**

presbicia , discromatopcia

**REMISIÓN**

SI  NO

**OBSERVACIONES:**

se sugiere test de color franswhort d 15

DIEGO LEONARDO PEDRAZA GOMEZ  
 Optometra - Contacto: 91472391 / US 64  
 Reg. 015271-10 - S.S.S

DIEGO LEONARDO PEDRAZA GOMEZ  
 R.M. 91298182

FIRMA DEL PACIENTE

Se realiza atención al paciente bajo directrices de autocuidado y bioseguridad, indicados por el Ministerio de Protección Social y protocolos de SISOCOL, con todos los elementos de protección personal completos para manejo de riesgo de Covid-19.



**DQ LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO**  
Calle 34 # 28-55 / Edificio Kosta Azul Oficina 1 Barrio La Aurora  
NIT: 27988785-1 Teléfono: 607 6830543 Cel: 3157280125  
E-mail: info@DQlaboratorio.com  
Bucaramanga, Santander

Fecha: 26/09/2025 12:24 p. m.

SEDE: Principal

Página: 1

**Paciente:** DIEGO MAURICIO ROA MARTINEZ  
**Edad:** 51 A **Sexo:** M **Identificación:** 91472391  
**Teléfonos:**  
**Empresa:** SISOCOL

**Recepción:** 57664 **Sala:** N/A  
**Fecha rcp:** 26/09/2025 11:22:16 a. m.  
**Médico :** No Asignado

**Resultado** **Valores de referencia**

**BIOQUIMICA**

1 GLICEMIA	85.5 mg/dl	60 a 100 mg/dl
<b>2 PERFIL DE LIPIDOS</b>		
Colesterol Total	213.4* mg/dl	0 a 200 mg/dl
Trigliceridos	53.1 mg/dl	0 a 150 mg/dl
Nivel de H.D.L.	45.9 mg/dl	35 a 55 mg/dl
Alto riesgo menor de 35 mg/dl		
Colesterol L.D.L	156.9* mg/dl	0 a 150 mg/dl
Colesterol V.L.D.L.	10.6 mg/dL	0 a 35 mg/dl

*Jessica P. Portilla Galvan*  
Firma manuscrita  
3612  
JESSICA PAOLA PORTILLA



**DQ LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO**  
Calle 34 # 28-55 / Edificio Kosta Azul Oficina 1 Barrio La Aurora  
NIT: 27988785-1 Teléfono: 607 6830543 Cel: 3157280125  
E-mail: info@DQlaboratorio.com  
Bucaramanga, Santander

Fecha: 26/09/2025 12:24 p. m.

SEDE: Principal

Página: 1

**Paciente:** DIEGO MAURICIO ROA MARTINEZ  
**Edad:** 51 A **Sexo:** M **Identificación:** 91472391  
**Teléfonos:**  
**Empresa:** SISOCOL

**Recepción:** 57664 **Sala:** N/A  
**Fecha rcp:** 26/09/2025 11:22:16 a. m.  
**Médico :** No Asignado

**Resultado** **Valores de referencia**

**BIOQUIMICA**

1 GLICEMIA	85.5 mg/dl	60 a 100 mg/dl
<b>2 PERFIL DE LIPIDOS</b>		
Colesterol Total	213.4* mg/dl	0 a 200 mg/dl
Trigliceridos	53.1 mg/dl	0 a 150 mg/dl
Nivel de H.D.L.	45.9 mg/dl	35 a 55 mg/dl
Alto riesgo menor de 35 mg/dl		
Colesterol L.D.L	156.9* mg/dl	0 a 150 mg/dl
Colesterol V.L.D.L.	10.6 mg/dL	0 a 35 mg/dl

*Jessica P. Portilla Galvan*  
Firma manuscrita  
3612  
JESSICA PAOLA PORTILLA

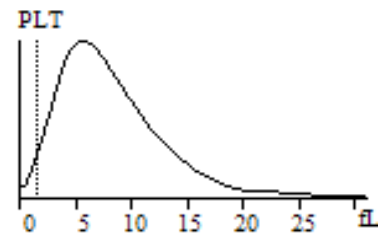
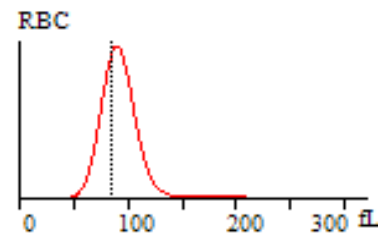
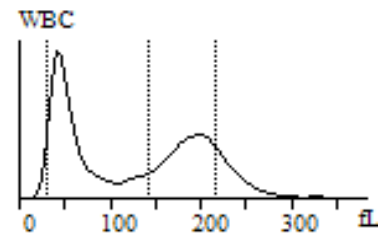
Nombres y Apellidos: DIEGO MAURICIO ROA MARTINEZ  
Identificación: 91472391  
Género: Homb

Id de la Muestra: 1  
Edad: 51 Year  
Empresa: PARTICULAR  
Fecha: 26/09/2025 10:09

Comentarios

### Resultados de Laboratorio

Analito	Resultado	Unidades	Resultado de Referencia
WBC	7,3	10 <sup>9</sup> /L	4,0-10,0
Lymph#	2,8	10 <sup>9</sup> /L	0,8-4,0
Mid#	0,5	10 <sup>9</sup> /L	0,1-1,5
Gran#	4,0	10 <sup>9</sup> /L	2,0-7,0
Lymph%	39,0	%	20,0-40,0
Mid%	7,2	%	3,0-15,0
Gran%	53,8	%	50,0-70,0
RBC	5,02	10 <sup>12</sup> /L	3,50-5,50
HGB	14,4	g/dL	11,0-17,0
HCT	46,8	%	37,0-54,0
MCV	93,4	fL	80,0-100,0
MCH	28,7	pg	27,0-34,0
MCHC	30,7	g/dL	32,0-36,0
RDW-CV	12,7	%	11,0-16,0
RDW-SD	41,6	fL	35,0-56,0
PLT	291	10 <sup>9</sup> /L	150-450
MPV	8,7	fL	6,5-12,0
PDW	15,8		15,0-17,0
PCT	0,254	%	0,108-0,282
P-LCC		10 <sup>9</sup> /L	
P-LCR		%	



Fecha Ing: 26/09/2025 0:00  
Fecha Imp: 26/09/2025 10:54:59

Validado por:

*Blaire*  
Dra. Blaire C. Rojas  
BACTERIOLOGA  
UNIVERSIDAD DE SANTANDER  
C. G. 37.440.874 Cra. N 5 de F



# Función Pública



Verificados los resultados del participante en el curso virtual

**Función Pública certifica que:**

**Diego Mauricio Roa Martínez**

C.C 91.472.391

Participó y completó el curso virtual

**Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción**

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 06 de diciembre 2025

**Francisco Camargo Salas**  
Director de Empleo Público



Código: 761430566000



### Hace constar:

Que el Sr(a) DIEGO MAURICIO ROA MARTINEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 91472391 realizó el día 06/12/2025 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 DIEGO MAURICIO ROA MARTINEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 91472391 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) DIEGO MAURICIO ROA MARTINEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 91472391 el día 06/12/2025 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



## FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 15 de diciembre de 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)

Ciudad

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

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

<b>T.I.</b>	<b>1099745031</b>	<b>Gabriela Roa González</b>	<b>HIJO</b>
-------------	-------------------	------------------------------	-------------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

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

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

Cordialmente,

FIRMA

Nombre: Diego Mauricio Roa Martínez

C.C. 91472391

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.099.745.031**

**ROA GONZALEZ**

APELLIDOS

**GABRIELA**

NOMBRES

*Gabriela Roa G*

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-AGO-2011**

**BUCARAMANGA**  
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

**06-AGO-2029**

FECHA DE VENCIMIENTO

**28-DIC-2018 BUCARAMANGA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

**O- F**  
G S RH SEXO

*Juan Carlos Galindo Vacha*  
REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-2700150-01070065-F-1099745031-20190328

0065008481A 1

51899071



ORGANIZACIÓN ELECTORAL  
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL  
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

**NUIP** 1099745031

**REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO**

Indicativo  
Serial

51316366

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría  Notaria  Número  2  Consulado  Corregimiento  Inspección de Policía  Código **Q Z D**

**Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía**  
**COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA**

**Datos del inscrito**

Primer Apellido **ROA** Segundo Apellido **GONZALEZ**  
Nombre(s)

**GABRIELA**

Fecha de nacimiento Año **2 0 1 1** Mes **A G O** Día **0 6** Sexo (en letras) **Femenino** Grupo sanguíneo Factor RH

**Lugar de nacimiento (Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)**  
**COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA**

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos **CERTIFICADO DE NACIDO VIVO** Número certificado de nacido vivo **10759637-7**

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos **GONZALEZ PINTO ERIKA ALCIRA**

Documento de identificación (Clase y número) **CEDULA DE CIUDADANIA NRO. 63.545.510** Nacionalidad **COLOMBIANA**


**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos **ROA MARTINEZ DIEGO MAURICIO**

Documento de identificación (Clase y número) **CEDULA DE CIUDADANIA NRO. 91.472.391** Nacionalidad **COLOMBIANO**

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos **ROA MARTINEZ DIEGO MAURICIO**

Documento de identificación (Clase y número) **CEDULA DE CIUDADANIA NRO. 91.472.391** Firma 

**Datos primer testigo**

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) Firma

**Datos segundo testigo**

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) Firma

Fecha de inscripción Año **2 0 1 1** Mes **A G O** Día **1 0**

Nombre y firma del funcionario que autoriza **SYLVIA STELLA RUGELES DE RUGELES**  
Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -