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	**Febrero de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**05931-533367**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	AMANDA LUCIA REYES RODRIGUEZ	**Banco a consignar:**	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	37.893.268	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	alreyes@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	24523734415
IP/Nº de contacto:		**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 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	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2026 es igual o superior a $209.496.000 (debe registrarse como responsable del IVA)	NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	9200005/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**18926**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	APOYOS ADM. Y GEST.:9-2026-006038 -PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y JURÍDICA PARA EL SEGUIMIENTO, CONTROL Y EVALUACIÓN DE LOS CONTRATOS DE COOPERACIÓN EMPRESARIAL FINANCIADOS CON

DATOS PERIODO DEL PAGO

Mes:	**Febrero**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 81.400.000
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 81.400.000
Valor Bruto Pago:	**$ 7.400.000,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 74.000.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 7.400.000	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 7.400.000**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 4.350.900**	**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		----------	**8639640633**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 2.960.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 370.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 473.600	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 15.500	$ 0
		$	
		$	
		$	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ 740.000	
Salud hasta	$ 837.984	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 37.927.505	$ 1.450.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	4.350.900,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299 - SAN GIL	0,00	0,000%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$7.400.000,00**	

SON: SIETE MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1.Realice seguimiento al correo enviado con la delegación de los proyectos asignados por convocatoria, por categoría, por línea de fir
2.Realice lectura de los documentos que forman parte del proceso de Fondo emprender, entre esos acuerdos 0010 de 2019, manual financie
3.1 Asistí a la reunión programada el día 3 de febrero_ jornada mañana y tarde organizada por dirección general denominada “Lineament
3.5 Participé en la reunión programada por dirección general el día 16 de febrero denominada “jornada de transferencia de emprendimie
3.6 Participé en la reunión programada por dirección general el día 17 de febrero denominada “jornada de transferencia de emprendimien
3.7 Participé en la reunión programada por dirección general el día 18 de febrero jornada de la mañana denominada “jornada de transfer
7.Envié correo a los beneficiarios de las convocatorias CREAR ESP individual brindándoles la bienvenida al proceso de interventoría y
11.Realice balance del estado en que se encuentran los proyectos asignados. Dos proyectos ID 112709 CREAR ESP - GRANJA AGROECOLOGICOS
12Revisé el estado en que se encuentran los dos proyectos asignados. proyecto ID 112709 CREAR ESP - GRANJA AGROECOLOGICOS SAN MIGUELYI

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

AMANDA LUCIA REYES RODRIGUEZ
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,

HERNAN MAURICIO RODRIGUEZ LAVERDE
PROFESIONAL G02

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

23/02/26 12:29:35 USUARIO: SIC - C.C. 37893268

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) AMANDA LUCIA REYES RODRIGUEZ identificado(a) con CC 37893268 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**30/11/2020**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**U.T. FOSCAL-ESCANOGRAFIA S.A-CENTRO DE ESPECIALISTAS DE SANTANDER (CES)**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 15 días del mes de febrero del año 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

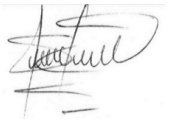
Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **AMANDA LUCIA REYES RODRIGUEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **37893268,** se encuentra afiliado/a desde **01/11/2013** 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 15 de febrero 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

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que **AMANDA LUCIA REYES RODRIGUEZ**, identificado con **CC** No. **37893268**, registra la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 27/01/2026 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 27/01/2026 **Fecha fin de Contrato:** 31/12/2026 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad en www.positiva.gov.co para continuar con la cobertura.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 31 días del mes de Enero de 2026.

Cordialmente,

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

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	AMANDA LUCIA REYES RODRIGUEZ
IDENTIFICACIÓN:	CC-37893268
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	015
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	independiente
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-02-13
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-02-16
FECHA DE PAGO:	2026-01-08
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO COLPATRIA
PERÍODO PENSIÓN:	2026-01
PERÍODO SALUD:	2026-01
NÚMERO PLANILLA:	8639640633
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8664889902
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 218.900
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 280.200
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 18.300	$ 18.300
CCF24	860066942	COMPENSAR-CCF	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 10.600	$ 10.600
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 528.000	$ 528.000

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	16/03/2026

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

AMANDA LUCIA REYES RODRIGUEZ Identificado con CC 37893268

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina SAN GIL, con las siguientes características:

Cuenta de Ahorros

Número:	24523734415
Fecha de apertura:	4 de Mayo de 2009
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Martes, 17 de Febrero de 2026.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

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

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN:	SUCURSAL:	COD. SUC:	NO. PÓLIZA:	ANEXO:
BOGOTA, D.C.	BOGOTA	11	11-46-101104135	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
28	01	2026	27	01	2026	00:00	30	04	2027	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL:	REYES RODRIGUEZ AMANDA LUCIA			IDENTIFICACIÓN:	C.C. :37,893,268
DIRECCIÓN:	CL 2 SUR NRO. 12 - 17	CIUDAD:	SAN GIL - SANTANDER	TELÉFONO:	3002763386

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			IDENTIFICACIÓN:	NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN:	CALLE 57 8 69	CIUDAD:	BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO:	5461500
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.9200005 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: 1_5055_63_78_ 2026 PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE INTERVENTORÍATÉCNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y JURÍDICA PARA EL SEGUIMIENTO, CONTROL YEVALUACIÓN DE LOS CONTRATOS DE COOPERACIÓN EMPRESARIAL FINANCIADOS CONRECURSOS DEL FONDO EMPRENDER, EN EL MARCO DE LAS CONVOCATORIASVIGENTES, CONFORME A LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR EL SENA Y LANORMATIVIDAD LEGAL APLICABLE

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	27/01/2026	30/04/2027	$ 8,140,000.00

ACLARACIONES:

VALOR PRIMA NETA:	GASTOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
$ 20,428.05	$ 8,000.00	$ 5,401.33	$ 33,829.38	$ 8,140,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
POLANIA VEGA CIA LTDA	174346	100,00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE 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 CARRERA 13A NO 96-66 - TELÉFONO: 2180903 - BOGOTA, D.C.

11-46-101104135
FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

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

Hacemos constar, que la póliza No. 11-46-101104135, anexo 0, no expirará 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 28 días del mes de Enero de 2026



FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.11-46-101104135

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

1. AMPAROS.

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ SEGURESTADO OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, HASTA EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO PACTADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA, CUBRIENDO CON ELLOS, SIEMPRE LOS PERJUICIOS DIRECTOS QUE CON 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 TITULO 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 OCASIONEN, 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 OCASIONEN 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.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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 CONSTARAN 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, DEBERAN ESTAR EJECUTORIADOS Y DEBIDAMENTE NOTIFICADOS, DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 87 DE LA LEY 1437 DE 2011.

6. COMPENSACIÓN.

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

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

8. PLAZO PARA EL PAGO.

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

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

PARA LOS CASOS EN QUE LA SUMA ASEGURADA DE ESTA PÓLIZA DEBA SER AUMENTADA O DISMINUIDA Y PARA AQUELLOS EN LOS CUALES LAS ESTIPULACIONES DEL CONTRATO GARANTIZADO SEAN MODIFICADAS, SEGURESTADO A SOLICITUD PREVIA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO Y DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA (O EL INTERVENTOR, SUPERVISOR, ETC., EN SU CASO), EXPEDIRÁ UN CERTIFICADO O ANEXO DE MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA, EN EL CUAL CONSTEN LAS MODIFICACIONES CORRESPONDIENTES. PARA TAL 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 ULTIMO ANEXO O CERTIFICADO DE MODIFICACIÓN, SERÁ EL QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HARÁ EFECTIVO, DE CONFORMIDAD CON EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

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

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

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

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

SEGUROS DEL ESTADO

Resumen de transacciones

2 Mié, 28 Ene 2026, 09:49:29

Transacción Aprobada

Método de pago
Cuentas débito ahorro y corriente (PSE)

Total pagado $33.829,00	Banco NEQUI
Autorización / CUS 14293178	Fecha de transacción 2026-01-28 09:49:29
Recibo 1723695224	Dirección IP 181.61.210.31
Código Respuesta 00	

El comprobante será enviado a amandaluciareyes@gmail.com

Total pagado

S234310253-T103

$33.829,00 COP

Internet

Detalle del pago

Referencia
1485895

Fecha de solicitud
2026-01-28 09:45:41

El proceso ha finalizado hace menos de un minuto

Obtén ayuda en notificacionesdepagop2p@segurosdelestado.com

Hecho por placetopay by evertec

CUFE: b13ff47347fd3dfc7f7a7bc6a13d9cf020cdbd705f2324df15b33fd32e17fc56f195babfaff07f2f81a259ef0a33a4d3

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578

Factura Electrónica
De Venta

N°. 11G-780067

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

Fecha: 28 | 01 | 2026

Hora: 00:00:00

Somos Gran Contribuyente de ICA para Bogotá según Resolución Número DDI-023769 29 de noviembre de 2021.
Resolución Dían No. 18764080024491. Fecha de vigencia desde 2024/09/23 hasta 2026/09/23 Con Prefijo 11G, Desde 500001 A 1000000.
Autoriza DE 500001 AL 1000000

Fecha validación Dian:2026/01/28 9:35:27

La factura no es constancia del recaudo o pago de la póliza

Razón Social:	REYES RODRIGUEZ AMANDA LUCIA
Cédula de ciudadanía:	37893268
Dirección:	CL 2 SUR NRO. 12 - 17
Teléfono:	3002763386
E-mail:	AMANDALUCIAREYES@GMAIL.COM

No.	Cód Ramo Comercial	Descripción	Unidad	Cantidad	Valor Uni	Valor
1	46	POLIZA DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL ONLINE - 11 - 101104135 - 0	unidad	1	28.428,05	28.428,05

Total
1

Observaciones:

Valor en letras: SON: TREINTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS VEINTINUEVE PESOS

Subtotal	28.428,05
Impoconsumo	0.00
IVA	5.401,32
Total	33.829,37

Forma de Pago: Contado

Medio de Pago: Transferencia Débito

Firma Autorizada

IFactura Transfiriendo
Proveedor Tecnológico Autorizado DIAN Nit: 900.032.159-4

(415)7709998021167(8020)11000631527505(3900)000000033829(96)20270127

Referencia pago
1100063152750-5

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141235752667

(415)7707212489984(8020) 000014123575266 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 7 8 9 3 2 6 8	2	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	3 7 8 9 3 2 6 8	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Santander 6 8	San Gil 6 7 9

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
REYES	RODRIGUEZ	AMANDA	LUCIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla
MI GUADALUPE BOUTIQUE	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	San Gil 6 7 9

41. Dirección principal: CL 2 SUR 12 17 BRR LA FLORESTA

42. Correo electrónico: amandaluciareyes@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
6 8 4 0 3 1	3 0 0 2 7 6 3 3 8 6	

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 2 9 9	2 0 2 6 0 2 1 6	4 7 7 1	2 0 2 2 0 3 2 1	8 5 4 2				

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 REYES RODRIGUEZ AMANDA LUCIA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:18/02/2026

CONTRIBUYENTE	C.C. 37893268	AMANDA LUCIA REYES RODRIGUEZ

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 143 9 42 AP 505 Teléfonos: 3002763386

Dirección electrónica: amandaluciareyes@gmail. Ciudad: BOGOTA D.C. Municipio: CUNDINAMARCA

Fecha de Inscripción: 25/03/2021 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: PREFERENCIAL ICA Fecha desde: 01/02/2017

Matrícula Mercantil: NO Fecha inicio de Actividades: 24/03/2021 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 70102 - Actividades de administración empresarial en el ejercicio de una profesión liberal

Actividad 2: 74902 - Otras actividades profesionales, científicas y técnicas n.c.p. en el ejercicio de una profesión liberal

Actividad 3: 8541 - Educación técnica profesional

Actividad 4: 8542 - Educación tecnológica

Actividad 5:

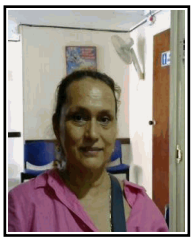
ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la Secretaria de Hacienda Distrital.

Fuente: RIT-SHD

PINZON VARGAS SALUD OCUPACIONAL
Nit: 1098769691-8
Dirección: Calle 11 # 10 26 consultorio 206
Tel: 607 7243269 - Cel: 312 397 5030
Email: pinzon.vargas.2021@gmaila.com
Web: www.sangilsaludocupacional.com
San Gil - Santander



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 31.015

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
21 DÍA	01 MES	2026 AÑO	SAN GIL (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES CONTADO	SENA

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

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

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
REYES RODRIGUEZ AMANDA LUCIA	FEMENINO	56 AÑOS 5 MESES 13 DÍAS	CC (Tipo)	37893268 (Número)

Cargo: **ADMINISTRATIVO - INSTRUCTORA**

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	NO REFIERE	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO	✓	PERFIL LIPIDICO	✓
AUDIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
OPTOMETRÍA	✓	PARCIAL DE ORINA	✓
GLICEMIA	✓	PSICOLOGIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
VALORACIÓN POR EPS	NO ALZAR PESO MAYOR DE : 15 KG SVE ABDOMINAL .	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EN SUS RIESGOS LABORALES ENFATIZAR EN LA ADOPCIÓN DE ADECUADAS POSTURAS ERGONÓMICAS.
EN SUS RIESGOS LABORALES ENFATIZAR EN LA ADOPCIÓN DE LA HIGIENE DEL LEVANTAMIENTO DE CARGA.
RIESGO CARDIOVASCULAR BAJO.

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

Médico

SEBASTIAN PINZON VARGAS
Médico
Especialista Salud Ocupacional

Firma:

Nombre: CC: 1098769691 - SEBASTIAN PINZON

Código de Seguridad

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: REYES RODRIGUEZ AMANDA LUCIA

R. M.:	1098769691	**L.S.O.:**	0596	**CC:**	37893268

L1457R1X31015

	RESOLUCIÓN 00596	CÓDIGO	AP-JC-RG-89
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	22/05/2017
		PÁGINA	1 de 1

RESOLUCIÓN NÚMERO DE

POR LA CUAL SE OTORGA UNA LICENCIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

EL SUSCRITO SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en la Ley 1562 de 2012 y la Resolución 04502 de 2012 y,

CONSIDERANDO

Que SEBASTIÁN PINZÓN VARGAS, identificado (a) con la cédula de Ciudadanía No. 1098769691, ha solicitado licencia para la prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el trabajo ante la Secretaria de Salud Departamental de Santander.

Que de conformidad con el artículo segundo de la Resolución 04502 del 28 de Diciembre de 2012, el peticionario ha presentado la documentación requerida para la expedición de la Licencia en Salud Ocupacional para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el trabajo.

Que por lo antes expuesto, el Secretario de Salud Departamental.

RESUELVE:

ARTÍCULO 1: Otórguese LICENCIA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A: SEBASTIÁN PINZÓN VARGAS. MEDICINA - ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO identificado(a) con la cédula de Ciudadanía No. 1098769691, en las áreas de Medicina, en Seguridad y Salud en el trabajo, Investigación en área técnica, Investigación del accidente de trabajo, Educación, Capacitación, Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

ARTÍCULO 2: La licencia de que trata el artículo anterior se concede por el término de Diez (10) años contados a partir de la fecha de expedición de la presente Resolución.

ARTÍCULO 3: Cuando se modifique las condiciones por la cual se otorgó esta licencia, en el término máximo de un mes se debe informar a la Secretaria de Salud de Santander para la modificación de la misma.

ARTÍCULO 4: Esta licencia es válida en todo el Territorio Nacional y tendrá carácter personal e intransferible.

ARTÍCULO 5: Contra la presente Resolución procede los recursos legales.

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE,
Dado en Bucaramanga a los 02 FEB 2021

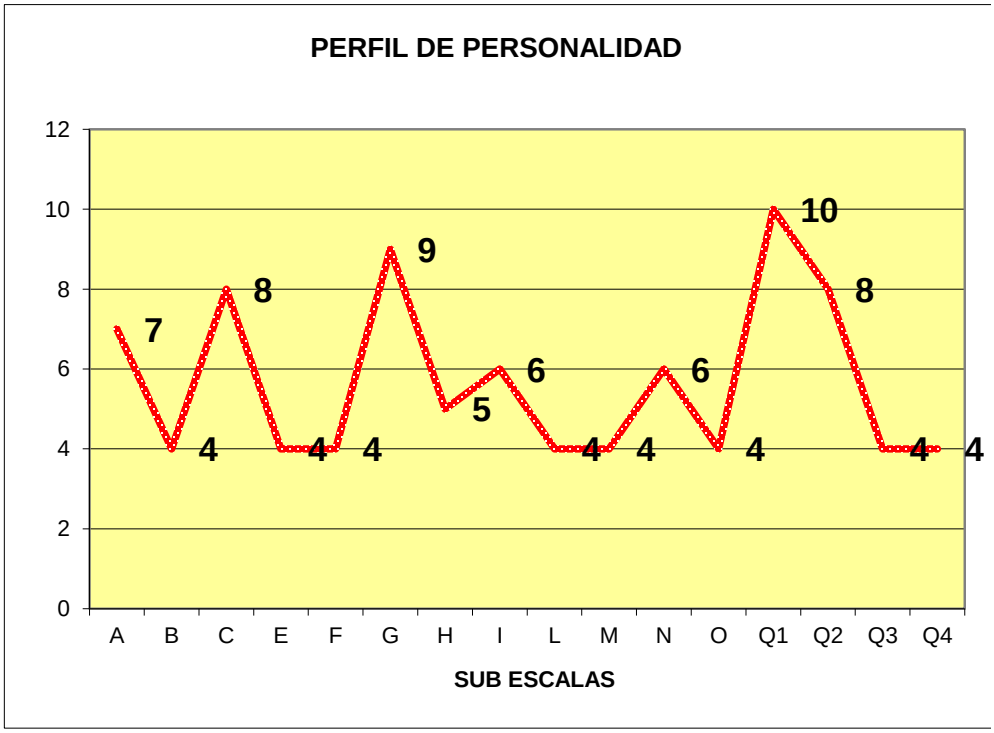
JAVIER ALONSO VILLAMIZAR SUAREZ
Secretario de Salud Departamental

VoBo: Luis Felipe Tarazona v – Director Desarrollo Vigilancia y Control
Revisó: Yelitza Hernández G. – Coordinador Grupo de Acreditación en Salud y SOG
Proyectó: Elkin Uribe – Grupo de Acreditación en salud S.O.G.C.

PERFIL DE PERSONALIDAD

Nombre	**AMANDA LUCIA REYES RODRIGUEZ**			
Edad	**56**		**Grado Educativo**	**POSTRADO**
Fecha	**21/01/2026**	**Estado Civil**	**SOLTERA**	

Esc	PD	DEC	
A	18	7	Afabilidad
B	9	4	Razonamiento
C	20	8	Estabilidad
E	12	4	Dominancia
F	10	4	Animación
G	23	9	At. Normas
H	16	5	Atrevimiento
I	10	6	Sensibilidad
L	7	4	Vigilancia
M	2	4	Abstracción
N	10	6	Privacidad
O	2	4	Aprensión
Q1	25	10	Apertura Camb
Q2	8	8	Autosuficiencia
Q3	14	4	Perfeccionismo
Q4	4	4	Tensión
MI	24	ALTO	Manip. Imagen
IN	0	BAJO	Infrecuencia
AQ	45	MEDIO	Aquiesencia



DIAGNOSTICO

AMANDA LUCIA REYES RODRIGUEZ Es una persona que presenta las siguientes características:

Afabilidad	Presenta una dependencia extrema
Razonamiento	Tiene pensamiento Abstracto
Estabilidad	No experimenta sentimientos negativos
Dominancia	Es Dominante. Asertivo(a) y competitivo(a)
Animación	Es entusiasta, espontáneo(a), Activo(a)
At. Normas	Es Dogmático(a). Puritano(a). Inflexible
Atrevimiento	Aventurero(a), "seguro(a)", emprendedor(a)
Sensibilidad	Es Sensible. Esteta y sentimental
Vigilancia	Es vigilante, suspicaz, escéptivo(a), precavido(a)
Abstracción	Es Abstraído(a), imaginativo(a), idealista
Privacidad	Privado(a), calculador(a), discreto(a). No se abre
Aprensión	Aprensivo(a), Inseguro(a) y preocupado(a)
Apertura Camb	Es Bizarro(a). Revolucionario(a)
Autosuficiencia	Es conflictivo(a). Muy autónomo(a)
Perfeccionismo	Perfeccionista, organizado(a) y disciplinado(a)
Tensión	Es tenso(a), enérgico(a), impaciente, intranquilo(a)
Manip. Imagen	Brinda respuestas socialmente deseables
Infrecuencia	Esta persona ha respondido con normalidad
Aquiesencia	Es Incongruente. Trata de dar una mejor imagen.Tiene necesidad de aprobación

De acuerdo a su perfil de personalidad,	***AMANDA LUCIA REYES RODRIGUEZ***	
requiere mejorar sus características personales de los Factores:		
Dominancia	**Vigilancia**	**Tensión**

Los resultados que se describen son tendencias hacia posibles maneras de ser o tipos de personalidad, más no es una verdad absoluta, ya que son contextualizadas de acuerdo al medio en el cual se aplicó. Además, los resultados tienen vigencia de un año ya que las personas están en constante cambio, razón por la cual es pertinente realizar la prueba cada año.

Se concluye que el / la señor(a), en su valoración mental y social puntúa dentro del promedio, lo que le permite desarrollar sus actividades a nivel familiar, social, académico y laboral.

Ivon Daniela Martinez L.
Psicóloga
T.P. 263536

Ivon Daniela Martinez

IVON DANIELA MARTINEZ LUNA
PSICOLOGA
T.P. 263536

PINZON VARGAS SALUD OCUPACIONAL
Nit: 1098769691-8
Dirección: Calle 11 # 10 26 consultorio 206
Tel: 607 7243269 - Cel: 312 397 5030
Email: pinzon.vargas.2021@gmaila.com
Web: www.sangilsaludocupacional.com
San Gil - Santander



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES — **Atención N°: 1433**

Fecha: 21/01/2026 **Ciudad:** SAN GIL (SANTANDER, COLOMBIA)
Tipo Exámen: EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVA **Eps:** NUEVA EPS
CC: 37893268 **Nombre:** REYES RODRIGUEZ AMANDA LUCIA **Edad:** 56 AÑOS 5 MESES 15 DÍAS **Genero:** FEMENINO
Fecha Nacimiento: 08/08/1969 **Empresa:** SENA **Ocupacion:** ADMINISTRATIVO - INSTRUCTORA

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

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

ANTECEDENTES FAMILIARES

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

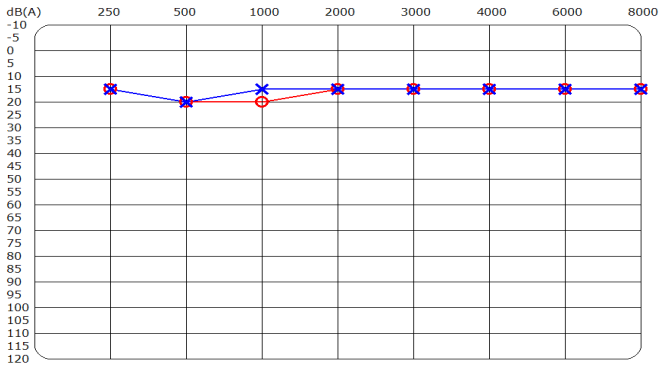
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	NO REFIERE
MOTO	NO REFIERE	AUDÍFONOS	NO REFIERE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas) : **Realizó re test:** NO **Uso Cabina Sonoamortiguada:** NO
Marca y Referencia audiometró utilizado: AMPLIVOX240 **F. Ultima Calibración:** 2023-08-04

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



OTOSCOPIA

Oído derecho:

Oído izquierdo:

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD	15	20	20	15	15	15	15	15
VAOI	15	20	15	15	15	15	15	15

PTA Oido derecho: 17.50 **PTA Oido izquierdo:** 16.25

SEVERIDAD - CAOHC

Oído derecho: **Oído izquierdo:**

GRADO DE ALTERACIÓN-TABLA LARSEN MOD

Oído derecho: **Oído izquierdo:** **Bilateral:**

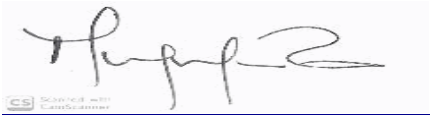
Descripción frecuencial

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

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	

Observaciones

FONOAUDIÓLOGO

Firma: 

Nombre: CC: 37898802 - MAYRA PAOLA JIMENEZ

R. M.: 8018/06 **L.S.O.:**

Código de Seguridad

I1457O2U1433

TRABAJADOR

Firma:

Nombre: REYES RODRIGUEZ AMANDA LUCIA

CC 37893268

Historia de optometría

Dr. ROSA CAROLINA RUEDA VILLAMIZAR
Teléfono: 3012426147 Celular: 3246227522 rosacarolinarueda@gmail.com
Carrera 9 # 11 – 69 San Gil - Santader

Historia Nº 6.035

miércoles, 21 de enero de 2026 9:37:32a. m.

Paciente	AMANDA LUCIA REYES RODRIGUEZ	Documento	37893268	Cel	3002763386 Tel
Dirección	CALLE 12 #12-17 679	Edad	56	Ocupación	ADMINISTRADORA
Afiliación	PARTICULAR	Control visual anterior			

Acompañante — Vínculo — Teléfono

Responsable — Dirección — Vínculo — Dirección — Teléfono

Motivo consulta: Optometria

Antecedentes personales: NO REFIERE

Antecedentes familiares: NO REFIERE

Antecedentes laborales

Lensometría

		Add	AV Lejos SC	AV Lejos CC	PH	AV Cerca SC	AV Cerca CC	PH
OD	-0.25-0.50*4	+2,25	20/	20/ 20			0.50	
OI	-0.25-0.75*1		20/	20/ 20			0.50	

Observación: liberty

Exámen externo

AO: Normal

Oftalmoscopía

pend

Queratometría

	Horizontal	Vertical	Eje	Dif	Miras
OD	43,25	44,00	164	-0,75	
OI	43,75	45,00	16	-1,25	

Exámen motor

Krimsky No Cover T No

VL Ortho

40cm X

20cm X

PPC

Presión intraocular

OD mmHG OI mmHG

Refracción

	Esfera	Cilindro	Eje	Adición
OD	+0,25	-0,50	7	
OI	+0,25	-0,75	12	

Estática No Dinámica No

Reflejos

Subjetivo

	Esfera	Cilindro	Eje	Adición	DP	AVL	AVC
OD	+0,00	-0,50	4	+2,25		20/20	0.50
OI	+0,00	-0,75	1	+2,25		20/20	0.50

Test's

Estereópsis: AO: Normal

Visión Cromática: AO: Normal

Disposición

continuar con su rx

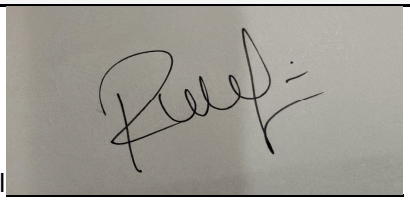
Diagnóstico

AO H524 PRESBICIA
AO H522 ASTIGMATISMO
AO Z010 EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION

Recomendación

uso de rx permanente

Firma profesional



OD: Ojo derecho SC: Sin correción AV: Agudeza visual AVC: Agudeza visual cercana
OI: Ojo izquierdo CC: Con correción AVL: Agudeza visual lejana

Evento adverso: No
Violencia sexual: No

202601210010

LABORATORIO CLÍNICO
LIGIA VARGAS CH.
CALLE 11 # 10 - 26 CONS. 209
315 3157009 - 7243269
LABLIVACHA@GMAIL.COM
SAN GIL - SANTANDER

INFORME / REPORT

Paciente / Patient:	**REYES RODRIGUEZ, AMANDA LUCIA**	**Fecha de ingreso/Date:**	21/01/2026 07:20:20 am.
Id Paciente/ Patient Id:	**37893268**	**Fecha de impresión/Print Date:**	21/01/2026 12:27:50 pm.
Edad/Age:	56 Años	**Doctor / Physician**	VARGAS LIGIA
Fecha Nac./Birthday:	08/08/1969	**Eps**	SALUD OCUPACIONAL
Sexo/Sex:	Femenino/Female		

QUIMICA

ESTUDIO STUDY		RESULTADO RESULT	UNIDADES UNITS	REFERENCIA REFERENCE
GLUCOSA PRE		88	mg/dL	70 - 100

Tecnica: ENZIMATICO COLORIMETRICO / A-15

PERFIL LIPIDICO COMPLETO

COLESTEROL TOTAL	*	237	mg/dL	1 - 200
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD (LDL)	*	182	mg/dL	1 - 100
TRIGLICERIDOS		95	mg/dL	1 - 150
COLESTEROL ALTA DENSIDAD (HDL)		36	mg/dL	35 - 60

Método: ENZIMATICO COLORIMETRICO / A-15

RETHUS 1.100.964.789
Bacterióloga
Universidad de Pamplona

21/01/2026 09:00:34 am. Validado por: CLAUDIA MARCELA TORRES VARGAS

* = Resultado fuera del rango de referencia

202601210010

LABORATORIO CLÍNICO
LIGIA VARGAS CH.
CALLE 11 # 10 - 26 CONS. 209
315 3157009 - 7243269
LABLIVACHA@GMAIL.COM
SAN GIL - SANTANDER

INFORME / REPORT

Paciente / Patient:	**REYES RODRIGUEZ, AMANDA LUCIA**	**Fecha de ingreso/Date:**	21/01/2026 07:20:20 am.
Id Paciente/ Patient Id:	**37893268**	**Fecha de impresión/Print Date:**	21/01/2026 12:27:50 pm.
Edad/Age:	56 Años	**Doctor / Physician**	VARGAS LIGIA
Fecha Nac./Birthday:	08/08/1969	**Eps**	SALUD OCUPACIONAL
Sexo/Sex:	Femenino/Female		

HEMATOLOGIA

ESTUDIO STUDY		RESULTADO RESULT	UNIDADES UNITS	REFERENCIA REFERENCE
HEMOGRAMA				
RECUENTO DE LEUCOCITOS (WBC)		5.66	10^3/uL	4.50 - 11.00
NEUTROFILOS		3.62	10^3/uL	2.50 - 7.50
LINFOCITOS		1.77	10^3/uL	1.30 - 4.00
MIXTOS		0.28	10^3/uL	0.15 - 0.70
NEUTROFILOS (GRA%)		63.90	%	43.60 - 73.40
LINFOCITOS (LYM%)		31	%	25 - 40
MIXTOS (MID%)		4.90	%	3.00 - 7.00
RECUENTO DE GLOBULOS ROJOS (RBC)	*	5.38	10^6/uL	3.79 - 5.14
HEMOGLOBINA (HGB)		14.2	g/dl	12.0 - 15.0
HEMATOCRITO (HCT)		43.9	%	36.0 - 46.0
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (MCV)		82	fl	76 - 96
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (MCH)	*	26.40	pg	27.00 - 32.00
CONCETRACION DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (MCHC)		32.40	g/dl	31.70 - 34.20
ANCHO DE DISTRIBUCION ERITROCITARIA DS (RDWs)	*	34.80	fl	36.20 - 49.70
ANCHO DE DISTRIBUCION ERITROCITARIA (RDWcv)		13.7	%	11.3 - 16.7
RECUENTO DE PLAQUETAS (PLT)		206.00	10^3/uL	156.00 - 342.00
PLAQUETOCRITO (PCT)		0.16	%	0.16 - 0.36
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO (MPV)	*	7.60	fl	8.00 - 15.00
ANCHO DISTRIBUCION DE PLAQUETAS CV (PDWc)		38.10	%	37.80 - 43.60
OBSERVACIONES MICROSCOPICAS		.		

RETHUS 1.100.964.789
Bacterióloga
Universidad de Pamplona

21/01/2026 08:22:37 am. Validado por: CLAUDIA MARCELA TORRES VARGAS

* = Resultado fuera del rango de referencia

202601210010

LABORATORIO CLÍNICO
LIGIA VARGAS CH.
CALLE 11 # 10 - 26 CONS. 209
315 3157009 - 7243269
LABLIVACHA@GMAIL.COM
SAN GIL - SANTANDER

INFORME / REPORT

Paciente / Patient:	**REYES RODRIGUEZ, AMANDA LUCIA**	**Fecha de ingreso/Date:**	21/01/2026 07:20:20 am.
Id Paciente/ Patient Id:	**37893268**	**Fecha de impresión/Print Date:**	21/01/2026 12:27:50 pm.
Edad/Age:	56 Años	**Doctor / Physician**	VARGAS LIGIA
Fecha Nac./Birthday:	08/08/1969	**Eps**	SALUD OCUPACIONAL
Sexo/Sex:	Femenino/Female		

ORINAS

ESTUDIO STUDY		RESULTADO RESULT	UNIDADES UNITS	REFERENCIA REFERENCE
UROANALISIS				
EXAMEN FÍSICO-QUIMICO				
COLOR.		AMARILLO		
ASPECTO		TRANSPARENTE		
pH		5.0		
DENSIDAD		1.030		1.005 - 1030.000
PROTEINAS		0	mg/dL	
GLUCOSA (Citoquímico)		0.00	mg/dL	
SANGRE		0		
CETONAS		0.00	mg/dL	0.00 - 0.01
UROBILINOGENO		Normal	mg/dL	
BILIRRUBINAS		0.00	mg/dL	
LEUCOCITOS.		15	P.C.	
4 - 6 p.c				
NITRITOS		NEGATIVO		NEGATIVO
OBSERVACION MAC		No hay		

RETHUS 1.100.964.789
Bacterióloga
Universidad de Pamplona

21/01/2026 10:11:34 am. Validado por: CLAUDIA MARCELA TORRES VARGAS

EXAMEN MICROSCÓPICO				
CELULAS ESCAMOSAS		1 - 3 p.c	P.C.	
CELULAS RENALES		No hay	P.C.	
HEMATIES		No hay	P.C.	
MOCO		+		
BACTERIAS		Escasas		
Micelios.		No hay		
LEVADURAS		No hay		
CRISTALES	*	No hay		+
CILINDROS		No hay	P.C.	
OBSERVACION MIC		No hay		

RETHUS 1.100.964.789
Bacterióloga
Universidad de Pamplona

21/01/2026 10:11:34 am. Validado por: CLAUDIA MARCELA TORRES VARGAS

* = Resultado fuera del rango de referencia

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

AMANDA LUCIA REYES RODRIGUEZ

C.C 37.893.268

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 15 de febrero 2026

Francisco Camargo Salas
Director de Empleo Público

Código: 76915280000

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) AMANDA LUCIA REYES RODRIGUEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 37893268 realizó el día 15/02/2026 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 AMANDA LUCIA REYES RODRIGUEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 37893268 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) AMANDA LUCIA REYES RODRIGUEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 37893268 el día 15/02/2026 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

Bogotá D.C., 17 de febrero de 2026

Señores:
Dirección Administrativa y Financiera.
Servicio Nacional de Aprendizaje –SENA.
Dirección General.
Bogotá D.C.

***Asunto**: Notificación método de aplicación retención en la fuente.*

Amanda Lucia Reyes Rodríguez, identificado (a) con **CC 37893268,** de acuerdo con lo mencionado en la Circular No. 3-2024-000016 – "Cálculo de retención en la fuente sobre rentas de trabajo" y en relación a lo dispuesto en la Ley 2277 de diciembre 13 de 2022 y el Decreto 2231 de diciembre 22 de 2023, es preciso indicar que, para efectos de aplicar retención en la fuente a título de renta, en los pagos que realice el SENA, manifiesto que al momento de hacer mi declaración de renta me acogeré al:

- Artículo 383 E.T.: [X]

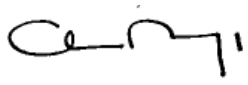
  Deducciones tributarias por ingresos laborales gravados.

- Articulo 392 y 401E.T.: [ ]

  Deducciones por utilización de costos y gastos.

Mencionado lo anterior, para efectos de la retención en la fuente aplicable a los servicios personales que presto al Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA, solicito que dicha retención se efectúe conforme a las tarifas establecidas en el artículo 383 del Estatuto Tributario.

Atentamente,



Amanda Lucia Reyes Rodríguez
CC. 37893268

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 17 de febrero de 2026

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:

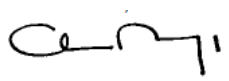
T.I.	**1101624246**	**MARIA GABRIELA FIGUEROA REYES**	**HIJO**

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: AMANDA LUCIA REYES RODRIGUEZ
C.C. 37.893.268

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1101624246

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 39365603

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 2 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código R 6 H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - SANTANDER - SAN GIL (NOTARIA SEGUNDA)

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
FIGUEROA	REYES

Nombre(s)

MARIA GABRIELA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2011 Mes OCT Día 11	Femenino	AB	Positivo

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA - SANTANDER - SAN GIL

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	52857991-4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

REYES RODRIGUEZ AMANDA LUCIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO.37.893.268	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

FIGUEROA CABALLERO FRANKLIN

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 84.069.645	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

FIGUEROA CABALLERO FRANKLIN

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 84.069.645	X

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	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2011 Mes OCT Día 21	NUBIA CRUZ SOLANO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	NUBIA CRUZ SOLANO Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

L002 F046

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Arpa S.A. N.I.T. 830.321.151-0

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.101.624.246**

FIGUEROA REYES

APELLIDOS

MARIA GABRIELA

NOMBRES

maria gabriela figueroa

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-OCT-2011**

SAN GIL
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

11-OCT-2029

FECHA DE VENCIMIENTO

AB+ G S RH

F SEXO

22-NOV-2018 SAN GIL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

P-2718100-01061468-F-1101624246-20190214 **00644**78217A 1 50812960