



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     | 27277-440030    |

**DATOS DEL CONTRATISTA**

|  |                                   |   |                 |
|--|-----------------------------------|---|-----------------|
| Nombres y apellidos:   | JAMER ARMANDO RODRÍGUEZ SALAMANCA | Banco a consignar:                              | BANCO DE BOGOTA |
| Cédula de Ciudadanía   | 1.013.596.651                     | Tipo de cuenta:                                 | AHORROS         |
| Correo electrónico:  | jaarodriguez@sena.edu.co          | Número de Cuenta:                               | 019859263       |
| 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?                                    |                                   |   |                 |
| Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a \$69.718.600   |                                   |   |                 |
| 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) |                                   |   |                 |
| ¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?                       |                                   |   |                 |
| Concepto del pago corresponde a:   |                                   |   |                 |
| TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.   |                                   |   |                 |

**DATOS DEL CONTRATO**

|  |  |                    |       |  |    |
|--|--|--------------------|-------|--|----|
| Nº del contrato:   | 9231699/2026   | Nº Compromiso SIIF | 19126 | Número de pagos durante la vigencia del contrato | 11 |
| OBJETO CONTRACTUAL:<br>(Descripción del servicio prestado) | APOYOS ADM Y GEST:9-2026-006146-PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR LA ADMINISTRACIÓN, ESTRUCTURACIÓN, SEGUIMIENTO Y MEJORA CONTINUA DEL PROCESO INTEGRAL DE INTERVENTORÍA |                    |       |  |    |

**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                | Retención en la Fuente del Periodo    | \$ 0        |
| <b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>       | <b>\$ 7.400.000</b> |                                       | <b>\$ 0</b> |
| <b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b> | <b>\$ 3.655.740</b> | <b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b> | <b>\$ 0</b> |

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

|  | Febrero       | Enero        |   |                       | TARIFA |
|--|---------------|--------------|---|-----------------------|--------|
| Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS                                     | -----         | 27507904     | Base retención en la fuente a título de RENTA | 3.655.740,00          |        |
| Ingreso Base de Cotización - IBC   | \$ 2.960.000  | \$ 0         | Base retención en la fuente a título de ICA   | 6.556.400,00          |        |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud                                    | \$ 370.000    | \$ 0         | Valor base IVA                                | 0,00                  |        |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión                                  | \$ 473.600    | \$ 0         | IVA (Si es RESPONSABLE)                       | 0,00                  | 19%    |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional                            | \$ -          | \$ 0         | Menos Retención en la Fuente                  | 0,00                  | 0,00%  |
| ARL  | \$ 15.500     | \$ 0         | Menos Retención IVA                           | 0,00                  | 15%    |
|  | \$            |              | Reteica - 8299 - BOGOTÁ                       | 63.335,00             | 0,966% |
|  | \$            |              |   | 0,00                  | 0%     |
|  | \$            |              |   | 0,00                  | 0%     |
|  | \$            |              |   | 0,00                  | 0%     |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias                          | \$ 448.000    |              |   | 0,00                  | 0%     |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC  | \$ -          |              | Otras Retenciones                             | 0,00                  | 0,000% |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias                            | \$ 448.000    |              | Otras Retenciones                             | 0,00                  | 0,000% |
| Intereses Prestamo de Vivienda   | \$ -          |              | Otras Retenciones                             | 0,00                  | 0,000% |
| Dependientes hasta   | \$ 740.000    |              | Otras Retenciones                             | 0,00                  | 0,000% |
| Salud hasta  | \$ 837.984    | \$ 412.965   | Otras Retenciones                             | 0,00                  | 0,000% |
| Renta Exenta 25%   | \$ 37.927.505 | \$ 1.123.000 |   | 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>\$7.336.665,00</b> |        |

**SON: SIETE MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS M/CTE**

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

Participé en comités y mesas como enlace con la Coordinación Nacional, apoyando articulación y elaboración de actas.  
Elaboré informe de normatividad del Fondo Emprender para las convocatorias 131 a 148.  
Gestioné información y trazabilidad de planes como enlace entre interventoría y Coordinación Nacional.  
Durante el periodo no se han recibido comunicaciones tipo PQRS asociadas al proceso de interventoría.  
Asistí y participé en todas las reuniones de lineamientos convocadas por la Coordinación Nacional.  
Durante el periodo no se han recibido requerimientos adicionales por parte de la Supervisión o Coordinación Nacional.

**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

**JAMER ARMANDO RODRÍGUEZ SALAMANCA  
EL CONTRATISTA**

**CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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

- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;
- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro;
- 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,

**GENNY ANDREA GARCIA PEREIRA  
TECNICO G01**

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**

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR  
COMPENSAR  
NIT 860.066.942-7**

**CERTIFICA QUE**

Que el(la) señor(a) JAMER ARMANDO RODRIGUEZ SALAMANCA identificado(a) con Cedula Ciudadania 1013596651, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestaci??n según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

| Fecha Afiliación | Fecha Retiro |
|------------------|--------------|
| 20200908         | 0            |

Beneficiarios:

| Nombre Beneficiario              | Paren. | Identificación | Tipo de Identificación | Fecha de Afiliación | Fecha de Retiro | Estado Afiliación |
|----------------------------------|--------|----------------|------------------------|---------------------|-----------------|-------------------|
| LUCAS MATIAS RODRIGUEZ RODRIGUEZ | HI     | 1011263475     | RC                     | 20220828            | No Registrada   | Activo            |
| KAREN DAYAN RODRIGUEZ MUÑOZ      | CY     | 1016049191     | CC                     | 20220301            | 20251029        | Retirado          |

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 28 días del mes de Enero de 2.026

**Observaciones:**

**Con destino a:**

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multifiliación en el SGSSS..

Cordialmente,  
COMPENSAR EPS.





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

**En su condición de administradora del  
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

**CERTIFICA QUE:**

**JAMER ARMANDO RODRIGUEZ SALAMANCA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.013.596.651**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 28 de Enero del 2026.

Cordialmente,

---

Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:**

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

# LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

## CERTIFICA QUE:

JAMER ARMANDO RODRIGUEZ SALAMANCA identificado con CC. 1013596651 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> | 2026/01/29                 | <b>Fecha inicio contrato</b>      | 2026/01/29  |
| <b>Tipo de vinculación</b>          | Independiente con Contrato | <b>Fecha de fin contrato</b>      | 2026/12/31  |
| <b>Riesgo</b>                       | 1                          | <b>Código actividad económica</b> | 1701001 - ACTIVIDADES DE ADMINISTRACION EMPRESARIAL, INCLUYE LA SUPERVISION, LA GESTION DE OTRAS UNIDADES DE LA |
| <b>Estado afiliación</b>            | Activo                     |                                   |   |
| <b>Fecha retiro</b>                 |                            | <b>Estado del contrato</b>        | Activo  |

Esta certificación se expide a los 18 días del mes de febrero del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en [www.positivaenlinea.gov.co](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: **CC18022026J1013596651R9576848**. 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

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                   |        |                        |                    |                           |
|---------------------|-------------------|-----------------------------------|--------|------------------------|--------------------|---------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                  |        | DIRECCIÓN              | TELÉFONO           | CORREO                    |
| CC                  | 1013596651        | JAMER ARMANDO RODRIGUEZ SALAMANCA |        | CALLE 27B SUR # 35a-26 | 3124337227         | salamanca.jamer@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                   | CÓDIGO | DEPARTAMENTO           | CIUDAD / MUNICIPIO |                           |
| ÚNICA               | I - Independiente |                                   |        | BOGOTÁ D. C.           | BOGOTÁ, D. C.      |                           |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |     |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |     |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS     | UPC |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1             | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |     |
| 2026-01              | 2026-01                           | I             | 11/02/2026               | 27507904        | \$922.300     |     |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

### TOTALES SALUD

| Código EPS | Nombre        | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|---------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
|            |               |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS008     | Compensar EPS | 860066942-7 | 350.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 350.000       | 1             |

### TOTALES PENSIÓN

| Código AFP | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|----------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| 230301     | Porvenir | 800224808-8 | 448.000                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     | 0              | 448.000       | 1             |

### TOTALES RIESGOS LABORALES

| Código ARL | Nombre           | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|------------------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
|            |                  |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-23      | Positiva Seguros | 860011153-6 | 68.300                 |                  |       |                        | 68.300                | 0         | 0                     | 68.300              |                            |                     | 683               | 68.300        | 1             |

### TOTALES CAJAS

| Código CCF | Nombre         | NIT         | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|----------------|-------------|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| CCF24      | Compensar Caja | 860066942-7 | 56.000       | 0         | 0                 | 56.000        | 1             |

### TOTALES PARAFISCALES

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| <b>SENA</b>  |           |                   |               |               |
| 0            | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ICBF</b>  |           |                   |               |               |
| 0            | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ESAP</b>  |           |                   |               |               |
|              |           |                   |               |               |
| <b>MEN</b>   |           |                   |               |               |
|              |           |                   |               |               |

### TOTALES POR SUBSISTEMA

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar  |
|---------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| Salud               | 1                              | 350.000                             | 350.000        |
| Pensión             | 1                              | 448.000                             | 448.000        |
| Riesgos Laborales   | 1                              | 68.300                              | 68.300         |
| CCF                 | 1                              | 56.000                              | 56.000         |
| ESAP                | 0                              | 0                                   | 0              |
| ICBF                | 0                              | 0                                   | 0              |
| MEN                 | 0                              | 0                                   | 0              |
| SENA                | 0                              | 0                                   | 0              |
| <b>TOTALES</b>      | <b>4</b>                       | <b>922.300</b>                      | <b>922.300</b> |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                   |        |                        |                    |                           |
|---------------------|-------------------|-----------------------------------|--------|------------------------|--------------------|---------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                  |        | DIRECCIÓN              | TELÉFONO           | CORREO                    |
| CC                  | 1013596651        | JAMER ARMANDO RODRIGUEZ SALAMANCA |        | CALLE 27B SUR # 35a-26 | 3124337227         | salamanca.jamer@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                   | CÓDIGO | DEPARTAMENTO           | CIUDAD / MUNICIPIO |                           |
| ÚNICA               | I – Independiente |                                   |        | BOGOTÁ D. C.           | BOGOTÁ, D.C.       |                           |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |          |     |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|----------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD |     |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLADOS | UPC |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1        | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 | TOTAL A PAGAR |                          |                 |          |     |
| 2026-01              | 2026-01                           | \$922.300     |                          |                 |          |     |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                                   |  |  |  |                       |         |           |           |     |     |     |     |     |     |         |     |      |     |       |    |      |                   |     |            |          |           |            |                       |                      |                                |                                 |          |           |                        |          |           |                 |            |            |           |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|-----------------------------------|--|--|--|-----------------------|---------|-----------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|------|-----|-------|----|------|-------------------|-----|------------|----------|-----------|------------|-----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|-----------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                                   |  |  |  | INFORMACIÓN NOVEDADES |         |           |           |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |      |     | SALUD |    |      | RIESGOS LABORALES |     |            | CCF      |           |            | PARAFISCALES          |                      |                                |                                 |          |           |                        |          |           |                 |            |            |           |            |                        |             |             |             |            |
| No.                   | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres               |  |  |  | Cotizante             | Subjugo | Exonerado | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP     | VBT | SILN | ISE | MA    | MA | ASAP | VCT               | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP   | Cotización | Voluntario o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS   | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL   | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF   | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1                     | CC   | 1013596651            | RODRIGUEZ SALAMANCA JAMER ARMANDO |  |  |  | 59                    | 0       | N         |           |     |     |     |     |     |     |         |     |      |     |       |    |      |                   |     |            | 230301   | 2.800.000 | 448.000    | 0                     | 0                    | 0                              | 0                               | EPS008   | 2.800.000 | 350.000                | 14-23    | 2.800.000 | 3               | 68.300     | CCF24      | 2.800.000 | 56.000     | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

# PAGADA

2. Concepto  Actualización

4. Número de formulario

141207986358



(415)7707212489984(8020) 000014120798635 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 1 3 5 9 6 6 5 1

6. DV

0

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

## IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

26. Número de Identificación

1 0 1 3 5 9 6 6 5 1

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

RODRIGUEZ

32. Segundo apellido

SALAMANCA

33. Primer nombre

JAMER

34. Otros nombres

ARMANDO

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 27 B SUR 35 A 26

42. Correo electrónico

salamanca.jamer@gmail.com

43. Código postal

1 1 1 6 2 1

44. Teléfono 1

3 1 2 4 3 3 7 2 2 7

45. Teléfono 2

## CLASIFICACIÓN

## Actividad económica

## Ocupación

## Actividad principal

46. Código

7 4 9 0

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 5 0 2 0 3

## Actividad secundaria

48. Código

8 2 1 1

49. Fecha inicio actividad

2 0 2 5 0 2 0 3

## Otras actividades

50. Código

1 2

51. Código

4 1 2 2

52. Número establecimientos

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que JAMER ARMANDO RODRIGUEZ SALAMANCA, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.013.596.651 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de Ahorros Cuentas Privadas No. 019859263, abierta/o desde el 15/1/2026.

Se expide en Bogotá el día 18 del mes de Enero del año 2026 con destino a: Fundacion ALMA



---

Firma Autorizada

**PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL  
DECRETO 1082 DE 2015**

|                                       |      |      |                     |      |      |                 |      |                                |      |             |                  |
|---------------------------------------|------|------|---------------------|------|------|-----------------|------|--------------------------------|------|-------------|------------------|
| CIUDAD DE EXPEDICIÓN:<br>BOGOTA, D.C. |      |      | SUCURSAL:<br>BOGOTA |      |      | COD. SUC:<br>11 |      | NO. PÓLIZA:<br>11-46-101106270 |      | ANEXO:<br>0 |                  |
| FECHA EXPEDICIÓN:                     |      |      | VIGENCIA DESDE:     |      |      | A LAS:          |      | VIGENCIA HASTA:                |      | A LAS:      |                  |
| DÍA:                                  | MES: | AÑO: | DÍA:                | MES: | AÑO: | HORAS:          | DÍA: | MES:                           | AÑO: | HORAS:      | TIPO MOVIMIENTO: |
| 30                                    | 01   | 2026 | 02                  | 02   | 2026 | 00:00           | 30   | 04                             | 2027 | 23:59       | EMISIÓN ORIGINAL |

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

|                        |                                   |                 |                                 |
|------------------------|-----------------------------------|-----------------|---------------------------------|
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | RODRIGUEZ SALAMANCA JAMER ARMANDO | IDENTIFICACIÓN: | C.C. :1,013,596,651             |
| DIRECCIÓN:             | CALLE 27S 35A-26                  | CIUDAD:         | BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL |
|                        |                                   | TELÉFONO:       | 3124337227                      |

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

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

**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.9231699 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: 1\_5055\_66\_12\_2026 PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR LA ADMINISTRACIÓN, ESTRUCTURACIÓN, SEGUIMIENTO Y MEJORA CONTINUA DEL PROCESO INTEGRAL DE INTERVENTORIA Y ACOMPAÑAMIENTO DE LOS PLANES DE NEGOCIO FINANCIADOS POR EL FONDO EMPRENDER, EN SUS DIFERENTES ETAPAS, DE ACUERDO CON EL MODELO OPERATIVO, LAS DIRECTRICES Y LOS INDICADORES DEL FONDO EMPRENDER SENA, EN COHERENCIA CON EL PLAN ESTRATÉGICO E INSTITUCIONAL ESTABLECIDO.

**AMPAROS**

|                           |                         |                 |                   |
|---------------------------|-------------------------|-----------------|-------------------|
| RIESGO:                   | PRESTACION DE SERVICIOS |                 |                   |
| AMPAROS:                  | VIGENCIA DESDE:         | VIGENCIA HASTA: | SUMA ASEG/ACTUAL: |
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 02/02/2026              | 30/04/2027      | \$ 8,140,000.00   |
| ACLARACIONES:             |                         |                 |                   |

|                   |                    |             |                |                       |               |
|-------------------|--------------------|-------------|----------------|-----------------------|---------------|
| VALOR PRIMA NETA: | GASTOS EXPEDICIÓN: | IVA:        | TOTAL A PAGAR: | VALOR ASEGURADO TOTAL | PLAN DE PAGO: |
| \$ 20,160.44      | \$ 8,000.00        | \$ 5,350.48 | \$ 33,510.92   | \$ 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.

*(Firma Autorizada)*



*(Firma Tomador)*

11-46-101106270

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Finanzas

FIRMA TOMADOR





NIT. 860.009.578-6

## 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 PREVE 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, SE GURESTADO 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 SE GURESTADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DEBERÁ GARANTIZAR EL DEBIDO PROCESO DE SE GURESTADO 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 SE GURESTADO.

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 SE GURESTADO. 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 SE GURESTADO. 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 SE GURESTADO. 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, SE GURESTADO 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 SE GURESTADO, SIN PERJUICIO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN EL EVENTO DE DECLARATORIA DE CADUCIDAD DECIDA CONTINUAR LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRATADO A TRAVÉS DE SE GURESTADO 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, SE GURESTADO 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 SE GURESTADO.

### 8. PLAZO PARA EL PAGO.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SE GURESTADO 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, SE GURESTADO 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 SE GURESTADO 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.

SE GURESTADO 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, PREVALECEERÁN 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.

| Expedido en                                    | Sucursal   | Código Sucursal | Fecha de Pago | Clave                  | Intermediario               |
|--|--|-----------------|---------------|------------------------|-----------------------------|
| BOGOTA, D.C.                                   | OFICINA PRINCIPAL                                    | 1               | 30/01/2026    | 174346                 | POLANIA VEGA CIA LTDA       |
| <b>Tomador:</b>                                | JAMER ARMANDO RODRIGUEZ SALAMANCA                    |                 |               |                        | <b>NIT/CC</b><br>1013596651 |
| <b>Suma de:</b>                                | TREINTA Y TRES MIL QUINIENTOS DIEZ PESOS M/CTE.***** |                 |               |                        |                             |
| <b>Pagador:</b>                                | JAMER ARMANDO RODRÍGUEZ SALAMANCA                    |                 |               |                        | <b>NIT/CC</b><br>1013596651 |
| <b>Por concepto de:</b>                        | APLICACION PORTAL DE RECAUDOS #437139855             |                 |               |                        |                             |
| Suc-Ramo-Póliza-Endoso-Cuota                   | Prima  | Gasto           | IVA           | Runt                   | Valor                       |
| 11-BOGOTA-46-CU. ENTIDAD.EST.ONL-101106270-0-1 | \$20.160,44  | \$8.000,00      | \$5.350,48    | \$0,00                 | \$33.510,92                 |
| Otros conceptos de pago                        |  |                 |               |                        | Valor                       |
| CUENTA PUENTE INTERSUCURSALES                  |  |                 |               |                        | \$33.510,00                 |
| APROVECHAMIENTOS                               |  |                 |               |                        | \$-0,92                     |
| Forma de pago                                  |  |                 |               |                        |                             |
| <b>Ahorro:</b>                                 | \$0,00   |                 |               |                        | <b>Corriente:</b> \$0,00    |
|  |  |                 |               | <b>Tarjeta:</b> \$0,00 |                             |
|  |  |                 |               | <b>Otro:</b> \$0,00    |                             |
| <b>Transacción:</b> 17930893                   |  |                 |               | <b>Total:</b>          | <b>\$33.510,00</b>          |
|  |  |                 |               | <b>Cajero:</b>         | PAGUESTADO                  |

 **Pago exitoso**

Número de autorización 856202

Viernes, 30 de enero de 2026, 1:49:10 p. m.

**Detalle**

**\$33.510**

Valor Pagado

IVA incluido: \$0

Pago a: SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Débito desde: Cuenta de Ahorros \*9263

Descripción: Internet

---

Fecha y hora inicio transacción 2026-01-30 13:48:19

NIT del comercio 8600095786

Número de factura 1724192893

Código Único de Seguimiento 20723481

Dirección IP: 191.156.238.78

---

Referencia 1: 1724192893

Referencia 2: NIT

Referencia 3: 8600095786



COSMOS SUPPORT SAS  
 Nit: 9005304667  
 Dirección: Calle 57 N 18 21  
 Teléfono: 321 510 9956  
 Email: info@clinicocosmos.com  
 agendamiento@clinicocosmos.com



### Información General

|                   |   |                 |   |
|-------------------|---|-----------------|---|
| No. ingreso       | 60816                                       | Fecha Impresión | 28/01/2026                              |
| Fecha Ingreso     | 28/01/2026                                  | Nombre          | RODRIGUEZ<br>SALAMANCA JAMER<br>ARMANDO |
| CC                | 1013596651                                  | Sede            | COSMOS SUPPORT                          |
| Cargo             | PROFESIONAL<br>ESPECIALIZADO                | Tipo de examen  | EXAMEN INGRESO                          |
| Fecha Nacimiento  | 21/04/1988                                  | Edad            | 37                                      |
| Dirección         | BOGOTA                                      | Teléfono        | SIN DATO                                |
| Estado Civil      | Casado                                      | # Hijos         | 1                                       |
| Empresa a Laborar | SERVICIO NACIONAL<br>DE APRENDIZAJE<br>SENA | Fecha de salida | 28/01/2026                              |



Nombre Acompañante

### Exámenes Complementarios

| Examen                 | Resultado     | Examen | Resultado |
|------------------------|---------------|--------|-----------|
| ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR: | <u>NORMAL</u> |        |           |
| AUDIOMETRÍA:           | <u>NORMAL</u> |        |           |
| VISIOMETRÍA:           | <u>NORMAL</u> |        |           |

### Certificación de Aptitud

**APTO PARA LABORAR EN EL CARGO**

### Concepto de acuerdo al énfasis

OSTEOMUSCULAR: **SIN RECOMENDACIONES NI RESTRICCIONES.**  
 ALTURAS: .  
 ESPACIOS CONFINADOS: .

### Recomendaciones Generales

- Control periódico ocupacional
- Hábitos nutricionales saludables
- Utilización de EPP Elementos de Protección personal de acuerdo al cargo Ejercicio regular 3 veces / semana

### Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

- ◆ **OSTEOMUSCULAR:** Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- ◆ **VISUAL:** Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo.  
Pausa activa visual.
- ◆ **ALTURAS:** N/A
- ◆ **AUDITIVO:** Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido y reposo auditivo extralaboral.

### Sistema de Vigilancia Epidemiológica

### Énfasis en el examen del sistema osteomuscular

En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERÍDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

Profesional: **RODRIGUEZ ALEJANDRO MÉNDEZ G**  
 CC: 1.032.395.042  
 Registro médico: 1032395042  
 R.M. 1.032.395.042

Firma del trabajador: **RODRIGUEZ SALAMANCA JAMER ARMANDO**  
 CC: CC1013596651

Uso Esterno



# Función Pública



Verificados los resultados del participante en el curso virtual

**Función Pública certifica que:**

**Jamer Armando Rodríguez Salamanca**

C.C 1.013.596.651

Participó y completó el curso virtual

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

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 17 de febrero 2026

**Francisco Camargo Salas**  
Director de Empleo Público



Código: 761620119000



### Hace constar:

Que el Sr(a) JAMER ARMANDO RODRÍGUEZ SALAMANCA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1013596651 realizó el día 17/02/2026 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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

---

### Compromiso SST:

Yo JAMER ARMANDO RODRÍGUEZ SALAMANCA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1013596651 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) JAMER ARMANDO RODRÍGUEZ SALAMANCA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1013596651 el día 17/02/2026 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

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

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA



Bogotá, febrero 2026

Señores

Servicio Nacional De Aprendizaje (SENA)  
Bogotá

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:

**RC 1.011.263.475 LUCAS MATÍAS RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ Hijo**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años (ANEXAR REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO).

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,

JAMER ARMANDO RODRÍGUEZ SALAMANCA  
C.C. 1.013.596.651

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

# ANEXO 3



Bogotá D.C., 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.

Yo Jamer Armando Rodríguez Salamanca identificado con CC. 1.013.596.651 de Bogotá, 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.:   
Deducciones tributarias por ingresos laborales gravados.

• Artículo 392 y 401 E.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,

FIRMA

JAMER ARMANDO RODRÍGUEZ SALAMANCA

CC 1.013.596.651



**REGISTRADURÍA  
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL  
REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial **58059974**

NUIP **1011263475**



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

Registraduría  Notaría  Número  Consulado  Corregimiento  Inspección de Policía  Código A 1 H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento a/o Inspección de Policía  
**COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. NOTARIA 50 BOGOTÁ DC**

**Datos del inscrito**

Primer Apellido **RODRIGUEZ** Segundo Apellido **RODRIGUEZ**  
 Nombre(s) **LUCAS MATÍAS**

Fecha de nacimiento Año **2022** Mes **AGO** Día **28** Sexo (en letras) **MASCULINO** Grupo sanguíneo **O** Factor RH **POSITIVO**

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento a/o Inspección)  
**COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C.**

**Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos** **CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO** Número certificado de nacido vivo **22081110061655**

**Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con líneas matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)**

Apellidos y nombres completos **RODRIGUEZ MUÑOZ KAREN DAYAN**

Documento de identificación (Clase y número) **CC No. 1016049191** Nacionalidad **COLOMBIA**

**Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con líneas matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)**

Apellidos y nombres completos **RODRIGUEZ SALAMANCA JAMER ARMANDO**

Documento de identificación (Clase y número) **CC No. 1013596651** Nacionalidad **COLOMBIA**

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos **RODRIGUEZ SALAMANCA JAMER ARMANDO**

Documento de identificación (Clase y número) **CC No. 1013596651** 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 **2022** Mes **AGO** Día **30**

**Nombre y firma del funcionario que autoriza**  
**JORGE URIBE ROLDAN**  
 Nombre y firma

**Reconocimiento paterno**

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma Nombre y firma

**ESPACIO PARA NOTAS**

**NOTARIA 50 DE BOGOTÁ, D.C.  
REGISTRO CIVIL**

El presente Registro es copia (fotocopia) auténtica tomada del original que reposa en nuestros archivos de Registro Civil de Nacimiento. Válido para acreditar parentesco.

Se expide a solicitud de **Jamer Armando Rodriguez**  
 Bogotá D.C.

**31 AGO 2022**



ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO