

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO) DIRECCIÓN GENERAL SENA FONDO EMPRENDER Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		1				
			Código Centro		505255				
			Fecha Elaboración		Diciembre de 2025				
			Versión		ENERO - 2.25				
			ID de Proceso		52501-151856				
DATOS DEL CONTRATISTA									
Nombres y apellidos:		MORAN MORAN ANA CRISTINA		Banco a consignar:		BANCO COLPATRIA			
Cédula de Ciudadanía		37.088.340		Tipo de cuenta:		AHORROS			
Correo electrónico:		amoran@sena.edu.co		Número de Cuenta:		1612058831			
IP/N° de contacto:				Presta Servicios Excluidos de IVA:		SI			
Inducción SST:		SI		Pertenece al régimen simple de tributación:		NO			
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		Es declarante de renta por el año gravable 2024		SI			
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?						NO			
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000						NO			
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a \$164.336.700 (debe registrarse como responsable del IVA)						NO			
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?						NO			
Concepto del pago corresponde a:						Ninguno			
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.						0,00%			
DATOS DEL CONTRATO									
N° del contrato:		8523603/2025	N° Compromiso SIIF		18825	Número de pagos durante la vigencia del contrato	2		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		SERVICIOS PERSONALES:01-9-2025-100776,PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA LA EVALUACIÓN DE LOS PLANES DE NEGOCIO ASIGNADOS POR EL FONDO EMPRENDER, VALIDANDO EL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES TÉCNICAS Y CRITERIOS ESTABLECIDOS DE A							
DATOS PERIODO DEL PAGO									
Mes:		Noviembre		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 12.613.333			
Número de pago		1		Valor Total del Contrato:		\$ 12.613.333			
Valor Bruto Pago:		\$ 3.813.333,00		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 8.800.000			
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO									
Ingresos por honorarios		\$ 3.813.333		Ninguno		0,00%			
Ingresos por comisiones		\$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0			
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0							
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 3.813.333		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0			
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE		\$ 2.242.200		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR									
		Noviembre		Octubre		Base retención en la fuente a titulo de RENTA		2.242.200,00	TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		35629801		Base retención en la fuente a titulo de ICA		3.378.533,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.525.333		\$ 0		Valor base IVA		0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 190.700		\$ 0		IVA (Si es RESPONSABLE)		0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 244.100		\$ 0		Menos Retención en la Fuente		0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA		0,00	15%
ARL		\$ 8.000		\$ 0		Reteica - 8299 - BOGOTÁ		32.637,00	0,966%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -						0,00	0%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -						0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -						0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -						0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -						0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -						0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -						0,00	0,000%
Dependientes hasta		\$ 381.333						0,00	0,000%
Salud hasta		\$ 796.784		\$ -				0,00	0,000%
Renta Exenta 25%		\$ 6.556.868		\$ 747.000				0,00	0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 0							
Retención en la Fuente Contingente		\$				Descuentos de embargo (Si tiene)		0,00	
						VALOR A PAGAR		\$3.780.696,00	
SON: TRES MILLONES SETECIENTOS OCHENTA MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS M/CTE									
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO									
1.1 Ejecuté la evaluación integral de 59 planes de negocio correspondientes a la convocatoria 133, en el componente de creación.									
2.1. Verifiqué las condiciones de acuerdo a los lineamientos SENA para la evaluación de los 59 planes de negocio.									
3.1. Apliqué las rubricas de evaluación correspondientes a la modalidad de Creación, validando los indicadores específicos exigidos.									
4.1 Informé al SENA, a través de los conceptos de evaluación emitidos, sobre los planes que no cumplieron con los criterios mínimos de									
5.1. Cumplí con los tiempos establecidos por el SENA para la entrega de la evaluación de planes de negocio.									
6.1. Construí la evaluación por cada informe a las instrucciones que se dieron y dí el concepto de viable o no viable, encontrando su									
7.1. Entregué el consolidado del evaluador y los consolidados de los planes de negocio.									
8.1. Realicé los ajustes recomendados por el SENA a dos planes de negocio.									
13.1. Participo en reuniones virtuales con la entidad para recibir los lineamientos metodológicos de la evaluación.									
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									
 MORAN MORAN ANA CRISTINA EL CONTRATISTA									
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO									
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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 periodo de cobro;									
3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.									
Autorizo el presente pago. El Supervisor,  HOVER CAMARGO SANJUAN OFICINISTA G03									
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									



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

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

CERTIFICA

Que Ana Cristina Moran Moran, identificado(a) con CC número 37088340, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 37088340
NOMBRES Y APELLIDOS	Ana Cristina Moran Moran
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	16/08/1985
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/06/2020
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	21 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	21 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	07/03/2025
NIVEL SISBEN	2
EMPLEADOR(ES)*	

N.I.T. 806007527 HANDICAP INTERNACIONAL Desde
18/03/2025 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA 37088340 ANA
CRISTINA MORAN MORAN Desde 01/11/2025 Hasta
31/12/2025N.I.T. 806007527 HANDICAP INTERNACIONAL Desde
02/12/2024 Hasta 31/01/2025



**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:

ANA CRISTINA MORAN MORAN, identificado(a) con cédula de ciudadanía **37.088.340**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Diciembre del 2025.

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:

ANA CRISTINA MORAN MORAN identificado con CC. 37088340 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

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

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2025/11/06	Fecha inicio contrato	2025/11/06
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	Fecha de fin contrato	2025/12/27
Riesgo	1	Código actividad económica	1702001 - ACTIVIDADES DE CONSULTORIA DE GESTION, INCLUYE ASESORIA, ORIENTACION Y ASISTENCIA OPERACIONAL A EMPRESAS
Estado afiliación	Activo		
Fecha retiro		Estado del contrato	Activo

Esta certificación se expide a los 26 días del mes de diciembre del 2025.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co 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: **CC26122025A37088340M1977593**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑÍA 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 | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

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

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

Bogotá, 24 de noviembre de 2025

Señores Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA
Supervisora: Carolina Echeverry

Asunto: Presentación de afiliaciones y cronograma de pago de planillas

Cordial saludo,

Me permito informar que para el primer informe de pago presenté la respectiva afiliación a salud, pensión y ARL, en cumplimiento de los requisitos contractuales establecidos. Asimismo, comunicó que la planilla de aportes se presentará mes vencido, siguiendo el siguiente cronograma:

En noviembre, el pago correspondiente al mes de octubre.

En diciembre, los pagos correspondientes a los meses de noviembre y diciembre, con el fin de cumplir con el cierre contractual.

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

Atentamente,

A handwritten signature in black ink, reading "Ana Cristina Moran". The signature is fluid and cursive, with the first letters of the first and last names being capitalized and prominent.

ANA CRISTINA MORAN CC 37088340

Contrato No. CO1.PCCNTR.8523603 del 2025

SCOTIABANK COLPATRIA S.A.
NIT. 860.034.594-1

CERTIFICA QUE:

La cuenta de ahorros No. 1612058831 , con fecha de apertura 1 de Septiembre de 2017 , de la cual es titular:

El (la) señor(a): ANA CRISTINA MORAN MORAN
Identificado(a) con tipo de documento C No. 37.088.340

La cuenta en mención ha sido manejada de acuerdo a las normas establecidas por la entidad.

Damos esta información con la acostumbrada reserva bancaria.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 26 días del mes de Diciembre de 2025 .

Cordialmente,



Servicio al Cliente

Scotiabank Colpatria S.A.
www.scotiabankcolpatria.com
 **Scotiabank**  **COLPATRIA**

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

CIUDAD DE EXPEDICIÓN: BOGOTÁ, D.C.						SUCURSAL: ANTIGUO COUNTRY		COD. SUC: 21		NO. PÓLIZA: 21-46-101123196		ANEXO: 0	
FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:		VIGENCIA HASTA:		A LAS:		TIPO MOVIMIENTO: EMISIÓN ORIGINAL	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:			
07	11	2025	05	11	2025	00:00	05	05	2026	23:59			

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		MORAN MORAN ANA CRISTINA		IDENTIFICACIÓN:		C.C. :37,088,340	
DIRECCIÓN:		CR 40 15 58 BRR LAS MARGARITAS		CIUDAD:		PASTO - NARIÑO	
				TELÉFONO:		3166205356	

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:		SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE		IDENTIFICACIÓN:		NIT. :899,999,234-1					
DIRECCIÓN:		CALLE 57 8 69		CIUDAD:		BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL		TELÉFONO:		5461500	
ADICIONAL:											

OBJETO DEL SEGURO

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

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.8523603 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: 1_5055_136_2025 PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA LA EVALUACIÓN DE LOS PLANES DE NEGOCIO ASIGNADOS POR EL FONDO EMPRENDER, VALIDANDO EL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES TÉCNICAS Y CRITERIOS ESTABLECIDOS DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE APLICABLE

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS			
AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	05/11/2025	05/05/2026	\$ 1,760,000.00
ACLARACIONES:			

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

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

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

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



Ana
Cristina
Morán

Firmado
digitalmente por
Ana Cristina Morán
Fecha: 2025.11.18
17:08:36 -05'00'

21-46-101123196

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

USTED PUEDE CONSULTAR ESTAR PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

Oficina Principal: Autopista Norte # 103 - 60, Piso 5 Bogotá D.C. Piso 5.Teléfono: 601-2186977, 601-6019330

900961037

NO EFECTUAR RETENCIÓN EN LA FUENTE POR NINGUN CONCEPTO * RESPONSABLE IVA

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

Hacemos constar, que la póliza No. 21-46-101123196, 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 BOGOTÁ, D.C., a los 7 días del mes de Noviembre de 2025


FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

Oficina Principal: Autopista Norte # 103 - 60, Piso 5 Bogotá D.C. Teléfono: 601-2186977, 601-6019330
ASISTENCIA CELULAR #388 - FUERA DE BOGOTÁ 018000123010

www.segurosdelestado.com

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que:

RECIBO DE PAGO N°:

21461011231960

FECHA				
CONTADO				
RECIBIMOS DE:	MORAN MORAN ANA CRISTINA		C.C. C.C. :37,088,340	
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE			
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 21-46-101123196			
SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
ANTIGUO COUNTRY - CU. ESTATAL - 101123196 - 0 - 0	\$ 20,000.00	\$ 8,000.00	\$ 5,320.00	\$ 33,320.00
FORMA DE PAGO				
INTERMEDIARIO: FORWARD INSURANCE LTDA - 194691			EFFECTIVO:	\$ 33,320.00
			CHEQUE:	\$ 0.00
			TARJETA:	\$ 0.00
			BD:	\$ 0.00
			OTROS:	\$ 0.00
			TOTAL:	\$ 33,320.00
			CAJERO: RAPIESTADO	

ORIGINAL

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que:

RECIBO DE PAGO N°:

21461011231960

FECHA				
CONTADO				
RECIBIMOS DE:	MORAN MORAN ANA CRISTINA		C.C. C.C. :37,088,340	
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE			
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 21-46-101123196			
SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
ANTIGUO COUNTRY - CU. ESTATAL - 101123196 - 0 - 0	\$ 20,000.00	\$ 8,000.00	\$ 5,320.00	\$ 33,320.00
FORMA DE PAGO				
INTERMEDIARIO: FORWARD INSURANCE LTDA - 194691			EFFECTIVO:	\$ 33,320.00
			CHEQUE:	\$ 0.00
			TARJETA:	\$ 0.00
			BD:	\$ 0.00
			OTROS:	\$ 0.00
			TOTAL:	\$ 33,320.00
			CAJERO: RAPIESTADO	

COPIA

**PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.21-46-101123196**

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 SUJECCIÓN A LA DEFINICIÓN DE LAS CONDICIONES ADELANTE INDICADAS, LLEGARE A CAUSAR EL GARANTIZADO POR EL INCUMPLIMIENTO QUE, ATRIBUIBLE A SU ACCIÓN U OMISIÓN, PRODUJERE.

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

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

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

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

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

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

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

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

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

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

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

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

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

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

OBLIGACIONES SURGIDAS DEL CONTRATO AMPARADO POR LA GARANTÍA.

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

EL AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES DE NATURALEZA LABORAL, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS QUE SE LE 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.

3. SUMA ASEGURADA.

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

4. VIGENCIA.

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

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

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

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

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

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

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

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

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

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

6. COMPENSACIÓN.

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

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

8. PLAZO PARA EL PAGO.

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

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

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

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

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

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

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

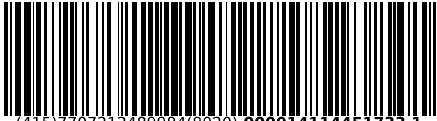
LA PRESENTE PÓLIZA NO EXPIRARÁ POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NI PODRÁ SER REVOCADA UNILATERALMENTE.

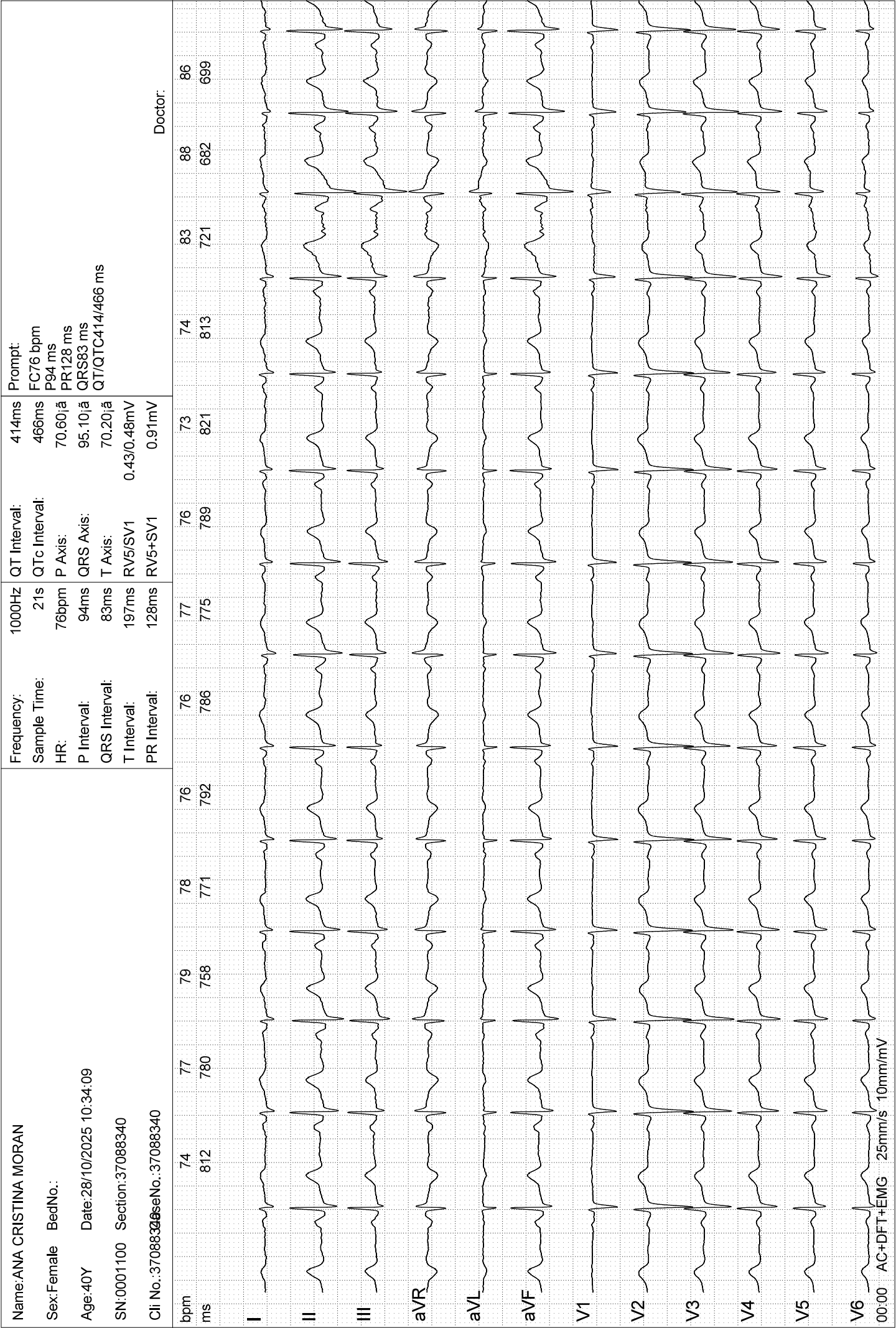
12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

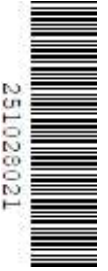
EN CASO DE INCONGRUENCIA PRESENTADA ENTRE LAS CONDICIONES PARTICULARES Y LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTA PÓLIZA, PREVALECEÁN LAS PRIMERAS.

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.

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 02 Actualización		4. Número de formulario 141144517331			
		 (415)7707212489984(8020)0000141144517331			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 370883402		6. DV 2		12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Pasto	
				14. Buzón electrónico 14	
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 13		26. Número de Identificación 37088340	
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA 169		29. Departamento Nariño 52		30. Ciudad/Municipio Pasto 001	
31. Primer apellido MORAN		32. Segundo apellido MORAN		33. Primer nombre ANA	
				34. Otros nombres CRISTINA	
35. Razón social					
36. Nombre comercial					
37. Sigla					
UBICACIÓN					
38. País COLOMBIA 169		39. Departamento Nariño 52		40. Ciudad/Municipio Pasto 001	
41. Dirección principal CR 40 15 58 BRR LAS MARGARITAS					
42. Correo electrónico annacristina.moran@gmail.com					
43. Código postal		44. Teléfono 1 3166205356		45. Teléfono 2	
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código 7020	47. Fecha inicio actividad 20131210	48. Código 7010	49. Fecha inicio actividad 20080701	50. Código 1 7220 2	51. Código
				52. Número establecimientos	
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 52249					
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario					
22- Obligado a cumplir deberes formales a					
49 - No responsable de IVA					
Usuarios aduaneros					
Exportadores					
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20					
55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3 57. Modo 58. CPC					
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación					
Para uso exclusivo de la DIAN					
59. Anexos SI NO 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 MORAN MORAN ANA CRISTINA		
			985. Cargo CONTRIBUYENTE		





Nombre: **ANA CRISTINA MORAN MORAN**

N° de Autorización:

Identificación: CC 37088340 - Edad: 40 años - Género: M

Médico:

Teléfono(s). 3166205356

Fecha Toma : 28/10/2025 8:36:41 a. m.

Entidad: AMPM 24 S.A.S.

Resultado Validado: Validado 28/10/2025 10:29

Servicio: CONSULTA EXTERNA

Impreso: 28/10/2025 - 10:31:54 a. m.

REPORTE DE RESULTADO

Página: 1 de 2

HEMOGRAMA III MÉTODO AUTOMÁTICO

Técnica: Impedancia

WBC	5.5	x 10 ³	4 - 11	LY%	37.6	%	20 - 40
MID%	10.0	%	0 - 8	NE%	52.4	%	50 - 70
LY#	2.0	x 10 ³	0.8 - 4	MID#	0.5	x 10 ³	0 - 8
NE#	3.0	x 10 ³	2 - 7	RBC	4.58	x 10 ⁶	4 - 5.5
HGB	14.0	g/dL	12 - 16	HCT	41.0	%	36 - 54
MCV	89.6	fL	80 - 100	MCH	30.5	pg	27 - 34
MCHC	34.1	g/dL	32 - 36	RDW-CV	14.5	%	11 - 16
RDW-SD	40.4	fL	35 - 56	PLT	229	x 10 ³	150 - 450
MPV	8.8	fL	6.5 - 12	PDWsd	11.6	fL	9 - 17
PCT. Plaquetocrito				0.20	%		0.108 - 0.282
PLCR. PLC				25.0	%		13 - 43

Gráfico WBC

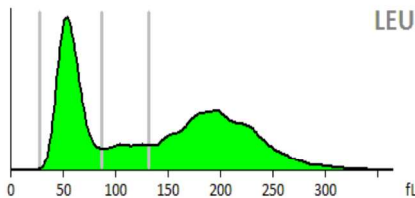


Gráfico RBC

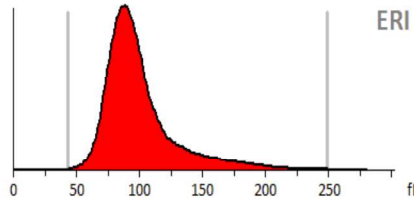
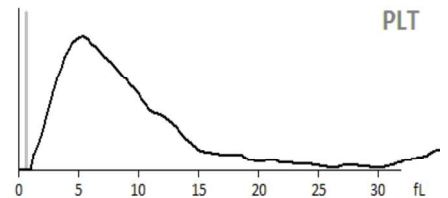


Gráfico PLT



María Cristina Zambrano Arcos
Bacterióloga
Universidad Católica de Manizales
R.P. 52-422-97



Nombre: **ANA CRISTINA MORAN MORAN**

N° de Autorización:

Identificación: CC 37088340 - Edad: 40 años - Género: M

Médico:

Teléfono(s). 3166205356

Fecha Toma : 28/10/2025 8:36:41 a. m.

Entidad: AMPM 24 S.A.S.

Resultado Validado: Validado 28/10/2025 10:29

Servicio: CONSULTA EXTERNA

Impreso: 28/10/2025 - 10:31:54 a. m.

REPORTE DE RESULTADO

Página: 2 de 2

GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

Técnica: Colorimétrica Enzimática

Glucosa **82.0** mg/dL 70 - 105

COLESTEROL TOTAL

Técnica: Colorimétrica Enzimática

Colesterol Total **165** mg/dL

Intervalo Biológico de Referencia:
Óptimo: Hasta 179 mg/dL
Moderado: 180 - 220 mg/dL
Elevado: Mayor de 220 mg/dL

COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]

Técnica: Colorimétrica Enzimática

Colesterol HDL **60** mg/dL

Intervalo Biológico de Referencia:
Hasta 35 mg/dL Riesgo elevado
Mayor 60 mg/dL Riesgo bajo

COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] SEMIAUTOMATIZADO

Técnica: Fórmula

Colesterol LDL **92.60** mg/dL

Intervalo Biológico de Referencia:
Adultos: 100 - 130 mg/dL
Hipertensos: 40 - 99 mg/dL

Colesterol VLDL **12.40** mg/dL

Índice Arterial **2.75**

Intervalo Biológico de Referencia:
Mayor riesgo de enfermedad cardiovascular mayor a 3.5

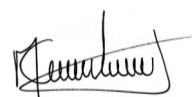
Aspecto del Suero **NORMAL**

TRIGLICÉRIDOS

Técnica: Colorimétrica Enzimática

Triglicéridos **62** mg/dL

Intervalo Biológico de Referencia:
Dudoso: 150 - 199 mg/dL
Alto: 200 - 499 mg/dL
Muy Alto: > 500 mg/dL


María Cristina Zambrano Arcos
Bacterióloga
Universidad Católica de Manizales
R.P. 52-422-97



IPS AMPM24 SAS

NIT: 900813532

Dirección: Av. de los Estudiantes, Calle 20 #38-15

Tel: 7377355 - 3042045021

Pasto - Nariño

DATOS DEL USUARIO

NOMBRE: ANA CRISTINA MORAN MORAN **DOCUMENTO:** CC - 37088340 **EDAD:** 40 **DIRECCIÓN:** CALLE 13 N 23-09 **CONTACTO:** 3166205356, 3166205356 **SEXO:** FEMENINO **EMPRESA:** PARTICULAR - 222222222 **CARGO:** EVALUADORA DE PLANES DE NEGOCIO **FECHA:** 2025-10-28 10:58:43

ANEXO CARDIOVASCULAR

¿EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS USTED HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS?

Disnea: No **Dolor torácico:** No **Edemas:** No **Palpitaciones:** No **Sincope:** No **Hemoptisis:** No **Otros síntomas:** No

¿LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?

HTA: No **Diabetes:** No **Dislipidemias:** No **Tabaquismo:** No **Consumo de alcohol:** No **Malformaciones cardíacas congénitas:** No **Obesidad:** No

¿EN SU FAMILIA EN PRIMER GRADO ALGUNO TIENE DIAGNÓSTICOS COMO LOS SIGUIENTES?

HTA: Ninguno **Diabetes:** Ninguno **Tabaquismo:** Ninguno **Obesidad:** Ninguno **IMA:** Ninguno **Eventos cardiocerebrovasculares:** Ninguno

EXPLORACIÓN FÍSICA

Inspección y Auscultación cardíaca: Normal **Dolor torácico con el ejercicio:** No **Presencia de edemas:** No **Test de Framingham:** 1%

CONCLUSIONES U OBSERVACIONES

Se realiza valoración de riesgo cardiovascular con base en antecedentes personales, valoración clínica y pruebas paraclínicas, se concluye según escala de Framingham, Riesgo cardiovascular bajo.

BETTY ELIZABETH BASTIDAS DIAZ

CC 59396520

TP: 5217772010

LN: LIC. SO.4349 ESPECIALISTA EN MEDICINA OCUPACIONAL

ANA CRISTINA MORAN MORAN

CC 37088340



IPS AMPM24 SAS
 NIT: 900813532
 Dirección: Av. de los Estudiantes, Calle 20 #38-15
 Tel: 7377355 - 3042045021
 Pasto - Nariño



DATOS DE EMPRESA	
Empresa contratante: PARTICULAR	Empresa en misión: NO APLICA

INFORMACIÓN DEL USUARIO			
	Nombres y Apellidos: Ana Cristina Moran Moran		N° identificación: CC - 37088340
	Sexo: Femenino	Edad: 40	Fecha de nacimiento: 1985-08-16
	Lugar de nacimiento: Pasto - Nariño		Lugar de residencia: Pasto - Nariño
	Dirección: Calle 13 N 23-09		Teléfono: 3166205356 Celular: 3166205356
	Correo electrónico: No refiere		Estado civil: Unión Libre Escolaridad: Maestría
	Hemoclasificación: A+	Hijos: 2 IMC: 23	EPS: Sanitas
Regimen: Contributivo		Fondo de pensión: Porvenir	ARL: Positiva
Estrato: 2	Zona: Urbana	Grupo étnico: No Refiere	Discapacidad: No

INFORMACIÓN DE LA ORDEN MÉDICA			
Código: 93770	Cargo: Evaluadora de planes de negocio	Fecha de ingreso: 2025-10-28	Hora de ingreso: 08:34
Lugar de realización: Pasto - Nariño	Entidad: IPS AMPM24 SAS	Dirección: Av. de los Estudiantes, Calle 20 #38-15	

VALORACIÓN MÉDICA	
Tipo de examen realizado: Periodico	Examen: Examen medico ocupacional de preingreso
Énfasis: Osteomuscular, Cardiovascular	
Concepto: Cumple para el cargo / Sin restricciones para el cargo	
Aptitudes y/o Tareas: No aplica	
Ingreso al PVE preventivo: Ninguno	
Programa de promoción y prevención: Ninguno	
Recomendaciones y/o Restricciones: Ninguno	
Clasificación Gatiso Osteomuscular	Tipo: 1 Grupo: No registra
Remisión y controles por su EPS: Ninguno	
¿Está en controles con la ARL?: No	
Observaciones Médicas: Procurar su autocuidado utilizar una adecuada higiene postural y mecánica corporal para realizar las tareas de su ocupación. cumplir las normas del sgsst., hacer las pausas activas, mantener hábitos saludables como hacer ejercicio regular, alimentarse sanamente.	
Recomendaciones Laborales: Ninguna	
Restricciones Laborales: Ninguna	
Otros Exámenes Realizados: Cuadro Hemático, Electrocardiograma, Glicemia, Perfil Lipídico, Valoración Psicomotriz, Visiometría, Anexo Cardiovascular	

Betty Elizabeth Bastidas Diaz

BETTY ELIZABETH BASTIDAS DIAZ
 CC 59396520

TP: 5217772010

LN: LIC. SO.4349 ESPECIALISTA EN MEDICINA OCUPACIONAL

Ana Cristina Moran Moran

ANA CRISTINA MORAN MORAN
 CC 37088340



IPS AMPM24 SAS
 NIT: 900813532
 Dirección: Av. de los Estudiantes, Calle 20 #38-15
 Tel: 7377355 - 3042045021
 Pasto - Nariño



VALORACIÓN OSTEOMUSCULAR

Ninguna limitación funcional, ninguna sintomatología osteomuscular, arcos de movilidad adecuados, fuerza conservada

INFORMACIÓN DE LOS EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Cuadro hemático: Aprobado

Electrocardiograma: Aprobado

Observaciones: REALIZADO

Glicemia: Aprobado

Perfil lipídico: Aprobado

Valoración psicomotriz: No se identifican signos de trastornos de personalidad ni otras alteraciones psicológicas apto psicológicamente para el cargo, cuenta con habilidades, y capacidades cognitivas para ejecución de tareas de responsabilidad y liderazgo en los procesos.

Visiometría: Debe usar corrección óptica permanente

Recomendaciones: Valoración por optómetra clínica

Anexo cardiovascular: Se realiza valoración de riesgo cardiovascular con base en antecedentes personales, valoración clínica y pruebas paraclínicas, se concluye según escala de Framingham, riesgo cardiovascular bajo.

AUTOCUIDADO

Se explica la importancia del autocuidado como:

ACTIVIDAD FÍSICA

1. Realice al menos 150 minutos de actividad física moderada a la semana.
2. Realice ejercicios de fortalecimiento muscular, mínimo dos veces por semana.
3. Reduzca el uso de pantallas cuanto sea posible.
4. Prefiera caminar y/o usar bicicleta para transportarse.
5. Disfrute y diviértase con la actividad física. Haga buen uso de su tiempo libre.

ALIMENTACIÓN SALUDABLE

1. Incluya alimentos variados y nutritivos diariamente.
2. Reduzca el consumo de grasas saturadas y evite comida chatarra.
3. Consuma frutas y verduras, al menos 5 porciones al día.
4. Vigile y controle su peso corporal.
5. Evite el consumo de bebidas azucaradas (gaseosas y bebidas procesadas).
6. Reduzca el uso de sal en sus comidas.

RECOMENDACIONES DE CUIDADO PERSONAL Y PROTECCIÓN DE INFECCIÓN

HIGIENE PERSONAL

1. Lavado de manos frecuente: Lava tus manos con jabón y agua durante al menos 60 segundos, especialmente después de:
 - o Usar el baño
 - o Antes de comer
 - o Después de tocar animales o superficies contaminadas
2. Cubre tu boca y nariz con un pañuelo o la manga cuando tosas o estornudes.
3. Evitar contacto con personas enfermas.
4. Mantener una buena higiene personal, incluyendo el baño regular y el lavado de ropa.
5. Duerme lo suficiente para ayudar a tu sistema inmunológico a funcionar correctamente.

CONSIDERACIONES LEGALES

El presente documento consigna la información suministrada por mí, certifica que es veraz y autorizo a la IPS AMPM24 SAS a entregar el certificado médico ocupacional resultante de esta valoración donde se registran las recomendaciones, restricciones y/u observaciones médicas dando cumplimiento al decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan información que es necesaria para el programa de medicina preventiva de la compañía.

IPS AMPM24 SAS da cumplimiento a las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de junio 5 de 2009, la resolución 839 del 23 de marzo del 2017 y Decreto 1072/2015 – Artículo 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social profesional, la guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador lo demande, la empresa solo obtendrá los certificados médicos emitidos.

La IPS AMPM24 SAS da cumplimiento a la Resolución 2346 del 11 de julio 2007 Parágrafo del Artículo 10 y la ley estatutaria 1581 de 2012, especialmente a los dispuestos en sus artículos 9 y 12, a su Decreto reglamentario 1377 de 2013 y las demás normas pertinentes como responsable del tratamiento de datos. Para mayor información sobre la política de tratamiento de datos puede visitar el sitio web de la IPS AMPM24 SAS en la dirección: <https://www.ampm24.co/>



BETTY ELIZABETH BASTIDAS DIAZ

CC 59396520

TP: 5217772010

LN: LIC. SO.4349 ESPECIALISTA EN MEDICINA OCUPACIONAL



ANA CRISTINA MORAN MORAN

CC 37088340



IPS AM PM
CUIDAMOS DE SU SALUD
Y BIENESTAR INTEGRAL / **24 SAS**



IPS AMPM24 SAS
NIT: 900813532
Dirección: Av. de los Estudiantes, Calle 20 #38-15
Tel: 7377355 - 3042045021
Pasto - Nariño

Tipo admisión: PERIODICO	Procedimiento: VALORACION PSICOMOTRIZ		
INFORMACIÓN DEL USUARIO			
	Nombres y Apellidos: ANA CRISTINA MORAN MORAN		
	NUIP: CC - 37088340	Sexo: Femenino	Edad: 40
	Fecha de nacimiento: 1985-08-16	Lugar de nacimiento: PASTO - NARIÑO	
	Lugar de residencia: Pasto - Nariño		Dirección: CALLE 13 N 23-09
	Teléfono: 3166205356	Celular: 3166205356	Estado civil: Unión libre
Correo electrónico: No refiere	Escolaridad: MAESTRÍA	Hemoclasificación: A+	Hijos: 2
EPS: SANITAS	Regimen: Contributivo	Fondo de pensión: PORVENIR	ARL: POSITIVA
Estrato: 2	Zona: Urbana	Grupo étnico: No refiere	Discapacidad: No

DATOS DE EMPRESA			
Empresa: PARTICULAR	NIT: 222222222	Dirección: PARTICULAR	Ciudad: Pasto - Nariño
Email: NO APLICA	Teléfono: No registra	Celular: No registra	
Actividad: NO APLICA			
Empresa en misión: No aplica			

TRAZABILIDAD DE LA MEDIDA						
DOCUMENTO	FECHA	MODELO	SERIE	FIRMWARE	FORM	BAREMO
CC 37088340	2025-10-28 10:38:05	AGX-PT3	3153	2.0.0.11	PT3-04	BPT-2

RESULTADOS TEST PSICOMOTRÍZ			
TEST	Párametro	Rango de aprobación	Resultado
REACCIONES MÚLTIPLES	Tiempo Medio de Reacción de Respuesta (TMRR)	<= 1,140 Seg.	1105,000
	Tiempo Medio de Reacción en el Acierto (TMRA)	<= 1,140 Seg.	1105,000
	Número de Errores	<= 7 Errores	9
REACCIÓN AL FRENADO	Tiempo Promedio de Reacción (TPR)	<= 0,750 Seg.	796,000
COORDINACIÓN BIMANUAL - MOTRICIDAD FINA	Tiempo Total de Error (TTE)	<= 4,830 Seg.	796,000
	Número de Errores	<= 15 Errores	8
VELOCIDAD DE ANTICIPACIÓN	Tiempo Medio de Desviación (TMD)	<= 0,830 Seg.	133,000

VALORACIÓN
Diagnóstico: No se identifican signos de trastornos de personalidad ni otras alteraciones psicológicas Apto psicológicamente para el cargo, cuenta con habilidades, y capacidades cognitivas para ejecución de tareas de responsabilidad y liderazgo en los procesos.
Resultado: Aprobado
Observaciones: No se identifican signos de trastornos de personalidad ni otras alteraciones psicológicas Apto psicológicamente para el cargo, cuenta con habilidades, y capacidades cognitivas para ejecución de tareas de responsabilidad y liderazgo en los procesos.

RESULTADOS CUESTIONARIO SPAC-PPAC CONDUCTORES		
BLOQUE	RESULTADO	N° PREGUNTAS
CONTROL DE IMPULSOS	3	3
TRASTORNO DE PERSONALIDAD	3	3
ESQUIZOFRENIA	3	3
TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO PERTURBADOR	3	3
TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVO	3	3
TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO	3	3
ABUSO DE ALCOHOL	3	3
CONSUMO HABITUAL DE TABACO/CIGARRILLO	3	3
CONSUMO HABITUAL DE DROGAS Y MEDICAMENTOS	3	3
ABUSO DE DROGAS O MEDICAMENTOS	3	3
TRASTORNOS INDUCIDOS POR DROGAS O MEDICAMENTOS	3	3
TRASTORNOS DEL SUEÑO	3	3
TRASTORNOS MENTALES DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA	3	3
TRASTORNOS AMNÉSICOS Y OTROS TRASTORNOS COGNOSCITIVOS	3	3
INFORMACIÓN	3	3
COMPRENSIÓN	3	3
ARITMÉTICA	3	3
SEMEJANZAS	3	3
VOCABULARIO	3	3

RESUMEN
Puntuación de Personalidad: 18 Preguntas realizadas: 18 Calificación: Aprobado
Puntuación de Sustancias: 21 Preguntas realizadas: 21 Calificación: Aprobado
Puntuación de Inteligencia: 18 Preguntas realizadas: 18 Calificación: Aprobado

CONSIDERACIONES LEGALES

El presente documento consigna la información suministrada por mí, certifica que es veraz y autorizo a la IPS AMPM24 SAS a entregar el certificado médico ocupacional resultante de esta valoración donde se registran las recomendaciones, restricciones y/u observaciones médicas dando cumplimiento al decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan información que es necesaria para el programa de medicina preventiva de la compañía.

IPS AMPM24 SAS da cumplimiento a las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de junio 5 de 2009, la resolución 839 del 23 de marzo del 2017 y Decreto 1072/2015 – Artículo 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social profesional, la guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador lo demande, la empresa solo obtendrá los certificados médicos emitidos.

La IPS AMPM24 SAS da cumplimiento a la Resolución 2346 del 11 de julio 2007 Parágrafo del Artículo 10 y la ley estatutaria 1581 de 2012, especialmente a los dispuestos en sus artículos 9 y 12, a su Decreto reglamentario 1377 de 2013 y las demás normas pertinentes como responsable del tratamiento de datos. Para mayor información sobre la política de tratamiento de datos puede visitar el sitio web de la IPS AMPM24 SAS en la dirección: <https://www.ampm24.co/>



JUDITH AMALIA MONCAYO ORTIZ

CC 367528590

TP: 103986

LN: LIC. SO.2558 ESPECIALISTA EN MEDICINA OCUPACIONAL



ANA CRISTINA MORAN MORAN

CC 37088340



IPS AM PM
CUIDAMOS DE SU SALUD
Y BIENESTAR INTEGRAL / **24 SAS**

IPS AMPM24 SAS

Dirección: Av. de los Estudiantes, Calle 20 #38-15

Pasto - Nariño

Tipo admisión: Periodico	Procedimiento: Visiometria	Fecha realización: 2025-10-28 08:34:02
---------------------------------	-----------------------------------	---

Nombres y Apellidos: Ana Cristina Moran Moran	NUIP: CC - 37088340	Sexo: Femenino	Edad: 40
Fecha de nacimiento: 1985-08-16	Lugar de nacimiento: Pasto - nariño	Lugar de residencia: Pasto - Nariño	
Dirección: Calle 13 n 23-09	Teléfono: 3166205356	Celular: 3166205356	Estado civil: Unión libre
Correo electrónico: No refiere	Escolaridad: Maestría	Hemoclificación: A+	Hijos: 2
EPS: Sanitas	Regimen: Contributivo	Fondo de pensión: Porvenir	
Estrato: 2	Zona: Urbana	Grupo étnico: No refiere	Discapacidad: No

Empresa: PARTICULAR	NIT: 222222222	Dirección: PARTICULAR	Ciudad: Pasto - Nariño
Email: NO APLICA	Teléfono: No registra	Celular: No registra	
Actividad: NO APLICA			
Empresa en misión: No aplica			

ANAMNESIS

Último examen visual: 7 AÑOS	Usa anteojos: SI	Frecuencia de uso: Ocasional	¿Usa protección ocular (gafas de seguridad o máscara)?: No
registra ¿Cirugías?: No	¿Accidentes oculares?: No	Signos y síntomas: Sin registrar	Antecedentes personales y/o familiares: NO TRAE LAS GAFAS

AGUDEZA VISUAL						LENSOMETRÍA					
	CC			SC			OD	ESF	CIL	EJE	ADD
	VL	VP	PH	VL	VP	PH					
OD	NA	NA		20/30	0.50M	20/20					
OI	NA	NA		20/20-	0.50M						
AO	NA	NA		20/20	0.50M						

Ojo Derecho	Ojo Izquierdo
Segemento anterior: Sin registrar Otros:	Segemento anterior: Sin registrar Otros:
MOTILIDAD OCULAR	
VL: ORTHO VP: EXOFORIA FISIOLÓGICA Hishbera: CENTRADO Ducciones: NORMALES Versiones: NORMALES PPC: 4	

Visión Cromática Test: ISHIHARA		Visión de profundidad	Cam. Visual de confrontación
OD	NORMAL (15/15)	NORMAL 20 seg de arco	NORMAL
OI	NORMAL (15/15)	NORMAL 20 seg de arco	NORMAL

Ojo Derecho: Defecto refractivo no corregido
Ojo Izquierdo: Defecto refractivo no corregido

Ojo Derecho: Ametropía	Ojo Izquierdo: Ametropía
------------------------	--------------------------

Valoración por optómetra clínica

CONCEPTO DE VISIOMETRÍA: No registra/No aplica

OBSERVACIONES

DEBE USAR CORRECCION OPTICA PERMANENTE
--

Diagnóstico	Clasificación	Lateralidad	Observaciones
9D00.2 - (Astigmatismo)	Principal	Bilateral	.

El presente documento consigna la información suministrada por mí, certifica que es veraz y autorizo a la IPS AMPM24 SAS a entregar el certificado médico ocupacional resultante de esta valoración donde se registran las recomendaciones, restricciones y/u observaciones médicas dando cumplimiento al decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan información que es necesaria para el programa de medicina preventiva de la compañía.

IPS AMPM24 SAS da cumplimiento a las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de junio 5 de 2009, la resolución 839 del 23 de marzo del 2017 y Decreto 1072/2015 – Artículo 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social profesional, la guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador lo demande, la empresa solo obtendrá los certificados médicos emitidos.

La IPS AMPM24 SAS da cumplimiento a la Resolución 2346 del 11 de julio 2007 Parágrafo del Artículo 10 y la ley estatutaria 1581 de 2012, especialmente a los dispuestos en sus artículos 9 y 12, a su Decreto reglamentario 1377 de 2013 y las demás normas pertinentes como responsable del tratamiento de datos. Para mayor información sobre la política de tratamiento de datos puede visitar el sitio web de la IPS AMPM24 SAS en la dirección: <https://www.ampm24.co/>

Claudia Maria Vasquez Guerrero

CLAUDIA MARIA VASQUEZ GUERRERO
CC 30736504
TP: 30736504



Ana Cristina Moran Moran

ANA CRISTINA MORAN MORAN
CC 37088340

IPS AM PM
CUIDAMOS DE SU SALUD
Y BIENESTAR INTEGRAL / **24 SAS**



Función Pública



Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

Ana Cristina Moran Moran

C.C 37.088.340

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 17 de octubre 2025

Francisco Camargo Salas
Director de Empleo Público



Código: 761671745000



Hace constar:

Que el Sr(a) MORAN MORAN ANA CRISTINA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 37088340 realizó el día 13/12/2025 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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

Compromiso SST:

Yo MORAN MORAN ANA CRISTINA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 37088340 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) MORAN MORAN ANA CRISTINA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 37088340 el día 22/02/2023 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

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

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 13 de diciembre del 2025

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:

TI 1080698804 AURORA MORILLO MORAN Hija

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

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,


ANA CRISTINA MORÁN
C.C. 37.088.340